

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Veronika Balgová

III. ročník – prezenční studium

Obor: Vychovatelství

**PROBLEMATIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ
U PRACOVNÍKŮ V OBLASTI PÉČE O SENIORY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavla Vyhnálková, Ph.D.

OLOMOUC 2010

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma „Problematika syndromu vyhoření u pracovníků v oblasti péče o seniory“ vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 16. 4. 2010

.....
Veronika Balgová

Děkuji Mgr. Pavle Vyhnálkové, Ph.D. za cenné připomínky a rady poskytnuté při psaní bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	5
1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	8
2 SYNDROM VYHOŘENÍ	10
2.1 HISTORIE A DEFINICE SYNDROMU VYHOŘENÍ	11
2.2 OKOLNOSTI, KTERÉ JSOU PŘÍZNAČNÉ PRO VZNIK SYNDROMU VYHOŘENÍ	14
2.2.1 Stres.....	14
2.2.2 Frustrace	15
2.2.3 Negativní vztahy mezi lidmi	15
2.2.4 Přílišná emocionální zátěž.....	16
2.2.5 Vliv prostředí.....	16
2.3 FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ	17
2.4 PŘÍČINY SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	20
2.5 PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ	22
2.5.1 Příznaky na úrovni fyzické.....	23
2.5.2 Příznaky na úrovni psychické.....	23
2.5.3 Příznaky na úrovni sociálních vztahů	24
2.6 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ	24
3 VYMEZENÍ POJMU STÁŘÍ, STÁRNUTÍ	30
3.1 PERIODIZACE OBDOBÍ STÁŘÍ.....	31
3.2 VYBRANÉ ASPEKTY STÁRNUTÍ.....	32
3.2.1 Fyzické stárnutí.....	32
3.2.2 Psychické stárnutí	33
3.2.3 Sociální stárnutí	34
3.3 SYNDROM DEMENCE JAKO PROCES OVLIVŇUJÍCÍ STÁŘÍ.....	35
3.4 UMÍRÁNÍ A SMRT	37
4 ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY	41
4.1 VÝVOJ POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	41
4.2 CHARAKTERISTIKA ÚSTAVNÍ PÉČE.....	42
4.3 ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY A JEJICH AKTUÁLNÍ PROBLÉMY	44
5 PRACOVNÍCI ZAŘÍZENÍ PEČUJÍCÍCH O SENIORY	46
6 VÝZKUMNÝ PROJEKT	50
6.1 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	50
6.2 METODOLOGIE	50
6.2.1 Výzkumný soubor.....	50
6.2.2 Metoda sběru dat.....	51
6.3 VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	52
6.4 ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT.....	69
6.5 SHRUTÍ POZNATKŮ	79
ZÁVĚR	80
SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ A LITERATURY	82
SEZNAM PŘÍLOH	84

ÚVOD

Předložená bakalářská práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření u pracovníků v oblasti péče o seniory.

Syndrom vyhoření je znám již dlouhá léta, většina lidí má o této problematice povědomí. Poslední dobou lidé tráví stále více času v práci, je to zapříčiněno změnou životního stylu a mění se také potřeby rodin. Začíná se často skloňovat i slovo workoholismus, který je se syndromem vyhoření úzce spjatý. Většina z nás má ale o syndromu vyhoření zkreslené představy. Netušíme, co je skutečně obsahem tohoto pojmu. Řada lidí si také myslí, že jich osobně se tento problém netýká. Dokonce i v případě, že jsou ohroženi nebo již zasaženi syndromem vyhoření, jim poměrně dlouho trvá, než to sami sobě přiznají. Je to podobné jako s jinými škodlivými návyky. Syndromem vyhoření nejsou prvotně ohroženi pracovníci se špatnými vlastnostmi, ale především pracovníci důslední, pracovití, nadšení a empatictí. Obzvláště jsou ohroženi lidé pracující v oblasti pomáhajících profesí, kam pracovníci pečující o seniory rozhodně patří. Domnívám se, že práce se staršími lidmi je z hlediska syndromu vyhoření poměrně riziková, a to z důvodu, že se jedná o jak fyzicky, tak především psychicky náročnou profesi. Tuto činnost jsem si měla v rámci svého studia možnost vyzkoušet a právě proto jsem se ve své bakalářské práci na danou skupinu pracovníků zaměřila.

Hlavní cílem této bakalářské práce je zjistit objektivní míru výskytu syndromu vyhoření a zároveň subjektivní postoj pracovníků v oblasti péče o seniory k dané problematice. Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické práci se zabývám syndromem vyhoření, jeho obecnou charakteristikou, původem, rizikovými faktory, fázemi, příčinami, příznaky a prevencí. Dále definuji pojmy stáří a stárnutí, vymezuji věkovou periodizaci stáří, zabývám se umíráním a smrtí. Následující kapitoly věnuji zařízením pro seniory a pracovníkům pečujícím o seniory. Cílem teoretické části práce je všechna uvedená témata uchopit v co možná nejkompexnějším pohledu a systematizovat důležité poznatky, které se jich týkají.

Praktická část je věnována výzkumu výskytu syndromu vyhoření u pracovníků pečujících o seniory, který jsem provedla ve dvou domovech pro seniory na jižní Moravě. Cílem praktické části bakalářské práce a cílem

realizovaného výzkumu je zjistit zdali odpovídá subjektivní míra výskytu syndromu vyhoření zjištěná u respondentů jejich subjektivnímu pocitu.

„Pokud zapálíte oba konce svíčky, získáte tím více světla.

Svíčka však zároveň rychleji vyhoří.“

Myron D. Rush

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Za základní pojmy ve své práci považuji termíny *syndrom vyhoření, stárnutí, stáří, senior a domov pro seniory, domov se zvláštním režimem*.

Tyto pojmy nejvýstižněji vymezuje psychologický slovník a zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách.

V psychologickém slovníku je *syndrom vyhoření* (burn-out syndrome) vymezen jako „ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka některé z pomáhajících profesí; nejčastěji spojeno se ztrátou činnosti a poslání; projevuje se pocitem zklamání, hořkostí při hodnocení minulosti; postižený ztrácí zájem o svou práci, spokojuje se s každodenním stereotypem, rutinou, nevidí důvod pro další sebevzdělávání a osobní růst; snaží se pouze přežít, nemít problémy; jde o stav konečný, ačkoliv vývoj je plíživý, a tím nebezpečný; [...] obranou proti vyhoření je víra ve smysl poslání a vědomí potřeby i toho, že je vždy možné nalézt něco, na co se lze těšit, že je vždy možný rozvoj; pomáhá též duševní hygiena, relaxace“.¹

Stárnutí je podle psychologického „involuce, proces, který se projevuje změnami v průběhu času“² a *stáří* je tamtéž definováno jako „konečná etapa geneticky vyměřeného trvání života“.³

Pojem *senior* se používá k „označení občanů starších 60 let; v ČR tvoří 18% populace (1998), ve větších městech i více, v některých částech Prahy až čtvrtinu obyvatel; jde o celonárodně i celosvětově vzrůstající trend“.⁴

Domov pro seniory je pobytové zařízení sociálních služeb. Pobytovými službami se rozumějí služby s ubytováním.

„V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“

Specifickým případem sociální služby jsou *domovy se zvláštním režimem*, ve kte-

¹ HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2009, s. 586.

² HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2009, s. 561.

³ HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2009, s. 562.

⁴ HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2009, s. 530.

rých „se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob“.⁵

⁵ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

2 SYNDROM VYHOŘENÍ

Lékaři se zabývají stavy celkového, ale především psychického vyčerpání, které se projevuje zejména v oblasti kognitivních funkcí, emocí a motivů a ovlivňuje názory, postoje a výkonnosti a tím vlastně celé chování a jednání jedince v jeho profesním životě, již od 70. let 20. století. Jedná se o syndrom, který je označován jako vyhaslost, vyhoření, vypálení či vyčerpání, tedy burnout syndrom. Metaforou tomuto označení je anglické slovo „to burn“ tedy hořet a „burn out“ jako vyhořet, dohořet. Jedná se o symboliku, kde hořící oheň znázorňuje motivaci, aktivitu, zájem a nasazení, jakmile tyto zájmy a motivy začnou upadat, dochází k tomu, že oheň již nemá co živit a tím pádem dohořívá, vyhasíná.

Tento problém se netýká jen psychologické oblasti, ale zasahuje také do roviny medicínské, poněvadž syndrom značně ovlivňuje kvalitu života jedince. Syndromu vyhoření ve společnosti neustále nabývá na významu, stále roste počet trpících lidí tímto syndromem. Je tomu tak z důvodu ustavičně rostoucích nároků a požadavků společnosti na jedince, jedná se o požadavky na perfektní výkony v práci bez možností úlevy a omylů. Dnešní společnost je hektická, vyznačuje se každodenním stresem, který sice sám o sobě nezpůsobuje syndrom vyhoření, ale značně k němu přispívá. Člověk trpí pocitem, že těmto nárokům a požadavkům v uspěchané době nemůže dostát, a vyhasíná, vyhořívá. Na jedné straně jsou velká očekávání od pracovníků a na straně druhé zátěž z těchto vysokých požadavků. Burnout se neobjevuje pouze u lidí pracujících s lidmi v pomáhajících profesích, ale právě tady se vyskytuje nejčastěji a nejnápadněji. Tedy vyskytuje se především v profesích, kde je vysoká pracovní náročnost, nepřetržitý kontakt s lidmi a často neodpovídající platové ohodnocení.⁶

Mezi tyto profese patří i jedinci pracující se seniory.

⁶ BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndrom vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, s. 20-21; JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, s. 6; KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření : (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003, s. 3-9.

2.1 Historie a definice syndromu vyhoření

Pojem *burnout* neboli *syndrom vyhoření* se poprvé objevil v odborné literatuře v sedmdesátých letech dvacátého století, kde jej poprvé použil a popsal americký psychoanalytik Herbert J. Freudenberger. Pojmenoval tak jev, který byl známý již dřív.⁷ Syndrom vyhoření byl zpočátku přiřazován ke stavu alkoholiků, později i k drogově závislým lidem, a to z důvodu, že tito lidé přestávají mít o všechno kolem sebe zájem, tedy kromě alkoholu a drogy, jejich zájem je pak zaměřen pouze na tyto domény. Termín *burnout* se používal i pro lidi „závislé na své práci“, u kterých se obdobně jako u alkoholiků a drogově závislých ztratil zájem o vše kolem, utápěli se jen ve své práci a byli apatičtí vůči všemu ostatnímu. Tato „závislost na práci“ byla označena jako *workoholismus*.⁸ Křivohlavý poukazuje na to, že fenomén celkového vyčerpání, tedy syndrom vyhoření, byl znám již mnohém dříve. Například se s ním můžeme setkat v Bibli, v knize Kazatel nebo v příběhu proroka Eliáše. Ve starověké literatuře nalezneme fenomén totálního vyčerpání v pověsti o Sysifovi.⁹ Jakmile byl syndrom vyhoření pojmenován a popsán a zjistilo se, že je to jev, který se vyskytuje v životě mnoha lidí, byla mu věnována velká pozornost, zejména v zahraniční literatuře, kde roku 1938 americký psycholog Faeber uveřejnil seznam 1500 odborných článků, knih a pojednání o jevu vyhoření od roku 1974 do 1983. Za následujících 6 let bylo zveřejněno dalších 1500 odborných děl na téma *burnout*.¹⁰

K syndromu vyhoření nalezneme celou řadu definic, které se různí v tom, že jedny jsou zaměřeny na konečné fáze syndromu a jiné jej vymezují jako proces, který se postupně vyvíjí. Ve všech těchto vymezeních se promítají společné znaky: přítomnost emocionálního vyčerpání, deprese, ztráta empatie; spojitost s tzv. pomáhajícím povoláním; vytvoření negativních postojů nejen k sobě, ale i k jiným, změna životních postojů; zaměření se na psychické příznaky a z nich vyplývající chování a částečně také na fyzické a sociální příznaky;

⁷ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 45.

⁸ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 46.

⁹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 45.

¹⁰ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 46-47.

nesouvislost syndromu vyhoření s psychickou poruchou, nemocí¹¹. Křivohlavý uvádí definici dvou autorů – Agnes Pines a Elliotta Aronsona: „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.“¹²

Burnout patří k emocionálním negativním jevům, a proto je potřeba je od obdobných negativních jevů odlišit. Jedná se o:

Stres – stres je v psychologickém slovníku definován jako „nadměrná zátěž neúnikového druhu, která vede ke stresové reakci [...]“¹³. Stres většinou patří do běžného života všech lidí, může se do něj dostat každý člověk, kdežto syndrom vyhoření je označován za poslední fázi stresu a objevuje se u lidí, kteří jsou pohlceni svou prací, stanovují si vysoké cíle, jsou plní očekávání. Dlouhodobý stres sice vede k vyhoření, ale obvykle jen u lidí vykonávajících tzv. pomáhající profese, kde se setkávají denně s jinými lidmi¹⁴

Depresi – deprese je v psychologickém slovníku vymezena jako „duševní stav charakterizovaný pocity smutku, skleslosti, nerozhodnosti, zpomalením duševních i tělesných procesů, úzkostí, apatií, sebeobviňováním“.¹⁵ Deprese se velmi podobá svými příznaky syndromu vyhoření, ale hlavním rozdílem je, že syndrom vyhoření je dlouhodobě vázán na pocity z práce. Deprese patří podle statistik WHO k nejčastějším nemocem na celém světě. Deprese může být přítomna u syndromu

¹¹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 50-51.; BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndrom vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, s. 21-23.

¹² KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 49.

¹³ HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. 1. vydání. Praha : Portál, 2004, s. 263.

¹⁴ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 52-53.; BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndrom vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, s. 24.

¹⁵ HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. 1. vydání. Praha : Portál, 2004, s. 45.

vyhoření jako vedlejší příznak, ale může postihnout člověk i nezávisle na burnout. Deprese je léčitelná farmaky.¹⁶

Únavu – „únavu je snížení schopnosti vykonávat činnost, která vyplývá z předchozího úsilí; provázeno subjektivně pociťovanými projevy zhoršeného vnímání, snížené pozornosti, zpomalené výbavnosti, hybnosti.“¹⁷ Únava se vyskytuje také u syndromu vyhoření, obvykle je ale únava způsobena fyzickou zátěží. Taková únava přináší většinou kladné pocity, které s sebou přináší odpočinek, nebo práce, kterou jsme vykonaly. U burnout je únava vnímána spíše negativně, je spojována s neúspěchem a zbytečností. Blízko má k syndromu vyhoření syndrom chronické únavy, neboli CFS. Burnout a CFS mají společné znaky jako je snížená schopnost soustředění, výskyt depresivní nálady a narušení poznávacích funkcí. Syndrom chronické únavy ale na rozdíl od burnout vykazuje více somatických projevů a příznaků.¹⁸

Odcizení – „pocit ztráty kontroly nad realitou, zejména sociální; bezmocnost člověka, jenž nedokáže vzdorovat sociálnímu systému, který sám spoluutváří“¹⁹. Příznaky odcizení se mohou také objevit v syndromu vyhoření, ovšem, ale až v poslední fázi, nikdy ne na začátku, to bývá člověk nadšen prací. Odcizení se objevu také u lidí, kteří nikdy nadšení nebyli, pro které nikdy jejich práce nebyla smyslem života.²⁰

Existenciální neuroza – Křivohlavý zmiňuje Maddiho definici existenciální neurozy: „chronická neschopnost věřit v důležitost, užitečnost a pravdivost čehokoliv, co si člověk jen dovede představit, že by dělat měl, případně, že by o to měl mít zájem, natož pak že by se měl pro to angažovat.“ Křivohlavý uvádí jako příklad výrok spisovatele Camuse: „Viděl jsem mnoho lidí, kteří zemřeli, protože neměli

¹⁶ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 52-53; BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndrom vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, s. 24.

¹⁷ HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. 1. vydání. Praha : Portál, 2004, s. 285.

¹⁸ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 52-53; BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndrom vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, s. 24; KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření : (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003, s. 12.

¹⁹ HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. 1. vydání. Praha : Portál, 2004, s. 163.

²⁰ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 53-54.

proč žít.“ S něčím obdobným, jako je existenciální neuróza, se setkáváme také v syndromu vyhoření, v konečné fázi syndromu.²¹

2.2 Okolnosti, které jsou příznačné pro vznik syndromu vyhoření

Okolnosti vedoucí k burnout jsou u jednotlivých povolání zcela typické. Obecně lze vyjmenovat řadu faktorů, které jsou společné všem.²²

2.2.1 Stres

Jak je již výše uvedeno, stres se stal nedílnou součástí dnešní doby, setkáváme se s ním dennodenně. Tento fenomén je nám důvěrně známý. Stres je vymezen jako vztah mezi dvěma silami, které působí protikladně. Na jedné straně stojí stresory a na straně druhé salutory. Stresory jsou faktory, které na nás působí negativně. Salutory jsou soubory našich obranných mechanismů, díky kterým jsem schopni zvládat těžkosti. Vše je v pořádku, pokud jsou tyto dvě síly v rovnováze. Jakmile je ale síla stresorů v přesile nad silou slautorů, objevuje se stres. Jestliže ale stres přesahuje hranici zvládnutí tohoto stresu, jedná se o tzv. distres. Distres je patologicky vnímatelný stres.²³ Co ovšem jeden člověk vnímá jako jednoznačný distres, může druhý jedinec považovat ještě za zvládnutelnou formu stresu, která tu pomyslnou hranici ještě nepřekročila. Z toho vyplývá, že vnímání stresu je zcela subjektivní záležitost.²⁴ Pokud ale člověk pobývá dlouhodobě v distresové situaci, je velmi pravděpodobné, že ho může postihnout psychické vyhoření neboli burnout.²⁵

²¹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 54.

²² KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 26.

²³ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 27.

²⁴ JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, s. 9-10.

²⁵ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 27.

2.2.2 Frustrace

Psychologický slovník uvádí, že se jedná o „stav zklamání, zmarnění; vzniká, je-li jedinci zabráněno dosáhnout cíle snažení; překážka může být vnější, fyzická nebo jednání jiného jedince, anebo vnitřní, jako je plachost, pocity viny“.²⁶ Frustrací bývá nazývána situace, kdy je člověku znemožněno dosáhnout nějaké vytyčené, osobně důležité potřeby.²⁷ Člověk prahne po uznání, ocenění, nedostane-li se mu tohoto ocenění, je frustrován. Stejně jako přijímání a zvládání stresu bylo zcela individuální, je tomu tak i v situaci frustrace. Frustrace se mohou hromadit a sčítat. Nejčastěji k syndromu vyhoření vede frustrace z neuspokojení tzv. existenciální potřeby, což je smysluplnost života, smysluplnost práce a dále frustrace, není-li uspokojena potřeba uznání druhými lidmi.²⁸

2.2.3 Negativní vztahy mezi lidmi

Jedná se o nedorozumění, spory, konflikty, hádky, urážky, v některých případech verbální nebo dokonce tělesné napadení. To vše jsou situace, se kterými se člověk v životě může setkat a také setkává. Takové chování je výsledkem touhy po moci, po nadvládě, efekt malého respektu, nedůvěry, závisti, vzteku atp. Pokud tyto typy chování, efekty se stanou opakovanou frustrující zkušeností a člověk je do ní ponořen dlouhodobě, působí jako velmi stresující faktor. Podíváme-li se na případy vyhořelého jedince, často zjistíme, že jedinec měl ještě k tomu všemu nabebranou tzv. sociální síť, to znamená, že okruh jeho nejbližších lidí byl nějakým způsobem poškozen. Tohle všechno přispělo k propadnutí se do syndromu vyhoření.²⁹

²⁶ HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. 1. vydání. Praha : Portál, 2004, s. 71.

²⁷ JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, s. 10.

²⁸ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 28-29.

²⁹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998, str. 29-30; JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, s. 10.

2.2.4 Přílišná emocionální zátěž

K syndromu vyhoření dochází velmi často tam, kde se od lidí očekávají velmi kladné emocionální vztahy vůči ostatním lidem. Toto chování se očekává od lidí, kteří se dennodenně setkávají s druhými lidmi, dostávají se s nimi do přímého kontaktu, a kde situace jsou často opačného charakteru. Např. je to dobře viditelné u lékařů, zdravotních sester, ale také u sociálních pracovníků, kteří se setkávají s hrubě se chovajícími klienty, obdobně jsou na tom také pracovníci policie, vězeňské služby, kurátoři, advokáti atp.³⁰

2.2.5 Vliv prostředí

K syndromu vyhoření přispívají také činitelé, které vytvářejí nebo doplňují prostředí jedince, ať už pracovní nebo osobní. Řadí se sem například nesmyslnost pracovních požadavků – k syndromu vyhoření může často vést pocit nesmyslnosti zadané práce, radost z práce vymizí a motivací se stává mnohdy jen finanční ohodnocení; nejasná očekávání – vyhořením jsou ohroženi také lidé na pracovištích, kde nejsou stanovená jasná očekávání, realistická, nebo kde jsou očekávání neuskutečnitelná; insuficientní sociální komunikace – nedostatečná informovanost pracovníků, vedení nebo podřízených, nulové skupinové rozhovory vede často k psychickému vyhoření; extrémní míra svobody a kontroly – do zátěžové situace na pracovišti patří také nepřiměřená míra svobody a stejně tak přemrštěná míra kontroly, na člověka nepůsobí dobře, pokud nemá žádnou volnost při rozhodování stejně tak není dobré, pokud má svobody nad míru, podobně je tak i u kontroly jakožto zpětné vazby, pokud chybí je zle, ale pokud je jí přespříliš, není to také správné; apod.³¹

³⁰ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 29-30; JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, s. 30.

³¹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 30-31.

2.3 Fáze syndromu vyhoření

Burnout syndrom není statický jev, ale proces, který se permanentně vyvíjí, má svůj počátek, vývoj a konečný stav. Existuje ale hned několik přístupů ke stanovení jednotlivých fází syndromu vyhoření. Kebza a Šolcová a také Křivohlavý uvádějí přístup Christiny Maslach. Její koncepce je založena na čtyřech základních fázích vyhoření. V první fázi dochází k prvotnímu *nadšení a zaujetí* pro danou věc a k přetěžování, ve fázi druhé nastává *emocionální a částečně i fyzické vyčerpání*, ve třetí fázi se objevuje o jedince *dehumanizace* druhých lidí, jejíž příčinou je obrana před dalším vyčerpáním a ve čtvrtém stádiu již dochází k *totálnímu vyčerpání*, u jedince se objevuje negativismus, lhostejnost, netečnost, syndrom vyhoření je již zcela rozvinutý.³² Obdobné členění procesu vyhoření mají podle Křivohlavého Karaman, Burische a Laengle. Alfred Leangl (soudobý představitel rakouské školy logoterapie a existenciální psychoterapie) zveřejnil v roce 1997 hlubší náhled na vývoj procesu burnout. Tento neustále se vyvíjející jev rozčlenil do tří stádií. V první fázi se člověk pro něco nadchne a stanoví si konkrétní cíl, jeho práce má smysl, jedinec má pro co žít, práce je pro něj prostředek k dosažení daného cíle. Ve druhé fázi se z prostředku stává cíl, jedinec zprvu pracoval za vidinou stanoveného cíle, nyní pracuje z důvodu dosažení vedlejšího produktu práce (např. peníze), člověk najednou není tím, kým chtěl ve skutečnosti být, jeho základní motivace k činnosti je tak neuspokojena a jedinec je frustrován, ze smysluplných cílů se stávají cíle zdánlivé. Třetí fáze je nazvána „život v popeli“, toto stádium má dvě charakteristiky:

- a) jedinec ztrácí úctu k druhým lidem, k věcem a cílům, je ironický a cynický,
- b) objevuje se následně i ztráta úcty k sobě samému, k vlastnímu životu, přestává respektovat vlastní přesvědčení a nadšení a chová se cynicky nejen k druhým lidem, ale stejně tak k sobě samému, jedinec si již ničeho neváží, o nic smysluplného mu nejde, nic pro něj nemá opravdovou hodnotu.

³² KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření : (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003, s. 13-14; KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 61.

Křivohlavý popisuje i jiný, složitější model členění vývoje syndromu vyhoření, který v roce 1986 uvedla trojice autorů Golembiewski, Munzenride a Stevenson.³³

Kebza a Šolcová uvádí pojetí R. Schwaba. Podle něj syndrom vyhoření vzniká interakcí mezi jedincem a aktuálními okolnostmi, tento vývoj má tři fáze. V první fázi nastává *nerovnováha požadavků*, které jsou na jedince v zaměstnání kladeny, a schopností jedince těmto nárokům vyhovět. Ve druhé fázi se objevují *odpovědi na pracovní nerovnováhu*, jedná se o pocity úzkosti, únavy a vyčerpání, tenze. V poslední fázi dochází ke *změnám v postojích, v chování*, objevuje se sklon jednat s klienty odměřeně, šablonovitě.³⁴

Vývoj syndromu burnout lze popsat z hlediska pracovníka v pomáhající profesi v následujících čtyřech fázích:

1. *Nadšení* – Nový pracovník si do zaměstnání přináší naděje, mnohdy nerealistická očekávání, ale také si přináší energii, nápady a vnímavost. O dané práci mohou mít „nováčci“ zpočátku nejasné nebo zkrácené představy. Začínající pracovník by rád pomohl a vyhověl všem klientům, myslí si, že pokud vloží do práce velkou část své energie, tak se mu to i podaří. Pro nově začínající pracovníka je všechno nové přitažlivé, má zájem uplatnit své znalosti a zkušenosti a naskytuje se zde i možnost něco nového se naučit. V této etapě vývoje je pro jedince práce důležitou součástí jeho života, věnuje jí všechnu svoji energii, často i nad rámec svých povinností, dochází k přeceňování sil a možností. Tato fáze může trvat různě dlouho, pokud jedinec pracuje v dobrém kolektivu, lze pracovat s tímto nadšením i dlouhodobě.³⁵
2. *Vystřízlivění* – V této fázi jedinec zjišťuje, že ne vždy je jeho vynaložené úsilí oceněno, dochází k tomu, že počáteční nadšení pohasíná. Práce již jedinci zevšedněla, dostavuje se pocit nevděku a neúspěchu. V centru zájmu jedince již nestojí práce, začíná se tam objevovat volný čas, pomyšlení na rodinu, na přátele, na zájmy. Jedinec si začíná uvědo-

³³ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998, s.61-66.

³⁴ KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření : (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003, s. 14.

³⁵ BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndrom vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, s. 30.

movat, že finanční ohodnocení za jeho práci, energii a přesčas je neadekvátní, že mu mnohdy nestačí na realizaci jeho životních plánů, začíná se dostavovat náznak nespokojenosti. V této etapě lze opět přetrvat dlouho, tam, kde se jedinci podaří vytvořit dobré zázemí a žít smysluplný život, se syndrom vyhoření nemusí vůbec objevit.³⁶

3. *Nespokojenost* – Pro tuto fázi je charakteristická frustrace. Pracovník se začíná k věcem, se kterými nesouhlasí, s nimiž není spokojený, vyjadřovat kriticky, začíná se pokoušet o změnu. Často si klade otázky: „Jaký má pro mě smysl pomáhat lidem, kteří si toho ani neváží a nespolupracují?“. U pracovníků, kteří se starají převážně o seniory nebo o bezmocné lidi se objevují úvahy o smyslu práce nebo i o smyslu života samotného. V této fázi již pracovník nevykonává práci navíc, protože ji považuje za zbytečnou, což vede ke konfliktům na pracovišti, narůstá i nespokojenost s platem. Pracovník si klade otázky, zda si zvolil správné povolání, touží po změně, uvažuje o odchodu z daného zaměstnání. Pokud se mu nedaří změnu uskutečnit, je frustrován, vytrácí se oddanost k zařízení, pracovišti a nakonec i k práci, ztrácí celkový zájem. Tato etapa tedy vyžaduje nějakou změnu, ti aktivnější se o ni pokoušejí, někteří se o změnu ani nepokusí. Pokud se pokus o změnu nezdaří, nastupuje další fáze.³⁷

4. *Apatie* – Na konci této etapy hrozí rozvinutý syndrom vyhoření. Práce se pro jedince stala jen zdrojem obživy, přestala být zcela tím prvotním smyslem života. Pracovník se snaží si svou pracovní dobu zkrátit, hledá úniky, do práce chodí později a odchází dříve. Vyhýbá se klientům, tráví s nimi jen nutnou dobu, vyhýbá se také novým úkolům, často volí práci bez klientů. Později se začíná vyhýbat i spolupracovníkům a přenechává práci jiným. Jedinec tak dospěl do stádia, kdy si sice chce práci udržet, ale za co nejméně náročných podmínek a s co nejmenším množstvím vydané energie. O klientech se pracovník vyjadřuje nelichotivě, urážlivě.

³⁶ BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndrom vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, s. 30-31.

³⁷ BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndrom vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, s. 31-32.

V žádném případě nemá zájem o další vzdělávání. Tato fáze může trvat dlouhou dobu, jedinec může čekat, až se něco stane, třeba až jej přeloží nebo podobně.³⁸

2.4 Příčiny syndromu vyhoření

Ke vzniku syndromu vyhoření vede několik základních cest. První z nich je již zmiňovaná *ztráta ideálu*, kde je na počátku nadšení a radost z nového povolání a ke konci s narůstajícími problémy dochází ke ztrátě pocitu smysluplnosti v povolání a tím také ke ztrátě důvěry ve vlastní schopnosti. Další cestou vedoucí k syndromu burnout je *workoholismus*. Jedinec je závislý na své práci, trpí nutkavou potřebou neustále pracovat, pracuje přesčas a věnuje práci všechn svůj čas a energii. Po nějaké době je energie čím dál méně a jedinec začíná být vysílen. Třetí cestou je *teror příležitosti*, což znamená, že každá nová zakázka, je lákavá, představuje zajímavou příležitost a zkušenost, po čase se ale ukáže, že dostát všem těmto zakázkám je náročné jak po stránce časové, tak po stránce energetické, pro jedince je to vysilující a neschopnost slevit z pracovního tempa ho může po čase dovést právě k syndromu vyhoření. V tomto případě hraje velkou roli neschopnost říci ne, nesmyslné propojení představy s realitou a špatný odhad, kolik toho člověk snese.³⁹

Ke vzniku syndromu vyhoření přispívá ještě mnoho skutečností, tyto skutečnosti jsou nazývány rizikovými faktory. Velkým rizikem je již samotná profese, obzvlášť tzv. pomáhající profese. Faktory, které přímo či nepřímo způsobují syndrom vyhoření, se dělí na vnější a vnitřní. Vnější faktory se týkají celkové situace, ve které se jedinec nachází. Vnějšími faktory vyskytujícími se v zaměstnání je například dlouhodobé a opakované jednání s lidmi, vysoké nároky na pracovní výkon, jednotvárnost práce, nedostatek personálu a finančních prostředků, nedostatek odpočinku, neschopnost relaxace, pracovní přetížení, permanentní časový tlak, nedostatečné ocenění práce, jak finanční, tak ze strany vedení a klientů,

³⁸ BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndrom vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, s. 32.

³⁹ KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese : psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. Praha : Portál, 1997, s. 101-102.

nutnost setrvávat v neustálém stresu a nepříznivých podmínkách. Na úrovni rodiny se může jednat o problémy mezi partnery, nemoc v rodině, zvláště dlouhodobá onemocnění, nepříznivé bytové či finanční podmínky apod. Společenskými rizikovými faktory mohou být soutěživý charakter naší společnosti, neustále rostoucí životní tempo a klamný obraz úspěchu: úspěšný je jen ten člověk, který má prestižní povolání, vydělává spoustu peněz a má rodinu.⁴⁰

Vnitřní faktory se týkají osobního charakteru jedince, způsobu chování a reagování v dané situaci, fyzického a psychického stavu. Do vnitřních rizik patří např. velké nadšení pro pracovní činnost, intenzivní vnímání nezdaru a neustálá tendence k soutěživosti a ke srovnávání se s druhými, velká obětavost a nepřiměřený zájem o druhé, nízká nebo žádná asertivita, neadekvátní sebehodnocení, podceňování apod. Čím více se rizikových faktorů u člověka vyskytuje, tím je vyšší pravděpodobnost vzniku a rozvoje syndromu vyhoření.⁴¹

Osobnostní charakteristiky, jak již bylo výše zmíněno, výrazně ovlivňují vznik a rozvoj syndromu vyhoření. Existuje odlišné nahlížení lidí na stejný problém, Někteří vidí překážku jako snadno překonatelnou, je to pro ně výzva, jiným se jeví mnohem větší, než ve skutečnosti je. Tato odlišná chování lidí dělí do dvou skupin. Křivohlavý uvádí dělení podle Freidmana a Rosemana na „typ A“ a „typ B. Lidé s typem chování A jednají často příliš energicky, rychle, chovají se soupeřivě. Tito lidé chtějí být ve všem nejlepší, chtějí vynikat. Vezme na sebe příliš mnoho práce a často musí pracovat i doma mimo pracovní dobu. Lidé s tímto typem chování často riskují a přeceňují své schopnosti, následkem toho se u nich objevuje specifická úzkost. Jejich úzkost se navenek projevuje nepřátelstvím a netrpělivostí k lidem. Tito lidé si kladou příliš vysoké cíle a snaží se jich také za každou cenu dosáhnout. Člověka s tímto typem chování častěji než jedince s typem B postihuje infarkt myokardu. Jedinci s typem chování B mají také velkou výkonnost, ale za cíli se neženou za každou cenu. Žijí pro víc než jen pro práci, do svého života zahrnují i rodinu, přátele a zájmy, dovedou přiměřeně odpočívat a zajímají se i o jiné věci, než jsou pracovní záležitosti.

⁴⁰ JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, s. 15-17.

⁴¹ JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, s. 17-18.

Úspěch v zaměstnání není jediný smysl jejich života. Jedince s tímto typem chování postihuje syndrom vyhoření podstatně méně, než jedince s typem chování A.⁴²

Za neutrální faktory vzhledem ke vzniku burnout jsou pokládány věk, vzdělání, inteligence a délka praxe v dané disciplíně. Doba setrvání v jedné pracovní oblasti bývá různými autory pojímána odlišně. Jedni se přiklání k názoru, že délka práce na jedné pozici je nepodstatná, jiní zastávají názor, že je to podstatný faktor z hlediska rozvoje syndromu vyhoření.⁴³

Kebza a Šolcová uvádí domněnku Christiny Maslach, že syndrom vyhoření není až tak přímo záležitostí každého jedince, ale spíše je to otázka systému, dané organizace. Podle ní je vyhasnutí pracovníka náznakem toho, že něco v dané organizaci, na určitém pracovišti nefunguje tak, jak by mělo. K této domněnce tuto autorku přivedla zkušenost, že v některých organizacích se setkala hned s několika lidmi trpícími vyhasnutím, zatímco v jiném zařízení stejného typu, byli lidé bez obtíží. Podle ní lze tedy říct, že v jednom zařízení dojde ke zklamání pracovníků z počátečních ideálů mnohem snadněji než v jiném zařízení.⁴⁴

2.5 Příznaky syndromu vyhoření

Jelikož se jedná o syndrom, vyskytuje se v této oblasti celá skupina příznaků. Jedná se o projevy na úrovni fyzické úrovně, na úrovni psychické a na úrovni sociálních vztahů. Příznaky, které popisujeme níže, se vyskytují zvláště v poslední fázi syndromu vyhoření.⁴⁵

⁴² KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 79-81.

⁴³ KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření : (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003, s. 17.

⁴⁴ KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření : (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003, s. 11.

⁴⁵ BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndrom vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, s. 21; KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření : (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003, s. 9.

2.5.1 Příznaky na úrovni fyzické

Při syndromu vyhoření se objevuje chronická únava celého organismu, nedostatek energie, dochází k rychlé a časté unavitelnosti. U syndromu vyhoření se jedná o odlišnou únavu, než jaká je např. u sportovní aktivity nebo u náročné fyzické činnosti, kde únava po odpočinku přejde. Únava v syndromu vyhoření je dlouhodobá a bez příčin, je spojena s výčitkami a s pocitem selhání. Jedinec trpí poruchou spánku, jeho spánek je nekvalitní. Objevují se svalové bolesti, přestože k nadměrnému zatížení svalů nedošlo, dále nespecifikované bolesti hlavy. Vyskytují se také obtíže zažívacího traktu, dýchací potíže a bolesti u srdce. Zvyšuje se riziko vzniku alkoholových i nealkoholových závislostí.⁴⁶

2.5.2 Příznaky na úrovni psychické

Jedinec zažívá pocit duševního vyčerpání, to se odráží v jeho chování - má negativní postoje k sobě samému i k druhým lidem. V jeho životě se vrsteví problémy, které nemá chuť ani energii řešit. Takový člověk je ironický, negativistický, cynický, objevuje se u něj hostilita, pesimismus, deprese, smutek, beznaděj, frustrace, pocit úzkosti apod. Dochází k útlumu v oblasti kreativity, iniciativy, aktivity. Jedinec ztrácí zájem o pracovní problematiku a s ní spojené témata. Jeho práce upadá do monotónnosti, pojímá ji jako nutnou rutinu a používá stereotypní postupy. Vytrácí se smysl práce a později i smysl života, objevuje se sebelítost, pocity neuznání a neocenění.⁴⁷

⁴⁶ KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření : (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003, s. 10; BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndrom vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, s. 22.

⁴⁷ KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření : (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003, s. 9-10; BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndrom vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, s. 22.

2.5.3 Příznaky na úrovni sociálních vztahů

Objevuje se ztráta počátečního zájmu o druhé lidi, nechut' vykonávat povolaní, klesá empatie. Člověk se stahuje ze sociálních vztahů, omezuje kontakty s klienty a později i se spolupracovníky. Narůstají konflikty a problémy na pracovišti, dochází k neshodám mezi pracovníky. Nastává celkový útlum v mezilidských vztazích, jedinec je lhostejný a apatický. U jedince se vytrácí dřívější zájem o svoji práci, nezajímají ho klienti, v komunikaci je cynický, ironický. Klienty, kolegy nebo nadřízené znehodnocuje, často je i ponižuje a uráží.⁴⁸

2.6 Prevence syndromu vyhoření

Jak již bylo zmíněno, syndrom vyhoření je důsledkem nerovnováhy mezi pracovním očekáváním a profesní realitou. Tento nepoměr je možné zmírnit a syndromu *burnout* předejít pomocí několika opatření. Prevenci můžeme realizovat na úrovni jedince a na úroveň organizace, zaměstnavatele.⁴⁹

Kopřiva zmiňuje tři oblasti, které hrají důležitou roli při prevenci **na úrovni jedince**. Jedná se o životní styl, mezilidské vztahy a přijetí sebe samého. Aby jedinec předešel syndromu vyhoření, musí mít pozitivní *životní styl*. V pozitivně vedeném životě by rozhodně neměl chybět pohyb, dostatek spánku a správná životospráva. Člověk by měl myslet na to, že v jeho čase by mu mělo zbýt místo na zájmy, kulturu, společnost, aby všecek jeho čas nepohltila práce. *Mezilidské vztahy* jsou pro prevenci důležité, protože dlouhodobě neřešené problémy, ať už v práci nebo v soukromí, jedince vysávají. Člověk by měl mít dobré vztahy s lidmi ve svém okolí, pracovní i rodinné a přátelské, dodává mu to energii. *Přijetí sebe samého* je důležité z hlediska pozitivního postoje k sobě samému, aby se člověk měl rád, protože kdo se nemá rád, spotřebovává si svou energii

⁴⁸ KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření : (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003, s. 10; BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndrom vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, s. 22.

⁴⁹ BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndrom vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, s. 41.

a tvoří si vnitřní problémy. Vlastnosti, které u sebe odmítá, pak zavrhuje i u druhých lidí, tedy u svých klientů čímž se tvoří další a další konflikty.⁵⁰

Také Křivohlavý zmiňuje mezilidské vztahy jako jednou z oblastí prevence burnout. Popisuje dobré a špatné vztahy mezi lidmi. Do dobrých vztahů zahrnuje vzájemné naslouchání, projevení si vzájemného uznání, poskytnutí si nezištné pomoci a vzájemné poskytnutí si dobrého sociálního zrcadla. Špatné mezilidské vztahy jsou opakem těch dobrých, například lidé si poskytnou pomoc jen tehdy, mají-li z toho nějaký vlastní užitek.⁵¹ Křivohlavý dále uvádí jako možnosti prevence vyhasnutí kladné hodnocení druhých lidí, sociální oporu a dobré pracovní podmínky. *Kladné hodnocení druhých lidí* nazývá Křivohlavý evalvací. Projevy evalvace jsou velmi důležité u těch jedinců, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření. Pokud je člověk hodnocen druhými lidmi kladně, cítí se poctěn, obohacen a má o sobě lepší mínění. Naopak projevy devalvace působí na jedince negativně, cítí se ochuzen, okraden a zraněn. Některé příklady evalvačních projevů: „Někdo se mne zastává tam, kde se o mně špatně mluví a já tam nejsem přítomen.“, „Někdo mi před druhými lidmi nevytýká chyby, kterých jsem se dopustil, ale jedná se mnou o nich mezi čtyřma očima.“ Lidé, kteří jednájí evalvačně, jsou taktní, všímaví, laskaví atp.⁵²

Člověk jako individuum není na světě sám, je neustále obklopen druhými lidmi. Jedinec je sociální bytost a potřebuje *sociální oporu*, která ho chrání před vyhasnutím. Člověk je po celý svůj život součástí nějaké sociální skupiny (rodina, školní třída, pracovní kolektiv...), tyto skupiny spolu dohromady tvoří sociální síť. Čím lépe si jedinec pěstuje a hýčká svoji sociální síť, tím větší v ní má sociální oporu. Tuto sociální oporu poskytují jedinci jeho blízcí v náročných životních situacích, v krizích. Patří sem naslouchání, podpora, sdílení emocí, ale také finanční či materiální pomoc. To, že sociální skupina pomáhá jedinci v jeho nouzi, přispívá i jí samotné. Učí se řešit různé životní situace a uvádí své síly a prostředky do pohotovosti. Pomáhá tak do určité míry i sama sobě.⁵³

⁵⁰ KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese : psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 2. vydání. Praha : Portál, 1997, s. 100-101.

⁵¹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 100-101.

⁵² KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 104-106.

⁵³ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 89-91.

Kebza a Šolcová se zabývají otázkou, které osobní charakteristiky jsou více rizikové pro syndrom vyhoření. Syndromem vyhoření jsou ohroženi lidé, kteří jsou příliš obětaví, nadšení, empatictí, příliš zaměřeni na druhé lidi, ti, kteří jsou idealističtí, trpí úzkostí, pedantstvím, jsou přespříliš citliví a výrazně se identifikují s druhými.⁵⁴ Křivohlavý také zmiňuje vliv osobnosti na vznik syndromu burnout. Jak bylo již výše popsáno, jedná se o typ chování A a typ chování B.⁵⁵

Do **prevence na úrovni organizace** je možné zařadit pracovní podmínky. Vzhledem k tomu, že důsledky syndromu vyhoření se promítají i do ekonomické situace (absence v práci, pokles pracovní aktivity, nespokojenost v zaměstnání) je v zájmu organizace, zaměstnavatele, aby se prevencí syndromu vyhoření zabýval. Organizace by měla rozvíjet pracovní poradenství, týmovou spolupráci, programy se zaměřením na osobní rozvoj, výcvik v profesních dovednostech. Užitečná je i organizace práce. Aby při práci nedocházelo ke stresovým situacím a následně k vyhoření, je zapotřebí:

1. *Jasně ujasnit, kdo má co dělat, co je cíl povinností.* Důležité je, aby vedoucí, který sděluje požadavky, měl stejné představy se zaměstnancem, který požadavky přijímá.
2. *Pracovní úkoly je potřeba stanovit tak, aby byly realizovatelné,* aby nedocházelo k nerovnováze mezi úkolem a možnostmi pracovníka. Je tedy nutné, aby požadavky byly přiměřené, poté nedochází k přetěžování a následnému vyhasínání.
3. *Pečlivá zpětná vazba.* Důležitá je průběžná kontrola zadaných úkolů, jestli jsou realizovány tak, jak se očekává.
4. *Pružnost, přizpůsobivost, flexibilita* by se měla projevovat při rozmisťování lidí na pracovišti a v pracovních postupech. Flexibilita udržuje pracovní motivaci, projevuje se v ochotě naslouchat a následkem toho i něco změnit, to vede ke spokojenosti podřízených.
5. *Kompletizace* je důležitým prvkem pro spokojenost zaměstnance. Jedinci by mělo být umožněno dělat celou, kompletní práci, aby viděl vý-

⁵⁴ KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření : (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003, s. 18.

⁵⁵ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 80.

sledek své činnosti. Pokud dělá jen dílčí práci, nevidí konečný výsledek a zvyšuje se u něj míra nespokojenosti.

6. *Uznání* vyjádřené vedoucím pracovníkem zvyšuje u zaměstnance jeho spokojenost. Uznání by mělo být vyjádřené přiměřenými prostředky (finanční uznání, slovní uznání).⁵⁶

Křivohlavý uvádí drobné rady pro prevenci a zvládání stresu a vyhoření. Proti stresu a vyhasínání se dá bojovat humorem (lidé bez smyslu pro humor vyhasínají častěji a rychleji), odlehčením, dekompresí (uvolnění se od napětí z práce, věnování se zálibám), zájmem o vlastní zdraví (odpočívání, shromažďování energie na „horší časy“) a relaxací (stav uvolnění psychického a fyzického napětí).⁵⁷

Také Kebza a Šolcová, ve své knize *Komunikace a stres*, uvádí praktiky zvládání stresu. Celkem se jedná o sedm praktik:

1. *Stanovit si priority* – při stanovení toho, co je nejdůležitější se vyhne člověk plýtváním své energie na nepodstatné věci, záležitosti.
2. *Vyhnout se stresu* – stanovit si jakýsi seznam denně se opakujících nepříjemností a pokusit se nalézt způsob, jak se jim vyhnout.
3. *Naučit se „vypnout“* – jedná se o dobře načasovaný odpočinek (vycházka, četba, poslech hudby) a vhodně načasovanou dovolenou.
4. *Aktivně se hýbat, cvičit* – pohybová aktivita výrazně snižuje působení stresu, je to dáno hormony, glukózou a lipidy, které se při fyzické aktivitě uvolňují a působí příznivě.
5. *Udržovat sociální vztahy, navazovat nová přátelství* – přátelé dávají nejen podporu, porozumění, ale poskytují i tolik důležitou zpětnou vazbu.
6. *Správně se stravovat* – vyvážená strava příznivě působí na sebevědomí lidí
7. *Osvojit si metody relaxace* – relaxace již byla zmíněna, smyslem tedy je odstranit napětí a navodit uvolnění a pozitivní myšlenky.⁵⁸

⁵⁶ KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření : (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003, s. 19; KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 106-109.

⁵⁷ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 113-114.

⁵⁸ KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Komunikace a stres*. 1. vydání. Praha : Státní zdravotní ústav, 2004, s. 21-22.

Důležitou součástí prevence syndromu vyhoření a možností profesního růstu je supervize. Supervize dává příležitost podívat se na věci z jiného úhlu, příležitost předejít sebeobviňování nebo obviňování druhých – klientů, spolupracovníků. Pomáhá nacházet nové možnosti řešení problémů. Supervize by měla být nedílnou součástí pracovního života, obzvláště v tzv. pomáhajících profesích. V posledních letech došlo ke zlepšení poradenských a terapeutických přístupů v pomáhajících profesích. Dnes již je zcela běžná praxe, že většina lidí potřebuje v určitých situacích svého života odbornou poradenskou pomoc.⁵⁹

Hawkins a Shonet uvádí Hessovu definici, který supervizi vymezuje jako „čistou mezilidskou interakci, jejímž obecným cílem je, aby se jedna osoba, supervizor, setkával s druhou osobou, seupervidovaným, ve snaze zlepšit schopnost supervidovaného účinně pomáhat lidem“. Hawkins a Shonet uvádí také Kadushinovy funkce supervize, jedná se o funkci vzdělávací, podpůrnou a řídicí. *Vzdělávací funkce* se zaměřuje na rozvoj dovedností, schopností a porozumění supervidovaných. *Podpůrná funkce* je spojena s citlivým reagováním supervizora na prožitky svého supervidovaného. Ten potřebuje získat čas, aby pochopil, jakým způsobem má zvládat své emoce. Účelem této funkce je tedy podpora a povzbuzení k překonávání překážek. *Řídicí funkce* supervize plní úlohu kontroly. Supervidovaný potřebuje mít někoho, s kým se podělí o pracovní problémy, potřebuje mít někoho, kdo s ním bude nahlížet na jeho práci.⁶⁰

Supervize se může zaměřit na organizaci, na zaměstnance nebo na případ. *Supervize zaměřená na organizaci* má za úkol zlepšit strukturu a fungování organizace, zlepšit její pravidla. Zaměřuje se na atmosféru v organizaci, na vztahy mezi pracovníky, na management a na celkové klima organizace. *Supervize zaměřená na pracovníka* má úkol udržet motivaci zaměstnance, pomáhat mu v naplňování jeho potřeb. Supervizi zaměřenou na zaměstnance objednává organizace většinou tehdy, chce-li upevnit situaci na pracovišti, vztahy pracovníků k profesi a zlepšit sociální vztahy. Vhodné je, aby organizace poskytla supervizi začínajícím pracovníkům nebo při změně zaběhlých metod apod. *Supervize zamě-*

⁵⁹ HAWKINS, P., SHONET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha : Portál, 2004, s. 17-18.

⁶⁰ HAWKINS, P., SHONET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha : Portál, 2004, s. 59-60.

řena na případ má za úkol vyhledat co nejlepší možné řešení, metodu, postup při konkrétním případě. Supervizi jsou předkládány případy, které jsou rozpracovány a není možné je kvůli jejich složitosti nebo specifčnosti dokončit. Supervize ale nemusí být zaměřena pouze na případ, ale také na pracovníka, který se tímto případem zabývá.⁶¹

⁶¹ HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ, M. *Praktická supervize : průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha : Galén, 2008, s. 54, 56.

3 VYMEZENÍ POJMU STÁŘÍ, STÁRNUTÍ

Stárnutí je proces, prolínající se celým lidským životem. Stárnutí se projevuje řadou působících vnitřních i vnějších činitelů. Stárnutí tedy probíhá od narození dítěte a končí až smrtí jedince. Po šedesátém roku věku nabírá stáří rychlejších obrátek a projevuje se typickými znaky. Rozlišujeme kalendářní věk, který je dán prožitými léty a dále biologický věk, který nemusí odpovídat věku kalendářnímu. Protože tempo stárnutí neudávají pouze genetické a biologické změny, ale také změny psychické a sociální, které vyvolávají funkční změny, hovoříme také o věku funkčním.⁶² Vlivem stárnutí se mění zevnějšek člověka a tento proces může být brán ze sociálního hlediska negativně. Stárnutí je obdobím měnicích se postojů k sobě samému a také ke světu. Sebehodnocení je závislé na sociálním statu a je rozdílné u žen a u mužů.⁶³

Stáří je všeobecné označení pro poslední fázi lidského vývoje. Stáří je označováno jako důsledek a projev involučních procesů, které jsou geneticky podmíněny a ovlivněny dalšími činiteli, především nemocemi a životním stylem. Stáří je také spojeno s významnými sociálními změnami, jako jsou např. změny sociálních rolí. Všechny tyto změny, kauzální i následné, se navzájem prolínají, některé jsou ale i v rozporu a tak jednoznačné ohraničení periodizace stáří je velmi ne snadné.⁶⁴ Stáří je v dnešní společnosti chápáno spíše negativně. Zkušenosti a kompetence starého člověka jsou dnešními lidmi opomíjeny, ztrácí hodnotu a stářím se stává člověk nepřínosným. Dnešní společnost vyžaduje kompetence mládeže (výkonnost, mladistvý vzhled...) a staří lidé se ocitají ve znevýhodnění, na okraji společnosti. Dnešní společnost tak produkuje hodnotový systém, z něhož vychází tzv. ageismus. Ageismus je postoj, který se projevuje odmítáním, podceňováním starých lidí, v krajním případě také odporem ke starým lidem. Z tohoto pohledu má stáří nízký sociální status. V průběhu procesu stáří dochází u člověka k postupným změnám a zhoršování tělesných i psychických funkcí.⁶⁵ Vlivem stáří

⁶² ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, s. 130-131.

⁶³ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie : dětství, dospělost, stáří*. Praha : Portál, 2000, s. 405-408.

⁶⁴ MÜHLPACHR, P. *Základy gerontologie*. Brno : MSD, 2008, s. 18.

⁶⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie : dětství, dospělost, stáří*. Praha : Portál, 2000, s. 443-444.

dochází u člověka k úbytku sociálních interakcí a také k úbytku a změně sociálních rolí (odchod do důchodu – ztráta profesní role a vstup do nové role důchodce...⁶⁶).

3.1 Periodizace období stáří

V periodizaci stáří se jedná pouze o obecné, rámcové schéma, z něhož mohou konkrétní jedinci zcela vyčnívat. Tato periodizace, která je orientační, neklade důraz na odlišnosti mezi muži a ženami.⁶⁷ Existuje celá řada členění kalendářního věku. Nejznámější dělení lidského věku je Příhodovo. Poslední fázi periodizace života nazval senium a rozdělil jej do tří etap:

- senescence od 60 do 75 let,
- kmetství od 75 do 90 let,
- patriarchium od 90 let a více.

Příhoda dělení vysvětluje tím, že stupeň celkového chátrání organismu má několik etap, které se od sebe liší tempem a intenzitou involučních změn.⁶⁸

Poslední dobou se často používá následující dělení:

65 – 74 mladí senioři,

75 – 84 staří senioři,

85 a více velmi staří senioři.⁶⁹

⁶⁶ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie : dětství, dospělost, stáří*. Praha : Portál, 2000, s. 464-465.

⁶⁷ MÜHLPACHR, P. *Základy gerontologie*. Brno : MSD, 2008, s. 2.

⁶⁸ PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky. Díl 4., Vývoj člověka v druhé polovině života*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1974, s. 229-231.

⁶⁹ MÜHLPACHR, P. *Základy gerontologie*. Brno : MSD, 2008, s. 21.

3.2 Vybrané aspekty stárnutí

Pozdní dospělost je období zhruba od 40 – 45 let do 60 – 65 let a bývá charakterizována jako období s určitou specifikou. Hodnocení tohoto období se u odlišných autorů různí. Často je klasifikováno jako období podstatných krizí, jako nejtěžší etapa života ve srovnání jak s mladším věkem, tak i se stářím. Méně často se setkáme s opačným hodnocením, při kterém je pozdní dospělost chápána spíše pozitivně (opět více volného času a méně starostí).⁷⁰ Období stáří je období, kterého se část stárnoucí populace ani nedožije. Toto období kulminuje v 75. roce života, může se objevit také označení pravé stáří.⁷¹ Stárnutí jedince probíhá na třech úrovních, na úrovni fyzické, psychické a sociální.

3.2.1 Fyzické stárnutí

V každé životní etapě dochází k určitým změnám. Kolem 45 – 60 roku života se setkáme s mnoha změnami týkajícími se téměř všech oblastí život člověka. Dochází k úbytku fyzické zdatnosti, objevují se první známky chronických nemocí, u žen se dostavuje menopauza, která je vnímána velmi negativně a doprovázena pocitem méněcennosti, beznaděje či dokonce sebeenávistí.⁷² Příznačným jevem pro stárnutí je změna tělesných proporcí. Dochází k poklesu tělesné hmotnosti, což je způsobeno snížením váhy vnitřních orgánů a svalstva, dále se snižuje tělesná výška jedince, to je způsobeno jednak atrofií kostí a sesedáním meziobratlových plotének a dále degenerativními změnami chrupavky. Se změnou tělesných proporcí je také spojena změna pohybu, pružnosti a vitality. Dochází taktéž k celkovému zhoršení koordinace pohybu. Důsledkem stáří mění svoji funkčnost vnitřní orgány. Stárnutím jsou zasaženy plíce, jejichž činnost se nápadně zhoršuje u kuřáků. Při zvýšené zátěži se u srdce objevuje funkční nedostatečnost. Vlivem stáří dochází dále ke změnám nervového systému, klesá počet neuronů, což vede ke zpomalení reakcí, objevuje se chvění končetin, vrat-

⁷⁰ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vydání. Praha : Rada Publishing, 1998, s. 175.

⁷¹ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie : dětství, dospělost, stáří*. Praha : Portál, 2000, s. 492.

⁷² LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vydání. Praha : Rada Publishing, 1998, s. 175-177.

kost, těžkopádnost. Objevují se změny u žláz s vnitřní sekrecí, dochází k hypofunkci endokrinních žláz, to má za následek změny v chování – ospalost, ztrátu vitality, pokles intelektuální aktivity. Ke specifickým aspektům stáří dále patří změny kůže, vlivem poklesu podkožního tuku a vody v kůži dochází ke tvoření vrásek. Často se také ve stáří objevují pigmentové skvrny na kůži. Typické pro stáří je dále šedivění a vypadávání vlasů, zpomalení růstu nehtů, lámavost nehtů a ztráta zubů. U starého člověka dochází ke zhoršení vnímání, což mu nepříjemně ovlivňuje život. Důvodem zhoršeného vnímání je změna ve smyslových orgánech, především zraku a sluchu. U zraku dochází k poklesu zrakové ostrosti, může se objevit i nekvalitní rozpoznávání barev. Mění se oční čočka, není již tak elastická, to je zapříčiněno involuční změnou očních svalů. Degenerativní změny postihují také sluchový receptor, stárnoucí člověk špatně rozpoznává sluchové vjemy, tyto změny vedou k podráždění, nervozitě, dezorientaci apod. Involuční změny se také dotýkají chutě a čichu, tyto změny ale nijak zásadně neovlivňují život seniora.⁷³

3.2.2 Psychické stárnutí

Stáří je charakteristické všeobecným úbytkem nejen fyzických, ale také psychických sil. Ovšem ne všechny psychické funkce mají degenerativní ráz, některé psychické funkce se nemění a některé mají dokonce vzestupnou tendenci. U seniorů dochází ke zhoršování paměti. Jedná se především o nové vzpomínky a zážitky, ty senior lehce zapomene, ale události dávno získané, např. v dětství, zůstávají v paměti uchovány. V tomto věkovém období dochází také ke zkruslování vzpomínek. Stárnoucí člověk své vzpomínky často vnímá více pozitivně, než jaké třeba ve skutečnosti byly, jeho vzpomínky jsou pozitivně laděné. Intelekt socio-kulturně ovlivněný, krystalický, tedy dosažený na úrovni zralého věku přetrvává, nemění se, oproti tomu úroveň fluidní inteligence ve stáří klesá.⁷⁴

⁷³ ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, s. 131-135.

⁷⁴ ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, s. 135-136; LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vydání. Praha : Rada Publishing, 1998, s. 185-186.

3.2.3 Sociální stárnutí

Celková charakteristika pozdní dospělosti je pojmána jako období bilancování, kdy se člověk ohlíží zpět a hodnotí výsledky svého dosavadního života. Setkáváme se pak s pokusy o nápravu některých omylů či špatných rozhodnutí, někdy se také snaží jedinec dohnat vše, co promeškal nebo nestihnul. Tyto pohnutky ovšem nebývají vždy realistické a z toho pramení pozorované krize u některých jedinců. V tomto období se lidé více zabývají ve svých myšlenkách smrtí. Je k nim blíže, než kdykoliv předtím. Před stárnoucím jedincem stojí těžký úkol – vyrovnat se s blížící se smrtí. Lidé se s tím vyrovnávají různě, někdo popírá tuto skutečnost a upne se na činnosti, které mu přináší příjemné pocity a zapomnění, jiný kompenzuje dané oslabení např. mimomanželským vztahem s mladším protějškem nebo experimentuje v sexuálním životě, zažívá tak nová dobrodružství. Jiní lidé reagují zcela opačně, podlehnou slabosti a pohltní je deprese, úzkost. Pozdní dospělost tak staví člověka před volbu rezignace, nebo smíření se s oslabením a smrtí.

V období pozdního stáří nastává fáze tzv. prázdného hnízda, kdy děti odchází z domova, další důležitou změnou je odchod do důchodu. Je to výrazná změna, která s sebou přináší smíšené pocity: na jedné straně se mění celý denní rozvrh a otvírá se brána možností jak trávit najednou znovunabytý volný čas, na straně druhé je odchod do důchodu vnímán jako pokles osobního statusu, z nezávislého produktivního člověka je opět člověk závislý, může se také změnit jeho životní standard.⁷⁵ V období stáří je člověk velmi ohrožen zátěžovými situacemi, na které se velmi těžko adaptuje. Míra adaptace je ovlivněna aktuálním stavem starého člověka, mnohdy je adaptace zcela nezvládnutelná. Jak moc je vzniklá situace pro seniora zátěžová, závisí na jeho tělesných a duševních kompetencích, na osobnosti jedince, hodnotové orientaci a životních zkušenostech. Zátěže nejvíce charakteristické pro toto období jsou:

- onemocnění a smrt partnera, vrstevníka nebo jiné blízké osoby, které zapříčiňuje odloučení a sociální separaci,

⁷⁵ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha : Grada Publishing, 1998, s. 175-177.

- ztráta jistoty a bezpečí, násilná změna způsobu života (umístění do domova pro seniory, léčebny pro dlouhodobě nemocné nebo častá hospitalizace v nemocnicích), zhoršení zdravotního stavu, pokles duševních i tělesných sil a s tím spojená ztráta soběstačnosti a čekání na smrt.⁷⁶

Vlivem změn, ke kterým ve stáří dochází, může dojít u člověka ke změně osobnosti, povahy. Celek vlastností jedince je výsledkem celoživotního vývoje, ale také aktuální adaptace na nové podmínky života, na obtíže, které přináší vyšší věk. Jedinec se tak musí přizpůsobovat nejen involučním změnám ve vlastním organismu, ale také změnám vnějším – životní styl, sociální prostředí, změna sociální role a postavení. V oblasti citových vztahů nedochází k výrazným změnám, senior získává novou roli prarodiče. Pro stárnoucího člověka má stále větší význam rodina, sílí obvykle manželské vztahy a ztráta životního partnera představuje značný stresor. Kromě výrazné potřeby citové přetrvává v tomto věku i potřeba sexuální. Sexuální aktivita sice ve stáří klesá, ale u některých jedinců nemizí úplně. Sexualita ve vyšším věku je často tabuizována mladší generací, přitom řada seniorů v této oblasti zůstává aktivní. Sex není obecně pojímán za významnou hodnotu ve stáří, přesto ale sexuální potřeba nemizí a neměla by se podceňovat. Povaha vztahů stárnoucího jedince se mění, ale tyto sociální vztahy nikdy zcela nezanikají. Většina seniorů udržuje sociální vztahy rodinné, přátelské, sousedské, problémem je pouze to, že se stárnoucí jedinec musí častěji vyrovnávat se smrtí blízkých osob, tyto ztráty kompenzuje zaměřením se více na vlastní osobu.⁷⁷

3.3 Syndrom demence jako proces ovlivňující stáří

Demence je onemocnění, které nepostihuje jen osobu samotnou, ale dotýká se také jejího partnera, rodiny, skupiny lidí a klade stále větší požadavky na společnost. Demenci formují jednotlivé symptomy. Tyto symptomy se nutně nemusí objevit všechny, pokud se tak stane, není pravidlem, že přijdou současně. Jednotlivé symptomy demence se vyvíjejí odlišnou rychlostí a pronikají do značně pro-

⁷⁶ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie : dětství, dospělost, stáří*. Praha : Portál, 2000, s. 492.

⁷⁷ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vydání. Praha : Rada Publishing, 1998, s. 191-192.

měnlivé hloubky. Výskyt demence stoupá s věkem, proto je nejčastěji spojována se stářím. Pojem demence pochází z latinského významu *de mens* označující úbytek duševní činnosti. Při kombinaci poruchy poznávání, paměti, řeči a jazyků, citění a sociální adaptace je možné uvažovat o demenci. Významným ukazatelem výskytu demence je také orientace v čase a prostoru. Při demenci dochází ke značnému poklesu paměti, intelektu, upadají kognitivní funkce a druhotně všechny další psychické funkce. Bývá také zasažena emotivita – afekty, nálady, city, mohou se objevit depresivní stavy a občas dochází k poškození vnímání, objevují se halucinace a iluze, také se mohou objevit poruchy myšlení – bludy. Téměř vždy dochází k poruše osobnosti, která závisí na stupni a druhu deprese. Dochází k degradaci osobnosti, s čímž je spojena neschopnost péče o sebe, neschopnost vykonávat běžné denní rutinní úkony.

Demence se podle symptomatologie dělí do tří stádií:

Mírná demence

- Ve stádiu mírné demence je patrné snížení paměti, které souvisí se zhoršením zvládnutím běžných denních činností, ale postižený je schopný vést běžný život, je si soběstačný

Středně těžká demence

- Ve střední fázi je paměť zasažena natolik, že schopnost soběstačnosti je narušena v oblasti výkonu smysluplné činnosti

Těžká demence

- V posledním stádiu demence jsou značné poruchy paměti ve všech oblastech, postižený jedinec je plně odkázán na pomoc a péči jiné osoby, sám není schopný vykonat ani základní denní úkony.⁷⁸

Alzheimerova choroba

Je to nejčastější typ demence, který se u seniorů vyskytuje, představuje přibližně 50 – 60 % všech demencí. Alzheimerovou chorobou trpí v 65 letech zhruba 5 % populace. Jedná se o degenerativní onemocnění mozku, které vede

⁷⁸ MÜHLPACHR, P. *Základy gerontologie*. Brno : MSD, 2008, s. 40-41., 54-55.

k demenci. Tato choroba se vyvíjí velmi pozvolna a její první příznaky se mohou lehce zaměnit s přirozeným stárnutím. Nejprve dochází k poruše paměti, jedinec zapomíná, co dělal, kam chtěl jít, zapomíná běžné úkony dne a není schopen si zapamatovat nové věci. Dále se přidává porucha jazyka, kdy řeč je sice plynulá, ale po obsahové stránce je chudá. Mohou se objevit různé afázie, afázie motorická, při které je jedinec neschopný tvořit řeč i když má mluvidla neporušená, a afázie senzorická, kdy nemocný má zachovalý sluch, ale nerozumí mluvené řeči. Objevují se poruchy prostorové orientace, kdy nemocný bloudí, nenachází cestu domů, neví, co je za den, měsíc nebo rok. Nemocný přestává zvládat naučené úkony jako je např. odmykat nebo zamykat dveře. V průběhu onemocnění přibývají poruchy chování, deprese, neklid, vzácně i bludy a halucinace. Chování jedinců trpících Alzheimerovou chorobou bývá sociálně únosné na rozdíl od jiných demencí. Toto onemocnění trvá asi tři až osm let, muži umírají dříve než ženy. V pokročilém stádiu nemoci jedinec nekomunikuje s okolím, neudrží oční kontakt, je apatický, nepoznává své přátele a příbuzné. Tato choroba přispívá ke snížení obranyschopnosti a adaptivnosti. Lidé s touto nemocí často umírají na přidružené onemocnění (plicní záněty) nebo následky úrazů. Za možný rizikový faktor, který vede k výskytu Alzheimerovy choroby, je považován Downův syndrom, ženské pohlaví, genetické předpoklady (objeví-li se v rodině toto onemocnění) a časté údery do hlavy. Soudobé lékařství tuto choroby zatím nedokáže účinně léčit a vyléčit, dokáže pouze zmírňovat její postup. Časná diagnostikování této choroby poskytuje vysvětlení rodině chování nemocného, umožní naplánovat léčbu pacienta a také umožní zavedení vhodných a pro rodinu dostupných sociálních a edukativních opatření pro klienta, která mu zajistí podporu, péči a pomoc.⁷⁹

3.4 Umírání a smrt

Umírání můžeme chápat jako poslední etapu života, jako jeho završení. Lidé se po celou dobu svého života snaží vyrovnat se smrtí, každý tak činí odlišnými způsoby. Téměř všechny národy světa dodržují specifické tradice a obřady věnované smrti blízkého člověka. Tyto rituály se v jednotlivých kulturách nápadně

⁷⁹ MÜHLPACHR, P. *Základy gerontologie*. Brno : MSD, 2008, s. 55-56., 72.

odlišují. Někde se projevuje smutek nošením černého oděvu, jinde naopak žal nad smrtí blízké osoby vystihuje bílá barva. Např. v New Orleans se odchod zemřelého oslavuje, lidé se veselí, jinde se striktně dodržuje smutnění v podobě zákazů oslav a tanců. Všechny tyto obřady, rituály a zákazy pomáhají pozůstalému člověku lépe a rychleji se vyrovnat s odchodem zemřelého. V naší společnosti je smrt stále více tabuizovaná. Lidé se odmítají zabývat otázkou smrti, dochází k popření. V poslední době se smrt a umírání přesunulo do institucí – nemocnic a ústavů, kde umírajícímu není většinou na blízku jeho rodina, ale zaměstnanci těchto institucí. Smrt se tedy stala záležitostí institucionalizovanou, a tak je čím dál více pojímána jako něco, co se příliš netýká soukromého života. Procentuálně zemře kolem 80 % lidí starších 60 let právě v nějaké instituci.⁸⁰

Člověk zaujímá ke smrti a umírání negativní postoj. Většina populace má ze smrti přirozený strach, který je vykládán jako obranný mechanismus, ale je to také strach z bolestivého umírání. Z psychologického hlediska nahlížíme na smrt jako na ztrátu vlastního bytí, možná i proto se u nás ve společnosti vyvinula ignorace smrti a velká nevěle ji přijmout za samozřejmost. Jsou ale kultury, které smrt uznávají a různými rituály si pomáhají lépe se vyrovnat se smrtí milované osoby. Pozůstalý a člověk, jehož se smrt dotkla, nikdy nezapomene na blízkou osobu, nikdy nepřestane tesknit. Je důležité, aby odchod blízkého člověka nezanechal dramatické znaky, které by ovlivňovaly život pozůstalého (deprese, apatie...), ale aby byl spojen s pocitem lásky. Proto je důležité pochopit emoce umírajícího. Šimíčková-Čížková uvádí jednotlivá stádia umírání podle Kübler-Rossové:

1. stadium popření a izolace – všichni lidé reagují na zprávu o své smrti stejně – odmítnutím informace. Člověk sám sebe přesvědčuje, že se lékaři spletli a že to není pravda. Umírající jedinec si tímto popřením vytváří potřebný čas na akceptování dané skutečnosti. V této fázi je důležitá podpora rodiny a současně také respekt k reakcím umírajícího, který má tendence se stranit.

⁸⁰ ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, s. 148; VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie : dětství, dospělost, stáří*. Praha : Portál, 2000, s. 502.

2. stadium zlost – zlost je reakce, která je vždy součástí umírání. Tato zlost pramení z frustrace a také ze závisti, že ostatní se v této situaci nenachází. Zlost je těžko zvládnutelná.
3. stadium smlouvání – umírající se snaží nějakým způsobem si prodloužit život, má různá přání, která pro něj znamenají naději na život. V tomto stádiu se umírající snaží o urovnání sporů, o smíření se s rodinou, přáteli. Umírající si stanovuje různá přání, která pro ně představují vyhlídky na přežití.
4. stadium deprese – umírající pacient si začíná ujasňovat svou situaci a uvědomuje si, že žádná zlost mu v jeho situaci nepomůže a že se musí se smrtí vyrovnat. Smrtelně nemocní lidé tak propadají depresi. V této fázi je vhodné nechat umírajícím projevit své emoce a vyjádřit jim sounáležitost a podporu.
5. stadium přijetí (akceptace) – v této fázi dochází u umírajícího k vědomí, že smrt je součástí našeho života, poslední fáze žití, tím pádem je schopen se s ní vyrovnat. V tomto stádiu dochází jakoby k výměně rolí a umírající tak podporuje svoji rodinu a blízké, snaží se pomoci rodině vyrovnat se s jeho smrtí. Často se umírající snaží zanechat svým blízkým cenné rady a doporučení.

Tato stádia se nemusí striktně objevit v daném pořadí. Některé fáze se nemusejí objevit vůbec, jiné se mohou vyskytnout i vícekrát. Smrt blízké osoby zanechává hlubokou rýhu v každém z nás, jako dlouhodobá zátěž může tato smrt působit na pozůstalého, který žije osaměle. Nejlepší je, když se jedinec o takovou stresující situaci, o bolest může podělit s blízkou osobou. Intenzita bolesti a frustrace je tak menší.⁸¹

V souvislosti s tím se mohou objevit rozpory ve složce rozumové a emoční. Zatímco racionální postoj pojímá smrt jako evidentní a nezvratitelný konec života, emoční postoj nahlíží na smrt odmítavě, smrt bere životu význam. Ve vyšším věku se stává téma smrti stále diskutovanější a aktuálnější. Tento způsob vede seni-

⁸¹ ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, s. 148-151.

ory k vyrovnání se s úmrtím. V této životní etapě se jedince smrt více dotýká, je všude kolem něj, má s ní již zkušenosti díky smrti svých vrstevníků. Vyskytuje se zde potřeba diskutovat o smrti s blízkými lidmi. Ovšem u lidí, kteří žijí bezproblémový život v akceptovatelné fyzické i psychické kondici a v přijatelných podmínkách mají tendenci otázku smrti a úvahy o ní spíše potlačovat a popírat. Jedinec zaujímá ke své smrti spíše emotivní postoj, kde se nejedná o ukončení životní etapy, ale o strach z umírání samotného, který je také spojen se závislostí, bezmocností a s dlouhým trváním tohoto stavu. Starý člověk do svých úvah o smrti zahrnuje potřebu rozhodnout se o své smrti sám (Např.: Přála bych si umřít doma, ne v nemocnici.). Strach ze smrti závisí na několika faktorech, např. věk (s vyšším věkem slábne intenzita strachu), pohlaví (muži se bojí smrti více než ženy, ženy se také se smrtí snadněji vyrovnávají, dokážou také svůj strach projevit a nebojí se hledat oporu u svých blízkých, muži naopak smrt neustále popírají, bojují s ní, ale nepřijmou ji), aktuální žití (pokud jsou vyhlídky na plnohodnotný život v přijatelné fyzické a psychické kondici nereálné odpadá strach ze smrti, jeho intenzita se zmenšuje)... Senioři, kteří jsou věřící, umírají s určitou lehkostí, smrti se tolik nebojí, chápou ji jako jistou změnu stavu, přechod k něčemu smysluplnějšímu. Smrt tedy ukončuje jejich fyzické žití tady na zemi, ale v symbolické rovině žijí dále.⁸²

⁸² VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie : dětství, dospělost, stáří*. Praha : Portál, 2000, s. 503-507.

4 ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY

Péči o seniora lze rozdělit do tří rovin. Jedná se o péči o seniora v rodině, dále sociální péči o staršího občana v ambulantních podmínkách a ústavní péči o seniora. Péče o seniora v rodině je náročnou formou péče. Sociální péče o seniora v ambulantních podmínkách je realizována především dávkami sociální péče a sociálními službami (pečovatelská služba). Ústavní péči seniorům zprostředkovávají domovy pro seniory, které jsou charakterizovány v první kapitole.⁸³

4.1 Vývoj pobytových sociálních služeb

Ústavní péče se v průběhu historie postupně utvářela a proměňovala posláním i charakteristikou. *Prvobytně pospolná společnost* neměla zřízenou žádnou formu institucionálního zařízení či péče. Lidé první civilizace měli magické smýšlení, jediným činitelem pro vznik onemocnění byla posedlost zlým duchem, a jehož léčba spočívala v exorcismu. Tak se začalo postupně vyvíjet lidové léčitelství, na scénu přišli léčitelé a šamani. *V antické společnosti* se začala rozvíjet zdravotnická péče, kterou Platon hápal jako poskytnutí péče a ošetření bohatým a svobodným občanům. Otroci byli léčeni neodborně zaříkáváním, jelikož byli považováni za duševně nedokonalé. Antičtí lékaři začali ve svých domech zřizovat privátní kliniky. Péče o choré se tak přesunula na území polis. *V období raného středověku* se začala utvářet nemocniční zařízení (hospitály), která vznikala při křesťanských kláštorech. Hospitály poskytovaly nemocniční a azylovou péči, která byla charakteru nikoliv medicínského, ale sociálního a jejím hlavním úkolem bylo chránit společnost. Starověké a středověké městské útulky (xenodochia) byly určeny pro cizince (pocestné), žebráky, starce, sirotky, vdovy a pronásledované lidi, ale také pro nemocné, choromyslné a blázny. Začala se tak objevovat potřeba profesionálních ošetřovatelů. Tato funkce byla zastávána mnichy, jeptiškami a duchovními. *V období renesance* se poprvé objevily předpisy a pravidla pro zacházení s nemocnými. Zavedení těchto předpisů a pravidel nebylo motivováno zájmem o zdravotní stav jedinců, ale zájmem ochránit společnost, aby nebyli cho-

⁸³ MÚHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno : Masarykova univerzita, 2004, s. 104.

robní lidé na obtíž společnosti. V tomto období se objevila soběstačná instituce nazývaná jako *Loď bláznů*. Tato instituce zajišťovala izolační funkci. V *době osvícenství* začaly vznikat špitály, charity, internační budovy, církevní i veřejné podpůrné a trestní instituce. Špitál měl přitom polosoudní strukturu. Nemá povahu péče o ty, kdo kvůli invaliditě, nemoci nebo stáří nemohou pracovat, ale má mravní statut, tedy trestat, postihovat.⁸⁴

V 17. a 18. století začínají být lidé duševně choří spolu s lidmi s mentálním postižením, vojáky, kriminalisty a chudými odsouváni na okraj společnosti, jsou pro ně zřizovány velké instituce. V roce 1552 bylo v naší zemi vydáno tzv. domovské právo, které nařizuje obci starat se o chudé. Dalším zřizovatelem ústavů se tak stává vedle církve obec.

V období *novověku* dochází ke kvalitativním změnám pohledu na zdravotnickou péči. Tato radikální změna je spojena se jménem Philipa Pinela, který zavedl princip morální léčby. Duševně chorý jedinec již nebyl nazýván šilencem, ale nemocným člověkem. V 19. stoletím zakládá stát instituce nesoucí nové označení: starobinec, nemocnice, polepšovna, trestnice. 19. a 20. století přináší změnu, ústavy se začaly orientovat na potřeby klientů, vznikají v nich předpisy, platí normy, hodnoty a pravidla.⁸⁵ Současný stav ústavní péče je odezvou na péči do roku 1989, kdy byla ústavní péče tabuizována, zvláště v oblasti postižených a starých lidí. Po roce 1989 nastaly změny, které posunuly institucionální péči velmi dopředu, ale i přesto zůstává v ústavní péči řada problémů.⁸⁶

4.2 Charakteristika ústavní péče

Ústav je jakýmsi světem sám pro sebe, který má svůj soběstačný řád a život v něm je omezenější než život v přirozeném sociálním prostředí. Ústav si klade za cíl nahradit domov, je vždy pokusem o jeho napodobení. Ústavy omezují soukromí klientů nerovnoměrně. Funkce ústavní péče je možné pojímat ze dvou hle-

⁸⁴ MÚHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno : Masarykova univerzita, 2004, s. 88-93.

⁸⁵ MÚHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno : Masarykova univerzita, 2004, s. 93-98.

⁸⁶ MÚHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno : Masarykova univerzita, 2004, s. 99; MÚHLPACHR, P., STANÍČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogii*. 1. vydání. Brno : Masarykova univerzita, 2001, s. 82.

disek, z hlediska společnosti a z hlediska jednotlivce. Ve většině případů se tyto dvě úrovně shodují. Z hlediska jedince je hlavním aspektem, aby ústav respektoval potřeby klienta a bral v úvahu jeho svobodné rozhodování. Matoušek vymezuje tři hlavní funkce ústavů:

1. *Podpora a péče.* Tato funkce se snaží poskytnout klientům např. náhradu za chybějící nebo nefunkční rodinu, poskytnout zázemí a péči, kterou klient potřebuje, bez níž se nemůže sám obejít. Tato funkce se projevuje především v domovech pro bezdomovce, v zařízení pro lidi s mentálním nebo tělesným postižením, v domovech pro seniory apod.
2. *Léčba, výchova a resocializace.* Tato funkce se výrazně projevuje v léčebnách a rehabilitačních zařízeních, v zařízeních pro propuštěné vězně apod. Zde je předpokládána změna stavu, tedy že klient opustí zařízení v jiném stavu, než v jakém do něj vstupoval.
3. *Omezení, vyloučení a represe.* Tato funkce je důležitá z hlediska společnosti. Kdyby neexistovala zařízení typu věznice, psychiatrická zařízení apod., byla by společnost ohrožena kriminalitou.

Matoušek ještě uvažuje o funkci *rekreační*, ta se týká především lázeňských institucí a ozdravoven.⁸⁷

Pobyt v ústavu představuje vždy velký zásah do jedincova osudu. Jednotlivé ústavy by měly být přizpůsobeny věkovým a individuálním zvláštnostem jedince. První ústav, ve kterém si pobyl téměř každý jedinec, je *porodnice*. Dále „putují“ děti, které nemají svou rodinu nebo mají afunkční rodinu, *kojeneckým ústavem* a *dětským domovem*. Děti a dospívající, kteří mají závažné chování pro společnost, pobývají v *diagnostických ústavech*. Další institucí, s níž se nejčastěji jedinec setká, je *nemocnice*. Specifickým druhem ústavu hospitalizačního charakteru jsou *psychiatrické léčebny*. Pro lidi bez přístřešku jsou zřízeny *azylové domy* a pro staré lidi *domovy pro seniory* a *penziony*.⁸⁸

⁸⁷ MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2. vydání. Praha : Sociologické nakladatelství, 1999, s. 19-22.

⁸⁸ MÚHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno : Masarykova univerzita, 2004, s. 101-102.

4.3 Zařízení pro seniory a jejich aktuální problémy

Pobytovým zařízením sociální služby pro starší lidi jsou domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Tato zařízení jsou vymezena již výše v první kapitole. Domov pro seniory poskytuje základní činnosti, jako je ubytování, zajištění stravy, poskytnutí pomoci při osobní hygieně nebo zajištění vhodných podmínek pro ni, poskytnutí pomoci při zvládání běžných úkonů o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společností (pomoc při začlenění jedince do společnosti, pomoc při upevňování a udržování kontaktů s rodinou...), pomoc a podpora při uplatňování lidských práv, zajištění sociálně-terapeutické činnosti (činnosti, které vedou k rozvoji nebo udržení sociálních nebo osobních schopností) a poskytnutí aktivizačních činností (volnočasové aktivity, upevňování motorických, psychických a sociálních dovedností a schopností atd.) V domově se zvláštním režimem se poskytují stejné sociální služby jako v domově pro seniory. Domov se zvláštním režimem může být zřízen při domově pro seniory.⁸⁹

Jak již bylo uvedeno výše, stav českých ústavů se po roce 1989 zlepšil. Změnila se ideologie, vzrostla úroveň péče, která začala být směřována ke klientovi, začala být více uplatňována jeho lidská práva. Začal se více akceptovat fakt, že stejně jako zdraví patří k životu i nemoc a stáří.⁹⁰

I přes velké změny a pokrok, ke kterým u nás došlo v rámci ústavní péče, je stále hodně problémových oblastí. Tyto oblasti lze dle Mühlpachra rozdělit do několika skupin:

1. Klienti v zařízeních pro seniory. Sem patří například ztráta rodinných vztahů, ztráta širších sociálních kontaktů, narušení soukromí, oslabení vůle a motivace zachovat si samostatnost, nezávislost. Řadíme sem například i zvýšenou potřebnost ošetrovatelské péče.
2. Poskytovatelé služeb v zařízeních pro seniory. Můžeme jmenovat například poskytování péče klientům ve stresu, nevyváženost zdravotnického a sociálního typu péče, malou kooperaci s rodinou, nedostatečnou motivaci poskytovatelů péče.

⁸⁹ Zákon č. 108/2006 Sb.; vyhláška 505/2006 Sb. kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

⁹⁰ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno : Masarykova univerzita, 2004, s. 107-108.

3. Organizace a řízení zařízení pro seniory. Základní problémy jsou například nedokonalá týmová spolupráce, strach z aplikace nových přístupů ve vedení, direktivní umístování klientů do zařízení bez ohledu na jejich přání atd.
4. Financování zařízení pro seniory. Mezi problémy se zde řadí vysoké náklady na technický chod zařízení, neadekvátní spolupráce s obcí, nepatrná flexibilita rozpočtu.
5. Budovy zařízení pro seniory. Do problémů patří zejména prostorové přetížení, neodstraněné bariéry, izolace od obce a památková ochrana budovy.⁹¹

⁹¹ MŮHLPACHR, P., STANÍČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogii*. Brno : Masarykova univerzita, 2001, s. 82-86.

5 PRACOVNÍCI ZAŘÍZENÍ PEČUJÍCÍCH O SENIORY

Jak již bylo zmíněno, ústavní péče se vlivem historických proměn vyvíjela. Bylo potřeba vytvořit pobytová zařízení pro seniory, kteří potřebují celodenní péči a noční dohled. Zde by měli senioři naleznout bezpečný domov, který jim poskytne důstojný život. Každému obyvateli domova pro seniory je potřeba nabízet individuální péči. Péče o všechny seniory by měla být komplexní, pracovníci zařízení pro seniory by tedy měli pečovat o obyvatele z hlediska fyzického, mentálního, duchovního a sociálního. Z tohoto důvodu by zde vedle tradičních zaměstnanců, ředitele, vrchních sester a ošetřovatelek měl být i terapeuticko-rekreační pracovník.⁹²

Sociální služby v domovech pro seniory vykonávají zdravotničtí pracovníci, sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby. Pracovníci v sociálních službách vykonávají přímou obslužnou péči o klienty v pobytových zařízeních. Jedná se o zacházení s přístroji, s pomůckami s prádlem klienta. Pracovník dále nacvičuje jednotlivé denní aktivity, poskytuje pomoc při osobní hygieně a při udržování klientova zevnějšku, napomáhá při oblékání. Pracovník v sociálních službách podporuje klientovu samostatnost a určitou nezávislost, zajišťuje sociální aktivizaci, uspokojuje psychosociální potřeby klienta a snaží se vytvářet nebo udržovat kontakty klienta se sociálním okolím.⁹³

Poskytovatel sociálních služeb má jasně vymezenou strukturu, počet pracovníků, který se odvíjí od kapacity zařízení, kvalifikaci, pracovní profil a osobnostní předpoklady. Poskytovatel má dále ustanovenou vnitřní strukturu, v níž jsou vymezena povinnosti a oprávnění jednotlivých pracovníků.⁹⁴ Sociální pracovník musí mít právní způsobilost, zdravotní způsobilost, odbornou způsobilost a bezúhonnost. Sociální pracovník je povinen se dále vzdělávat, aby upevňoval a nadále

⁹² RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha : Grada Publishing, 1999, s. 10-12.

⁹³ SOKOL, R. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha : ASPI, 2008, s. 179.

⁹⁴ Příloha č. 2 *Obsah standardů kvality sociálních služeb - 9. Personální a organizační zajištění sociálních služeb* vyhlášky 505/2006 Sb. kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

rozšiřoval svoji kvalifikaci.⁹⁵ Práce zdravotníků a sociálních pracovníků by měla být v souladu s etikou. Z etického pohledu je u zdravotních pracovníků velmi důležitou vlastností schopnost komunikace a empatie. Někteří autoři odkazují na sedm vlastností zdravotních pracovníků, které jsou klíčové v péči o klienty. Jedná se o následující oblasti:

1. *Znalosti a dovednosti* – zdravotník by měl mít profesní kompetence ve svém oboru a měl by svou odbornost udržovat a nadále rozšiřovat. Důležité také je, aby měl nezbytné dovednosti, které by mu mimo jiné umožnily propojení teorie s praxí.
2. *Trpělivost* – trpělivost je pro zdravotníka důležitou vlastností, zejména v oblasti hygienické péče o klienta a v ošetřování, což bývá zpravidla zdlouhavé, dále je trpělivost na místě při komunikaci s klienty, obzvláště s klienty, kteří ne vždy dobře slyší, vidí a všemu rozumí.
3. *Schopnost víry* – nejedná se jen o náboženskou víru, ale především o víru v pacienta, v jeho blaho a bezpečí.
4. *Poctivost* – zdravotník by měl být poctivý zvláště v situacích osobní hygieny, krmení, polohování apod.
5. *Skromnost* – zde můžeme zmínit racionální a oprávněnou šetrnost, z důvodu akceptace ekonomické situace, nikoli na úkor klienta.
6. *Naděje* – zdravotník by měl ve zdravé míře dodávat svým klientům optimismus a naději, ovšem ne na úkor svého zdraví.
7. *Odvaha* – zdravotník by měl mít odvahu jednat ve prospěch klienta a za své jednání nést zodpovědnost.⁹⁶

Práce sociálního pracovníka se řídí etickým kodexem a je orientována na dodržování lidských práv. Sociální pracovník by měl dle etických zásad uznávat každého jedince bez ohledu na jeho pohlaví, etnický původ, mateřský jazyk, sexuální orientaci, náboženské či politické vyznání, barvu pleti, věk, zdravotní stav a jiné. Dále by měl u každého jedince respektovat právo na seberealizaci, ale ne na úkor druhých osob. Sociální pracovník pomáhá svým klientům svými

⁹⁵ SOKOL, R. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha : ASPI, 2008, s. 177-178.

⁹⁶ GOLDMAN, R., CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2004, s. 108-110.

znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi a jím poskytované služby musí být na co nejvyšší možné odborné úrovni.⁹⁷

Jak již bylo výše uvedeno, syndrom vyhoření postihuje především pracovníky pomáhajících profesí a pracovníci se seniory k nim rozhodně patří, neboť zastávají práci, která je náročná v několika směrech. Pracovníci v domově pro seniory se snaží splnit hlavní cíl péče, což je umožnit seniorům prožít plnohodnotně poslední etapu svého života. Pracovníci by se měli snažit o splnění všech potřeb klientů, nejen fyziologických, ale také psychických a sociálních. Právě psychologická stránka práce pracovníků se seniory je velmi důležitá, ale zároveň velmi namáhavá a náročná. Klient potřebuje pohlázení, povzbuzení, vlídné slovo, pocit bezpečí, optimismus a naději. Dezorientovaní klienti potřebují obzvlášť speciální péči a hlavně speciální přístup. Jejich myšlení je jiné a je důležité porozumět jejich specifické komunikaci, která může být realizována pouze v symbolech. To všechno je pro pracovníka velmi náročné a stresující, být vždy oporou a dobře naladěm.⁹⁸

⁹⁷ *Etický kodex* [online] [cit. 2010-03-24]. Společnost sociálních pracovníků ČR. Dostupné z WWW: <<http://www.socialnipracovnici.cz/index.php?section=sspcr&lang=cz>>

⁹⁸ RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha : Grada Publishing, 1999, s. 80-81.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÝ PROJEKT

Druhá část bakalářské práce je zaměřena na výzkum syndromu vyhoření u pracovníků v oblasti péče o seniory.

6.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem výzkumu je zjistit objektivní míru výskytu syndromu vyhoření a subjektivní postoj pracovníků v oblasti péče o seniory k dané problematice.

Ve výzkumu si klademe tyto otázky:

Hlavní výzkumná otázka:

1. Odpovídá objektivní míra výskytu syndromu vyhoření zjištěná u respondentů jejich subjektivnímu pocitu?

Dílní výzkumné otázky:

2. Je výskyt syndromu vyhoření ovlivněn počtem odpracovaných let na daném pracovišti?
3. Mají na vznik syndromu vyhoření vliv okolnosti výběru daného povolání?
4. Souvisí aktivita v práci s přetížením?
5. Souvisí počet přetíženosti pracovníků s počtem odpracovaných let na daném pracovišti?
6. Mají pracovníci v zařízeních pečující o seniory povědomí o syndromu vyhoření?

6.2 Metodologie

Pro vlastní výzkum syndromu vyhoření u pracovníků v oblasti péče o seniory byla použita metoda kvantitativního výzkumu.

6.2.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří pracovníci dvou domovů pro seniory na jižní Moravě. Tato dvě zařízení byla vybrána záměrně z důvodu již dříve navázaných kontaktů. Zařízení byla oslovena elektronickou poštou přes ředitele a následně osobně

přes vrchní sestru a sociální pracovníci s dotazem, zda by všichni pracovníci zařízení, kteří pečují o seniory, byli ochotni vyplnit dotazník, který jim bude zpřístupněn při osobním setkání.

Celkem bylo respondentům předáno 50 dotazníků. Zpátky od respondentů se vrátilo 43 vyplněných dotazníků. Respondenti byli vesměs ochotní a dotazníkového šetření se zúčastnili dobrovolně. Velká část respondentů (86 %) odpověděla na všechny položky. Opakovaně v dotaznících chyběly odpovědi na otázky číslo 6, 7, 12, 13, 16 a 17. Poslední dvě otázky (16 a 17) obsahovaly požadavek na zdůvodnění zvolené odpovědi. Pouze 12 % respondentů své odpovědi zdůvodnilo, 16 % respondentů zdůvodnilo svoji odpověď u položky č. 16.

6.2.2 Metoda sběru dat

Data byla získána prostřednictvím dotazníku (příloha č. I). Dotazník je často používaná metoda pro sběr dat. Jeho frekventovanost je dána nejspíš jeho snadným provedením a faktem, že dotazník umožňuje v krátké době shromáždit data od velkého počtu respondentů. Chráska uvádí Gavorovu definici dotazníku, podle níž je dotazník „způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí“.⁹⁹ V dotazníku se otázky mohou zaměřovat na jevy vnitřní nebo na jevy vnější.

Dotazník je tedy sestaven z otázek, které jsou předem připravené a řádně formulované. Dotazník by měl být jasný a pochopitelný všem respondentům, měl by být přiměřený věku, vzdělání. Otázky v dotazníku by měly být promyšleně seřazeny. Mohou být použity otázky otevřené i otázky uzavřené. Samotný dotazník by měl obsahovat jakýsi úvod, který respondentům objasní účel dotazníku.¹⁰⁰

Použitý dotazník je složen ze dvou částí. První část zjišťuje objektivní míru postižení syndromem vyhoření a druhá část je zaměřena na zjištění subjektivních

⁹⁹ CHRÁSKA, M. *Metody sběru dat v klasických pedagogických výzkumech*. Olomouc : Universita Palackého, 2007, s. 13.

¹⁰⁰ CHRÁSKA, M. *Metody sběru dat v klasických pedagogických výzkumech*. Olomouc : Universita Palackého, 2007, s. 13, 15, 18-19.

pocitů pracovníků k dané problematice. V dotazníku jsou použity především položky uzavřené a pouze dvě položky jsou kombinované.

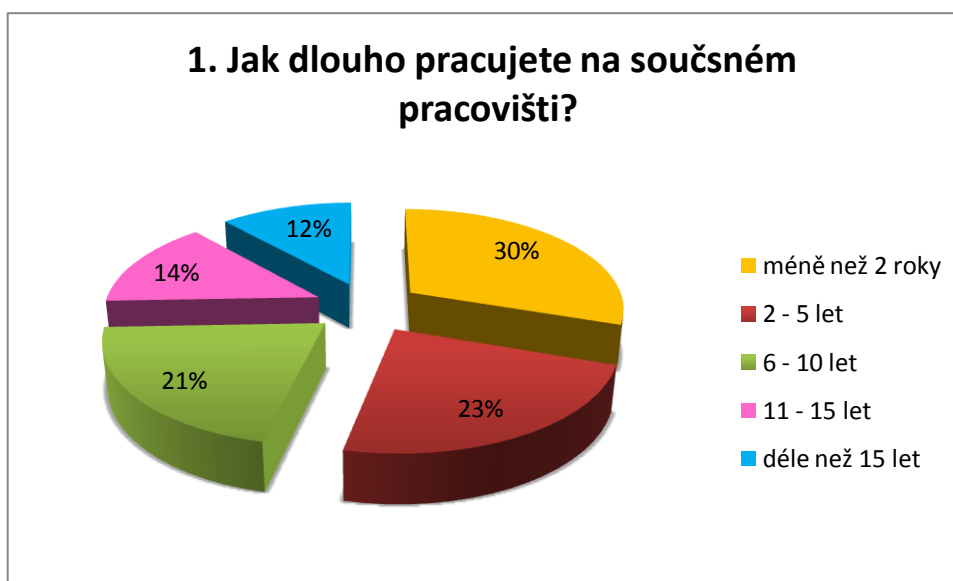
Při tvorbě dotazníku jsem se inspirovala některými otázkami z MBI dotazníku Christiny Maslach, které jsem následně přeformulovala. Při tvorbě dotazníku byla hlavní snaha o jasnou formulaci otázek a získání co největšího množství informací z co nejmenšího počtu otázek. Dotazník obsahuje 17 položek, z nichž prvních 13 je zaměřeno na objektivní zjištění situace syndromu vyhoření, poslední 4 otázky se snaží zmapovat subjektivní pohled respondenta na danou problematiku.

6.3 Vyhodnocení získaných dat

Dotazníky jsou zpracovány pomocí tabulkového editoru do výsečových grafů, které ukazují jednotlivé odpovědi na položky v dotazníku. Odpovědi jsou v grafu rozlišeny barevně a jsou u nich uvedeny legendy.

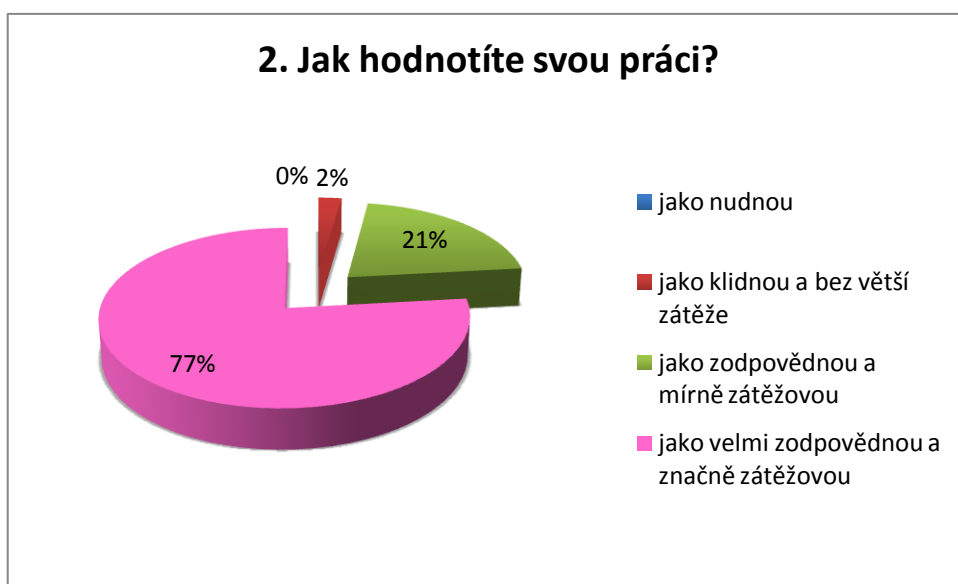
Graf č. 1 znázorňuje počet odpracovaných let respondentů na daném pracovišti. Nejvíce pracovníků, 30 %, je na současném pracovišti méně než dva roky. Celkem 23 % pracovníků pracuje na daném pracovišti v rozmezí dvou až pěti let a 21 % respondentů zde je šest až deset let. Nejméně pracovníků (14 % a 12 %) setrvává na daném pracovišti jedenáct až patnáct let a déle jak patnáct let.

Graf č. 1



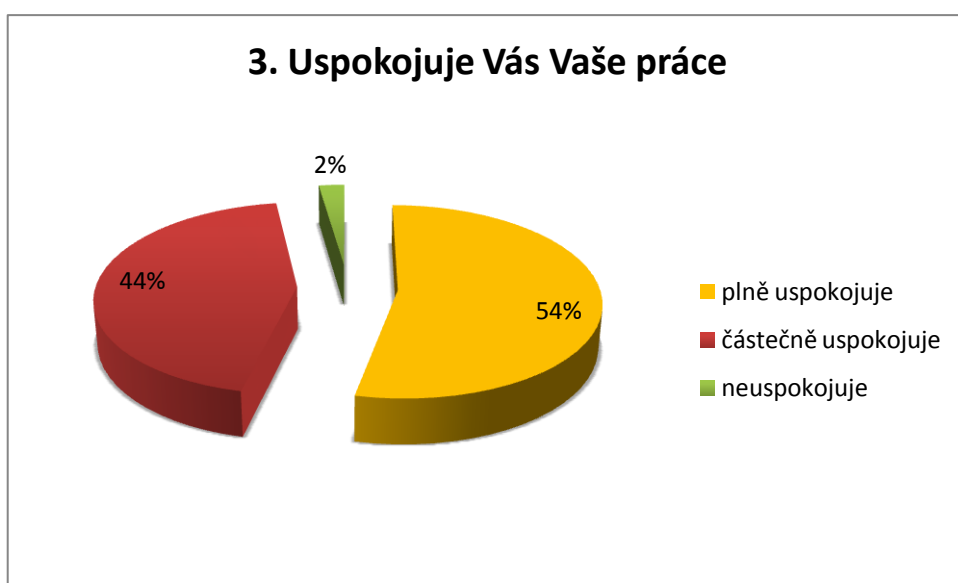
Graf č. 2 ukazuje, že 77 % pracovníků svoji práci považuje za velmi zodpovědnou a zátěžovou. Celkem 21 % hodnotí svou práci sice jako zodpovědnou, ale bez větší zátěže. Za nudnou nepovažuje svoji práci žádný pracovník.

Graf č. 2



Respondenti byli dotázáni na to, jak jsou spokojeni se svojí prací. Většina respondentů (54 % a 44 %) je se svojí prací spokojena, dané povolání je uspokojuje, případně částečně uspokojuje. Pouze 2 % respondentů jejich práce neuspokojuje. Tuto skutečnost znázorňuje graf č. 3.

Graf č. 3



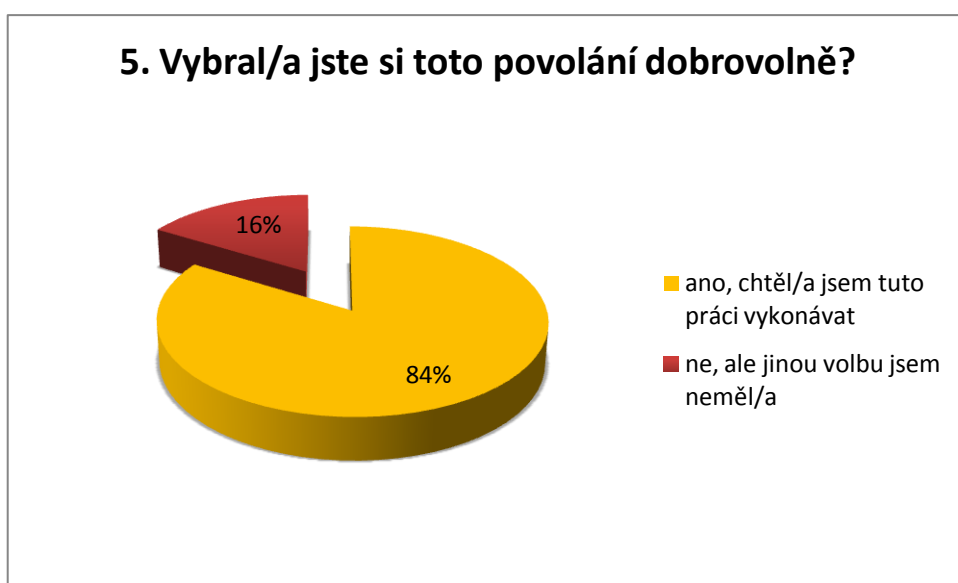
Graf č. 4 poukazuje na skutečnost, že 49 % respondentů je s oceněním za své práce spokojeno, domnívají se, že jsou ohodnoceni přiměřeně své práci. Za nedostatečně ohodnocenou považuje svou práci 35 % oslovených respondentů. Pouze 16 % respondentů si myslí, že jejich práce je ohodnocena dobře.

Graf č. 4



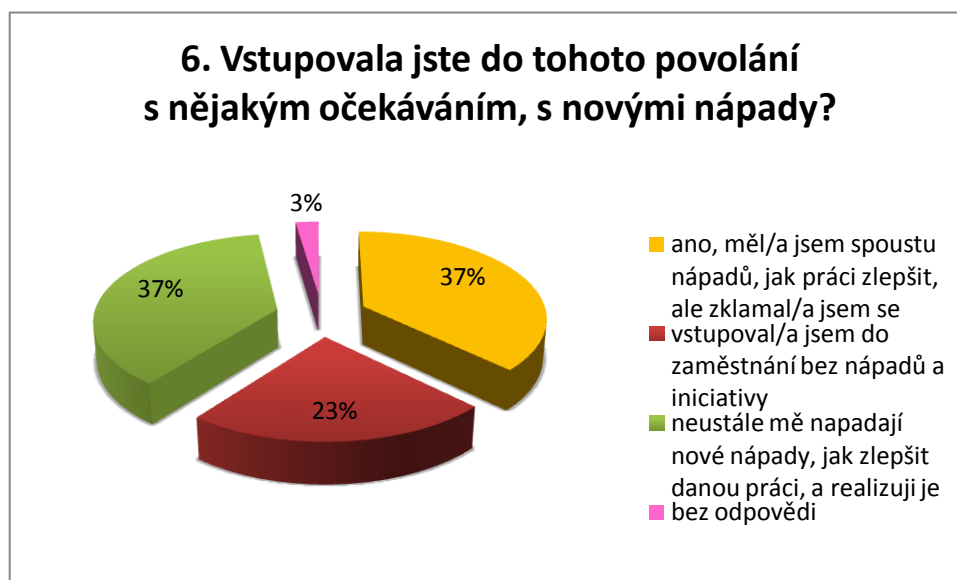
Velká většina respondentů (84 %) si svoji současnou práci zvolila dobrovolně a tuto práci vykonávat chtěla. Ovšem 16 % respondentů pracuje na současném pracovišti z toho důvodu, že nemělo možnost volby jiného povolání. Tato skutečnost je znázorněna grafem č. 5.

Graf č. 5



Zajímali jsme se také o to, zda respondenti vstupovali do zaměstnání s nějakým očekáváním. Celkem 37 % pracovníků vstupovalo do zaměstnání s nápady na nové pracovní postupy nebo činnosti, ale neuspěli, případně je, jak uvedla jedna respondentka, nerealizovalo a shodně 37 % pracovníků má neustále nové nápady jak svoji práci zlepšit, a tyto nápady realizuje. Na tuto položku neodpověděla 3 % respondentů. Na tuto skutečnost poukazuje graf č. 6.

Graf č. 6



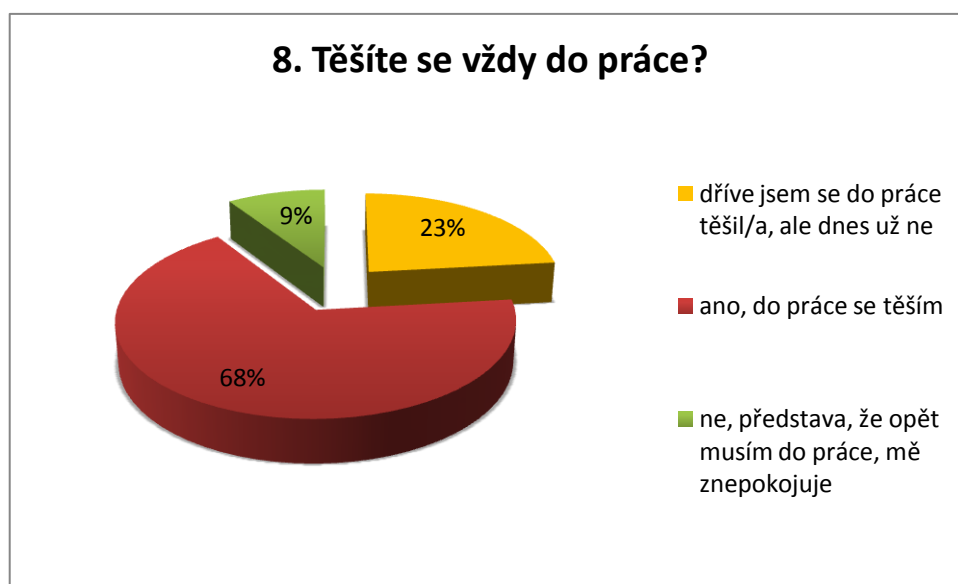
Zajímalo nás, zda jsou respondenti ve své práci stále aktivní. Celých 95 % respondentů u položky č. 7 uvedlo, že jsou stále do práce zapáleni, plní i úkoly mimo svoje povinnosti. Celkem 5 % respondentů nechalo tuto položku bez odpovědi. Tato skutečnost je znázorněna v grafu č. 7.

Graf č. 7



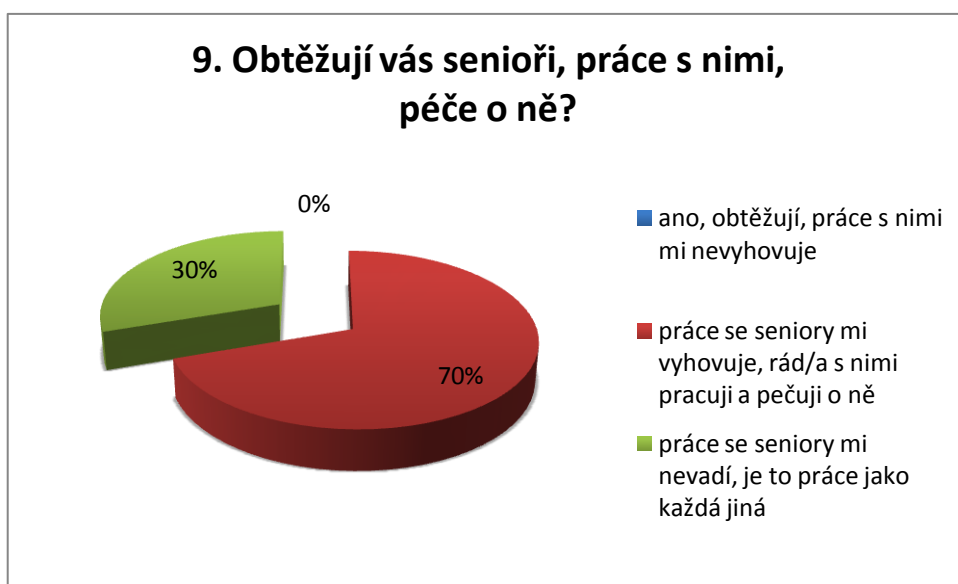
Graf č. 8 znázorňuje, že větší část respondentů, 68 %, se do své práce těší, 23 % respondentů se do práce těšilo dříve, ale dnes už ne, a 9 % respondentů se do své práce vůbec netěší.

Graf č. 8



Graf č. 9 demonstruje, že se seniory rádo pracuje 70 % respondentů a tato práce jim přímo vyhovuje. Tato skutečnost je potěšující. Oproti tomu 30 % respondentů práci se seniory považuje za stejnou, jako je každá jiná.

Graf č. 9



V grafu č. 10 je uvedeno, že 5 % respondentů uvedlo, že se občas snaží vyhýbat svým klientům a setkat se s nimi jen po dobu nezbytně nutnou. Je potěšitelné, že 95 % respondentů pracuje se seniory rádo.

Graf č. 10



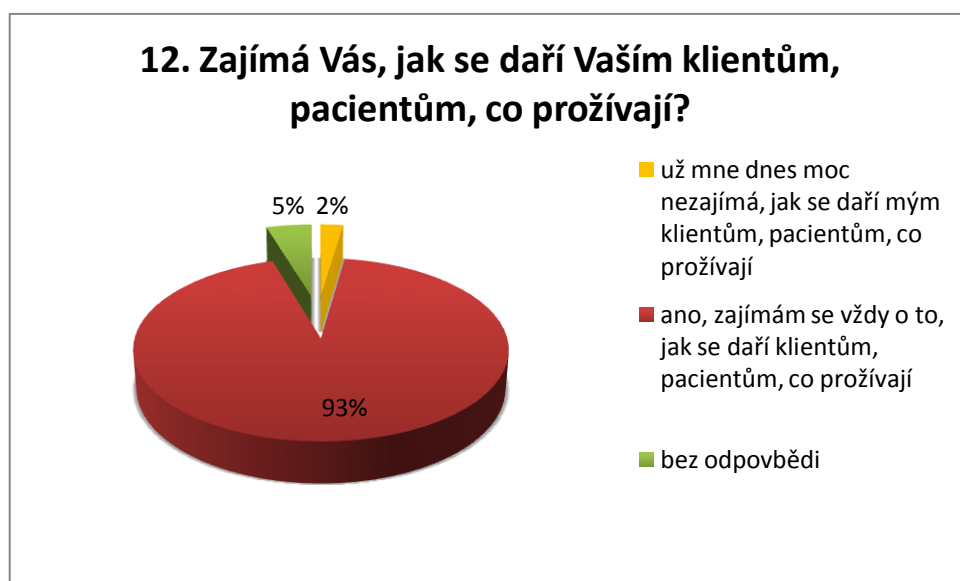
Graf č. 11 prezentuje skutečnost, že 84 % respondentů se cítí občas přetíženě, 14 % respondentů je přetíženo neustále a pouze 2 % respondentů na sobě nepocítuje žádné známky přetížení.

Graf č. 11



Graf č. 12 znázorňuje, že 93 % respondentů se zajímá o to, jak se daří jejich klientům, jen 2 % respondentů tato skutečnost dnes již nezajímá. Celkem 5 % respondentů tuto položku nechalo bez odpovědi.

Graf č. 12



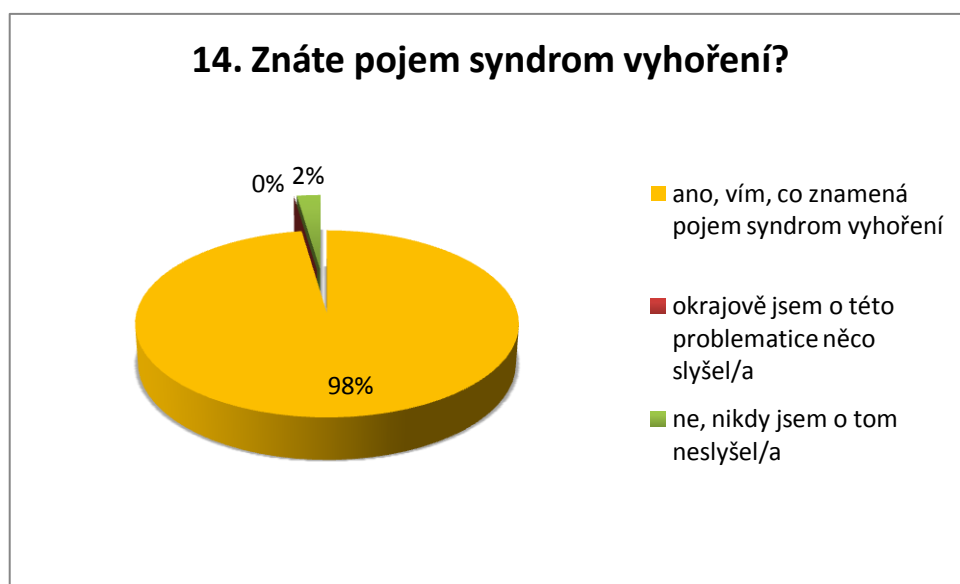
Na 13. položku 77 % respondentů odpovědělo, že problémy v práci řeší klidně a vyrovnaně. Zároveň však 16 % respondentů řešení problémů vyčerpává, a tak je řešit nechtějí. Na tuto položku 7 % respondentů neodpovědělo. Tuto skutečnost znázorňuje graf č. 13.

Graf č. 13



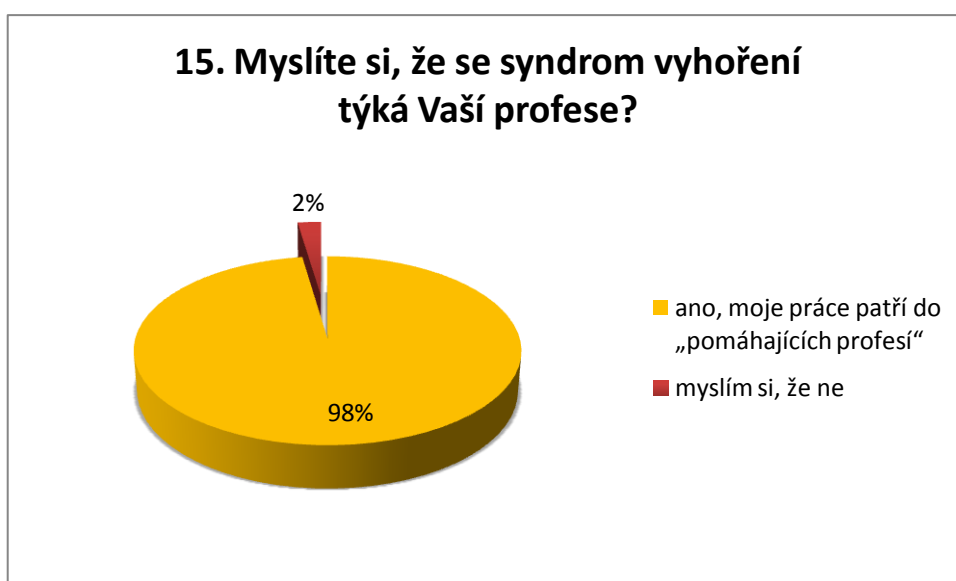
Dále jsme se zaměřili na to, zda mají respondenti povědomí o syndromu vyhoření. Graf č. 14 ukazuje, že 98 % respondentů je obeznámeno s pojmem *syndrom vyhoření*. Pouze 2 % respondentů o této problematice nikdy neslyšelo.

Graf č. 14



Další položka se dotazovala respondentů na to, zda se podle jejich názoru syndrom vyhoření týká jejich profese. Na tuto položku Odpovědělo na ni 98 % respondentů kladně, pouze 2 % respondentů se domnívá, že syndrom vyhoření se netýká jejich profese. Tuto skutečnosti uvádí graf č. 15.

Graf č. 15

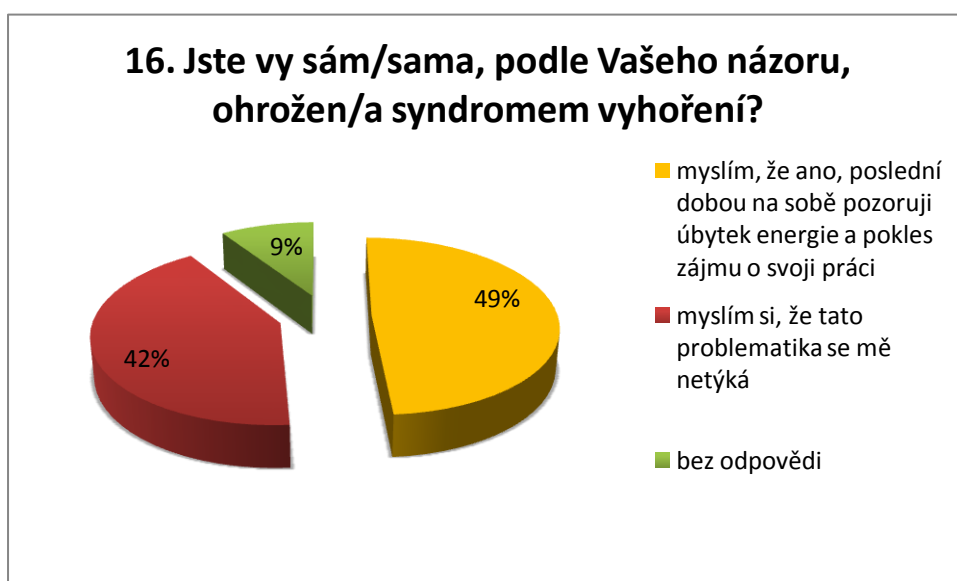


Další položka zjišťovala u respondentů, zda si myslí, že jsou ohroženi syndromem vyhoření a měla za cíl zmapovat jejich subjektivní pohled na tuto problematiku. Své odpovědi měli zdůvodnit. Z grafu č. 16 vyplývá, že 49 % respondentů si myslí, že je ohroženo syndromem vyhoření. Tyto odpovědi někteří respondenti zdůvodnili následovně: „Myslím, že ano, pociťuji někdy úbytek energie, ale ne pokles zájmu o svoji práci.“, „Někdy kdy z důvodu nemoci kolegyň je nás méně – delší neschopnost kolegyň. Jsem unavená.“, „Určitě se nás týká, ale zatím nepozoruji ohrožení na sobě, snažím se tam pracovat, abych nebyla ohrožená“, „Z důvodu nedostatku personálu.“, „Úbytek energie ano, ale ne zájem o svou práci.“, „Práce, kterou dělám je velmi náročná na psychiku, je zodpovědná a práce je moc, proto úbytek energie.“, „Ale může to souviset i s prací doma, děti, škola, školka + ostatní k tomu = vše spolu vyčerpávají.“, „Už jsem syndrom vyhoření prodělala.“, „Uvědomuji si, že syndromem vyhoření jsem ohrožená, avšak jelikož pracuji v oboru poměrně krátkou dobu, nepozoruji pokles zájmu o svoji práci ani úbytek energie.“

Ovšem 42 % respondentů se domnívá, že problematika syndromu vyhoření se jich netýká. Někteří z nich svou odpověď okomentovali následovně: „Zatím jsem s vyhořením problém neměla.“, „Snažím se tomu předcházet, zatím se mi to v životě daří.“, „Každého, kdo pracuje s lidmi, se týká syndrom vyhoření, neboť je to práce velmi náročná. Mne se ale zatím netýká.“

Celkem 9 % respondentů na tuto položku vůbec neodpovědělo a neuvedlo ani žádné zdůvodnění.

Graf č. 16



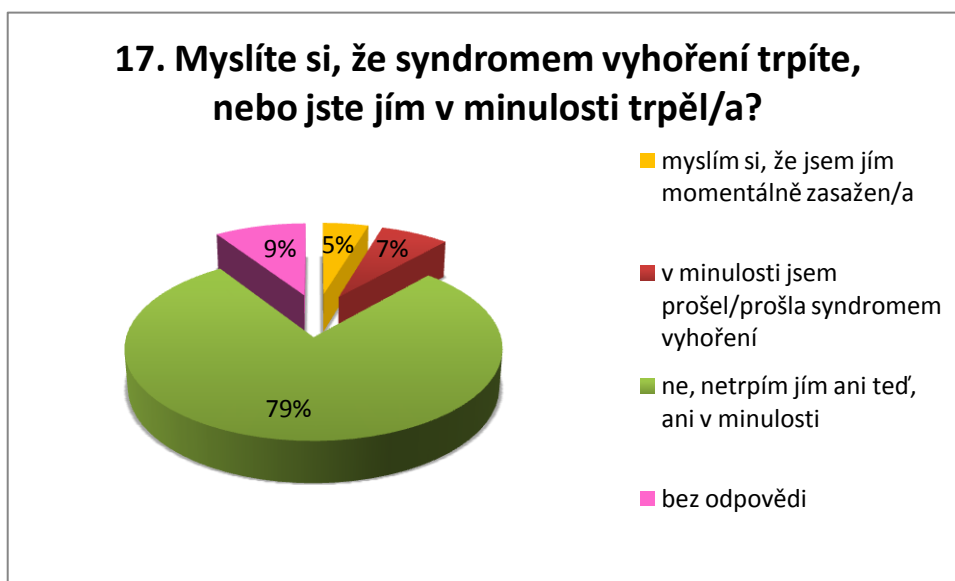
Respondenti byli také dotázáni na to, zda se domnívají, jestli trpí či někdy v minulosti trpěli syndromem vyhoření. Graf č. 17 znázorňuje, že 5 % respondentů se domnívá, že jsou syndromem vyhoření momentálně zasaženi. Ti, kteří zdůvodnili svoji odpověď, ji zdůvodnili následovně: „*Jsem častěji unavená, a když je víc služeb v týdnu, je i málo času na relax.*“.

Celkem 7 % respondentů uvedlo, že syndromem vyhoření trpělo již v minulosti. Odpověď byla zdůvodněna následovně: „*Přetíženost, nedostatek osobního volna, zátěžové vztahy, ale životní období mne posunulo jinam.*“

Lze hodnotit pozitivně, že 79 % respondentů není zasaženo syndromem ani nyní, a ani v minulosti nebylo. Tuto volbu respondenti zdůvodnili takto: „*Tento problém spíš mám doma – tam se cítím vyhořená, prázdná, vycučlá. Vše to souvisí s povoláním.*“, „*Život si umím zpříjemnit.*“, „*Nejsem zaměstnána tak dlouho, abych byla syndromem ohrožena.*“.

Celkem 9 % respondentů nechalo tuto položku bez odpovědi.

Graf č. 17



6.4 Analýza výzkumných dat

Nyní se pokusíme odpovědět na jednotlivé výzkumné otázky, a to tak, že podrobněji rozebereme jednotlivá data z dotazníku, která se vztahují k výzkumným otázkám.

Hlavní výzkumná otázka č. 1: *Odpovídá objektivní míra syndromu vyhoření zjištěná u respondentů jejich subjektivnímu pocitu?*

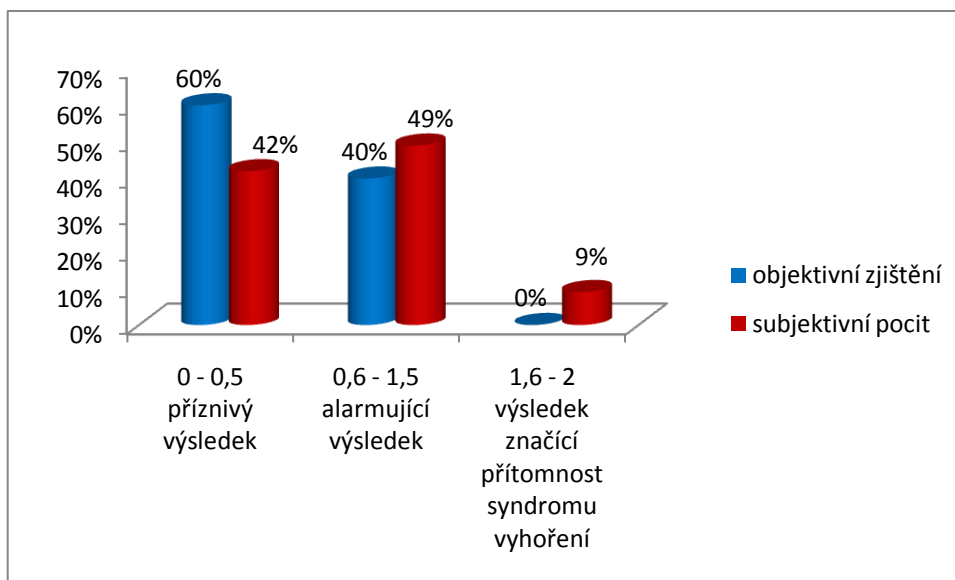
Při zkoumání, zdali se výsledky objektivního zjišťování problematiky syndromu vyhoření shodují s výsledky subjektivního zjišťování, byly jednotlivé odpovědi na položky obodovány a následně vyhodnoceny (byla zvolena škála 0 – 2 body v případě tří možností odpovědí na danou otázku, 0 a 2 body v případě dvou možností odpovědí, body u příslušných položek byly sečteny a byl z nich vypočítán aritmetický průměr). Respondenti s určitým průměrným počtem bodů byli zařazeni do příslušné skupiny. Kategorie, které interpretují výsledky respondentů, jsou následující:

- *0 – 0,5 bodů:* příznivý, uspokojující výsledek,
- *0,6 – 1,5 bodů:* alarmující výsledek, výstražné znamení, které napovídá, že by respondent měl přehodnotit své pracovní postoje, hodnoty, zatížení a životní styl,
- *1,6 – 2 bodů:* výsledek značící přítomnost syndromu vyhoření, zde by již respondent měl realizovat nějaká vhodná opatření, která by mu dopomohla eliminovat značné fyzické a psychické vyčerpání.

Graf č. 18 demonstruje skutečnost, že subjektivní pocity respondentů neodpovídají zcela objektivní realitě. Je zajímavé, že 9 % respondentů se domnívá, že je ohroženo nebo zasaženo syndromem vyhoření, aniž by se to objektivně prokázalo. Z objektivního hlediska spadá velká část respondentů, 60 %, do první bodové kategorie, která značí příznivé výsledky, kdežto ze subjektivního hlediska se větší část respondentů zařadila do druhé kategorie, která značí již alarmující stav. Je tedy zajímavé, že respondenti sami sebe považují za ohrožené syndromem vyhoření a že se domnívají,

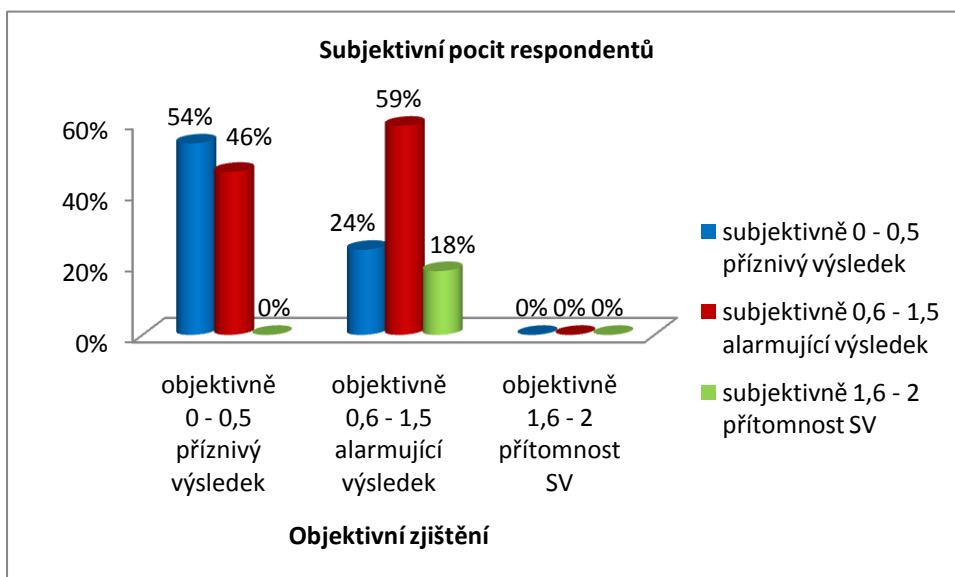
že jsou jim zasaženi nebo zasaženi někdy v minulosti byli, aniž by to bylo objektivně prokázáno.

Graf č. 18



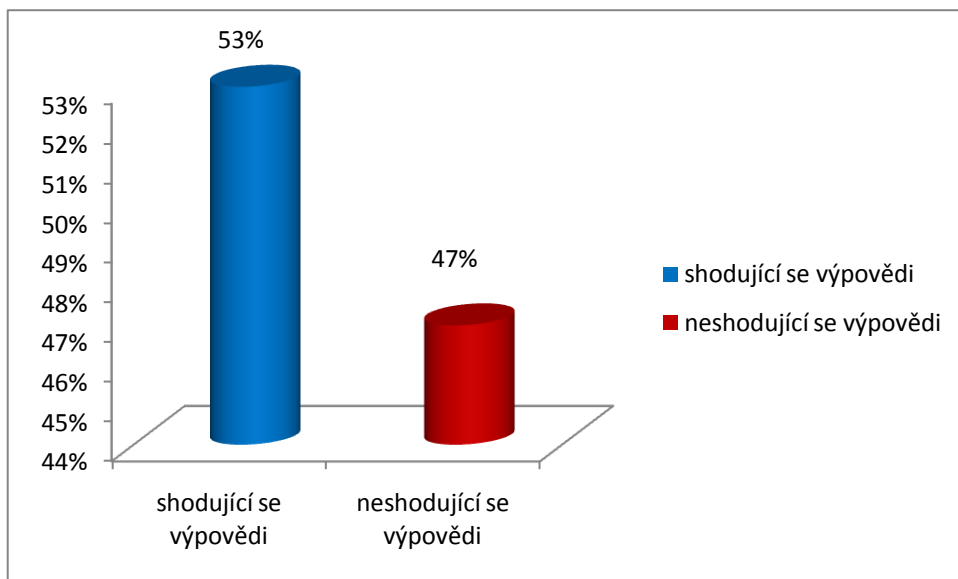
V grafu č. 19 je popsáno, že z respondentů, kteří spadají z objektivního hlediska do první bodové kategorie, 54 % respondentů dospělo ke stejným výsledkům i ze subjektivního hlediska a 46 % respondentů se svými odpověďmi zařadilo do skupiny alarmujících výsledků. Tam, kde byly u respondentů zjištěny objektivně alarmující výsledky, vyšlo ze subjektivního pohledu 24 % respondentům příznivé výsledky, 59 % respondentům alarmující výsledky a 18 % respondentům vyšla ve výsledcích přítomnost syndromu vyhoření.

Graf č. 19



Graf č. 20 znázorňuje skutečnost, jak se shodují subjektivní výpovědi respondentů s objektivními výpověďmi. Celkem v 53 % nastala shoda výpovědí.

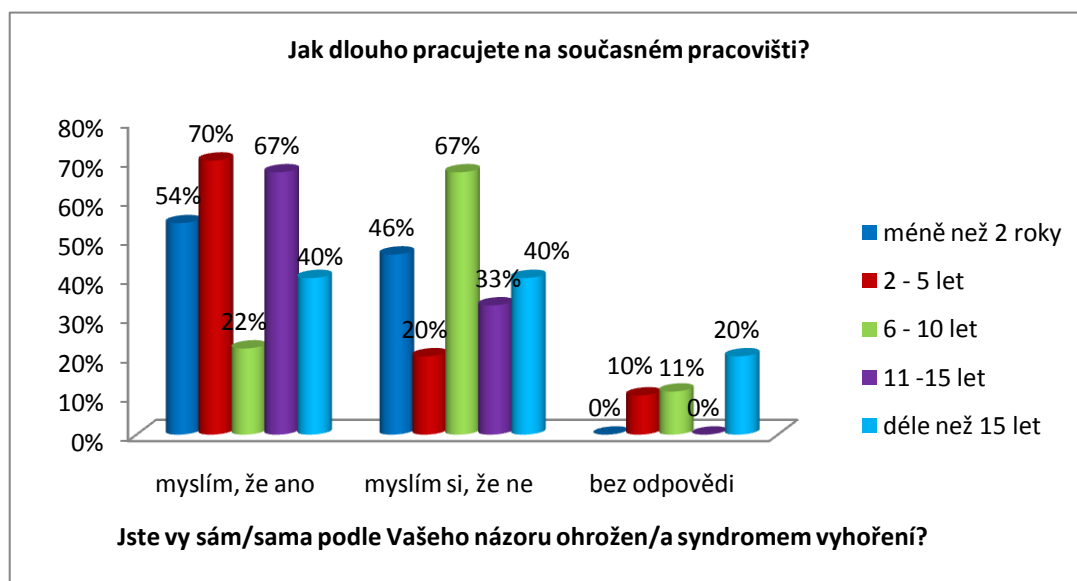
Graf č. 20



Dílčí výzkumná otázka č. 2: *Je výskyt syndromu vyhoření ovlivněn počtem odpracovaných let na daném pracovišti?*

Graf č. 21 demonstruje, kolik procent respondentů jednotlivých kategorií, vytvořených na základě odpracovaných let na daném pracovišti se domnívá, že je ohroženo syndromem vyhoření, a kolik procent respondentů si myslí, že se jich tato problematika netýká. Překvapující je, že převážná většina, 70 %, respondentů z kategorie dva až pět let se domnívá, že je ohrožena syndromem vyhoření. Oproti tomu respondenti, kteří na daném pracovišti pracují déle než patnáct let, zaujímají shodně obě položky – 40 % respondentů se domnívá, že je ohroženo syndromem vyhoření a 40 % si myslí, že se jich tato problematika netýká. Zajímavé ale je, že velká část respondentů, 67 %, pracujících v daném zařízení jedenáct až patnáct let se domnívá, že jsou ohroženi syndromem vyhoření. Je tedy zřejmé, že to, zda je jedinec ohrožen syndromem vyhoření, nezávisí na počtu odpracovaných let v daném zařízení.

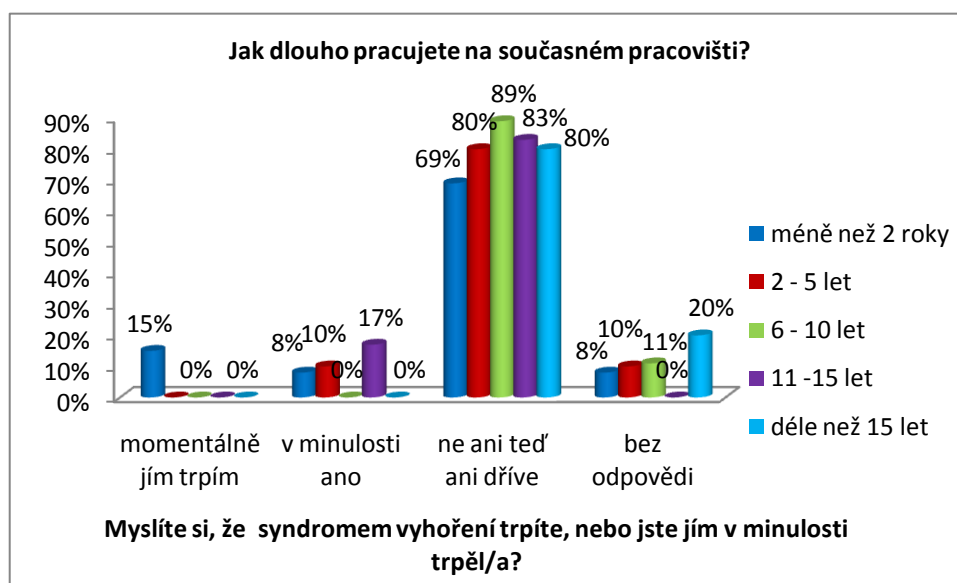
Graf č. 21



Na výzkumnou otázku č. 2, zdali je výskyt syndromu vyhoření ovlivněn počtem odpracovaných let, se naskýtá odpověď, že podle zjištěné skutečnosti, kterou prezentuje graf č. 22, počet odpracovaných let nerozhoduje. Bylo překvapivě zjištěno, že syndromem vyhoření momentálně trpí 15 % respondentů, kteří se řadí do skupiny lidí, kteří pracují na současném pracovišti méně než dva roky. V minulosti bylo syndromem vyhoření postiženo 17 % respondentů, kteří na da-

ném pracovišti pracují jedenáct až patnáct let, dále syndromem vyhoření kdysi trpělo 10 % respondentů, kteří dané povolání vykonávají v rozmezí dvou až pěti let a 8 % respondentů, kteří pracují v daném zařízení méně jak dva roky. Je překvapující, že se zde neobjevuje žádné procento respondentů, kteří své povolání vykonávají déle jak patnáct let.

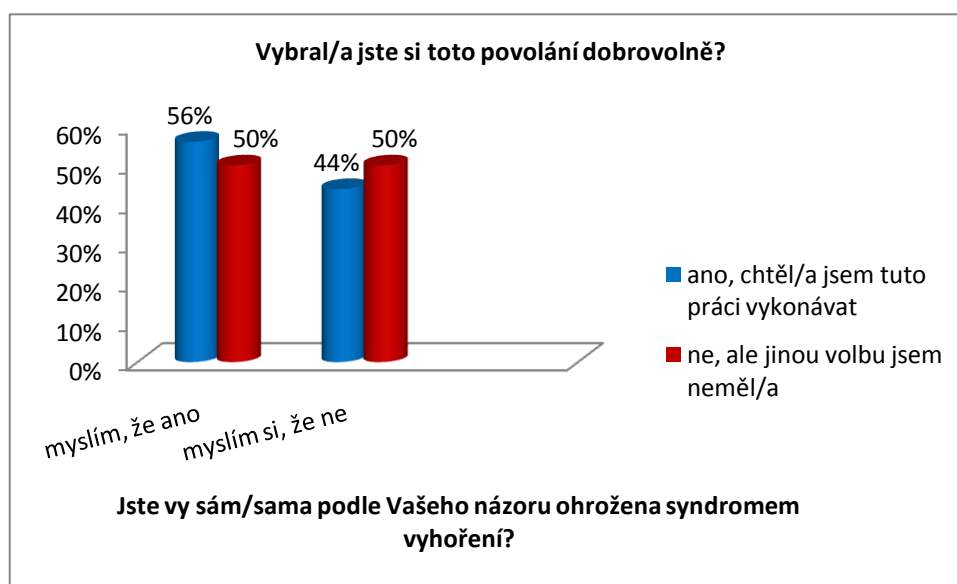
Graf č. 22



Dílčí výzkumná otázka č. 3: *Má na vznik syndromu vyhoření vliv okolnosti při výběru daného povolání?*

V grafu č. 23 je znázorněno, že 56 % respondentů z těch, kteří si povolání se seniory zvolilo dobrovolně, se domnívá, že je ohroženo syndromem vyhoření. Respondenti, kteří si tuto práci nevybrali dobrovolně, si v 50 % myslí, že jsou ohroženi, a ve stejném počtu (50 %) se domnívají, že nejsou ohroženi. Zde by se dalo říct, že okolnosti při výběru povolání nevedou k pocitu ohrožení syndromem.

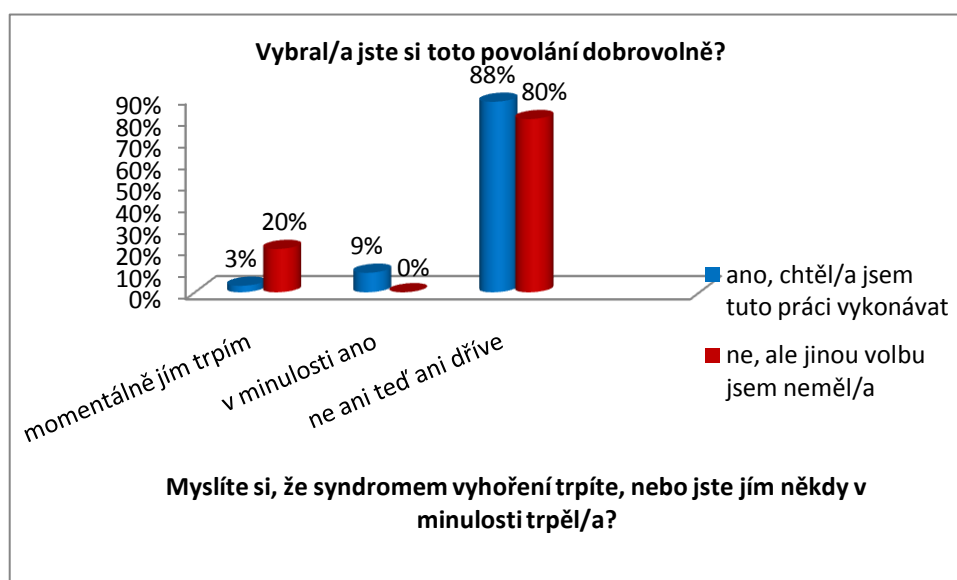
Graf č. 23



Syndromem vyhoření je však postiženo momentálně podle vlastního mínění 20 % respondentů, kteří si své povolání nevybrali dobrovolně, a 3 % respondentů, kteří tuto práci vykonávat chtěli. V minulosti trpělo syndromem vyhoření 9 % respondentů, kteří si danou práci vybrali sami.

Zde se dá tedy říci, že nedobrovolnost při výběru povolání hraje roli při aktuálním výskytu syndromu vyhoření u pracovníků. Na druhou stranu ale trpělo v minulosti syndromem vyhoření více respondentů, kteří si tuto práci vybrali dobrovolně. Tyto skutečnosti jsou znázorněny v grafu č. 24.

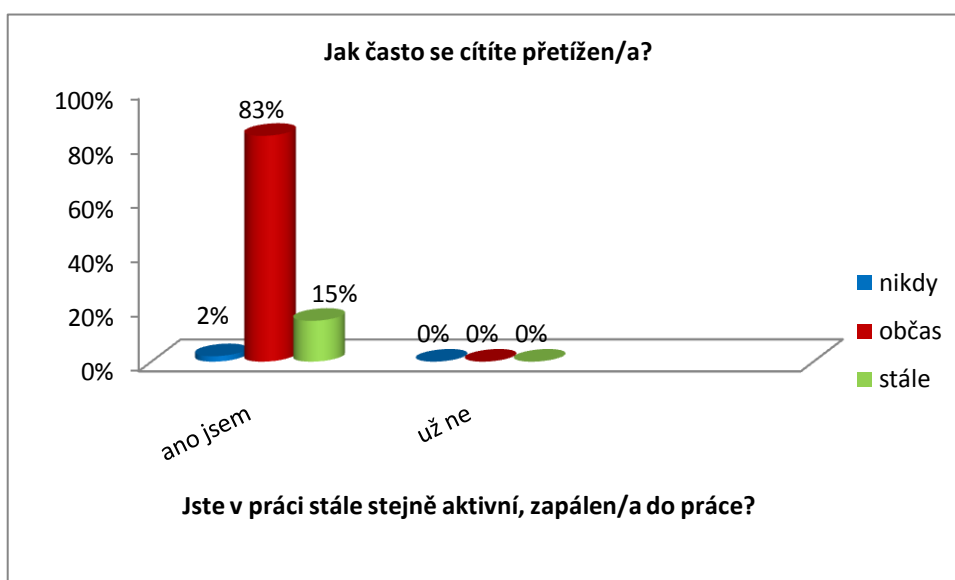
Graf č. 24



Dílčí výzkumná otázka č. 4: *Souvisí aktivita v práci s přetížením?*

Na položku číslo č. 7 „*Jste v práci stále stejně aktivní, zapálen/a do práce?*“ odpovědělo 41 respondentů ze 43. Všichni ti, kteří odpověděli, zvolili možnost „*ano, jsem, dělám i úkoly navíc*“. Nelze tedy odpovědět na výzkumnou otázku, zdali souvisí aktivita v práci s přetížením, lze pouze poznamenat, že 83 % respondentů z těch, co jsou stále stejně aktivní, je přetíženo občas, 15 % respondentů stále a pouze 2 % respondentů nikdy nepocítí uje pracovní přetížení. Tuto skutečnost prezentuje graf č. 25.

Graf č. 25

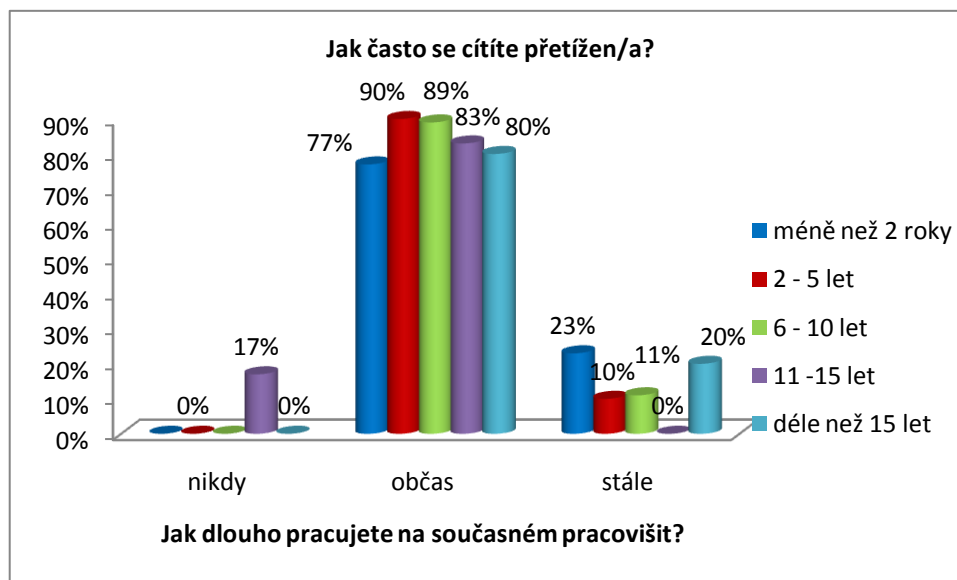


Dílčí výzkumná otázka č. 5: *Souvisí přetíženost pracovníků s počtem odpracovaných let na daném pracovišti?*

Graf č. 26 demonstruje, že většina pracovníků ze všech kategorií odpracovaných let na pracovišti, jsou přetížení občas. Překvapivé je, že z pracovníků setrvávajících na pracovišti jedenáct až patnáct let uvedlo 17 % respondentů, že přetížení nepocítují nikdy. Stálé přetížení pocítuje 23 % respondentů spadajících do první kategorie, pracujících na daném pracovišti méně než dva roky, 20 % respondentů pracujících v daném zařízení déle než 15 let, celkem 10 % respondentů z kategorie odpracovaných dvou až pěti let a 11 % respondentů pracujících na daném pracovišti šest až deset let.

Překvapivě tedy nesouvisí počet odpracovaných let na daném pracovišti s přetížením. Byly totiž u respondentů, kteří pracují v daném zařízení méně než dva roky a u respondentů pracujících na uvedeném pracovišti déle jak patnáct let naměřeny podobné hodnoty (23 % a 20%) u pozice stálého přetížení.

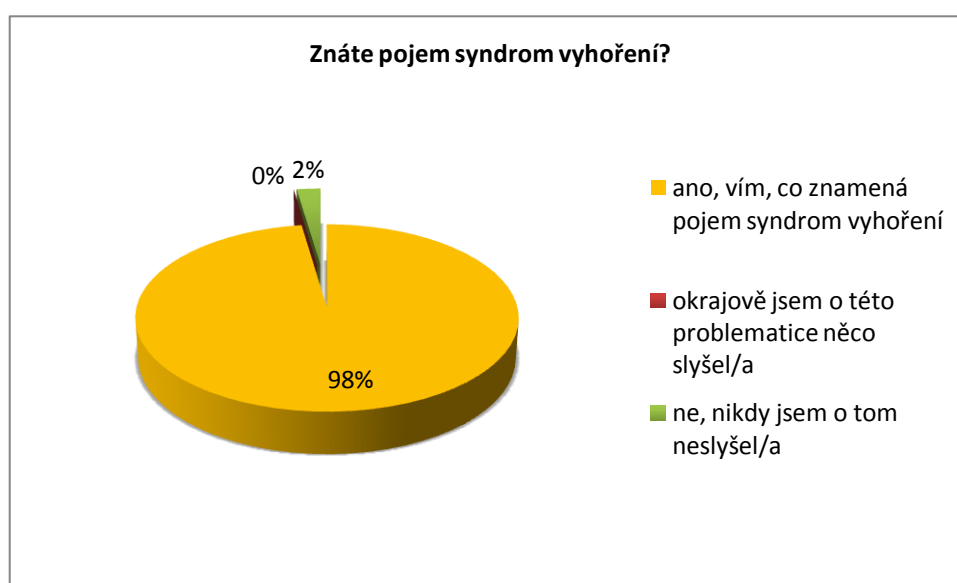
Graf č. 26



Dílčí výzkumná otázka č. 6: *Mají pracovníci v zařízeních pečující o seniory povědomí o syndromu vyhoření?*

V grafu č. 27 je uvedeno, že 98 % oslovených respondentů zná pojem *syndrom vyhoření*, což je potěšující skutečnost. Syndrom vyhoření se u pracovníků pracujících s lidmi vyskytuje stále častěji a je dobře, že se dostává tato problematika do povědomí lidí. Jedinec tak alespoň ví, co se mu může v pracovním životě přihodit, a má možnost proti tomu nějakým způsobem bojovat.

Graf č. 27



6.5 Shrnutí poznatků

Praktická část bakalářské práce byla zaměřena na objektivní zmapování rizika syndromu vyhoření u pracovníků pečujících o seniory ve dvou zařízeních pro seniory na jižní Moravě a na subjektivní pohled na danou problematiku u těchto pracovníků. Objektivně zjištěná data naznačují, že pracovníci z výzkumného souboru až tak výrazně ohrožení syndromem vyhoření nejsou. Celkem 60 % respondentů spadá do první bodové kategorie, která značí příznivé výsledky, u 40 % respondentů, jež spadají do druhé bodové kategorie, se jedná o alarmující výsledek. Subjektivně zjištěná data hovoří o větší míře ohrožených respondentů, kde 49 % respondentů spadá do druhé bodové kategorie, tedy je u nich alarmující výsledek a 9 % respondentů dokonce do třetí kategorie, která hovoří o existenci syndromu vyhoření. Pokud se budeme ptát, zdali se objektivně naměřená realita shoduje se subjektivní, můžeme říct, že se shoduje z 53 %.

V praktické části bylo odpovězeno na jednotlivé výzkumné otázky. Bylo zjištěno, že výskyt syndromu vyhoření není příliš ovlivněn počtem odpracovaných let na daném pracovišti. Dále bylo zjištěno, že okolnosti při výběru povolání nemají v daném výzkumu vliv na pocit ohrožení syndromem vyhoření, ale mají malý podíl na aktuálním výskytu syndromu vyhoření u pracovníků, kteří si toto povolání nevybrali dobrovolně. Při šetření bylo také zjištěno, že všichni zúčastnění respondenti pracují stejně aktivně, jako na začátku své pracovní kariéry, což je překvapivé, ale zároveň potěšující. V praktické části jsme se dověděli, že počet odpracovaných let nesouvisí s pracovním přetížením. Byly totiž u respondentů, kteří pracují v daném zařízení méně než dva roky a u respondentů pracujících na uvedeném pracovišti déle jak patnáct let naměřeny podobné hodnoty (23 % a 20%) u pozice stálého přetížení. Dále bylo zjištěno, že většina respondentů zná pojem *syndrom vyhoření*, což je velmi uspokojujivé zjištění.

Vzhledem k malému počtu zkoumaných osob není možné z výsledků výzkumu vyvozovat obecnější závěry, problematika by si zasloužila jistě hlubší výzkumnou pozornost.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce „Problematika syndromu vyhoření u pracovníků v oblasti péče o seniory“ bylo zjistit objektivní míru výskytu syndromu vyhoření a subjektivní postoj pracovníků v oblasti péče o seniory k dané problematice. Aby bylo tohoto cíle dosaženo, byl realizován výzkum ve dvou zařízeních pečujících o seniory na jižní Moravě, výzkumný vzorek tvořili pracovníci těchto zařízení.

V teoretické části jsou nejdříve objasněny jednotlivé základní pojmy, které jsou v práci použity. V další kapitole je popsána historie a definice syndromu vyhoření, objasněny okolnosti vzniku syndromu, jeho fáze, příznaky a příčiny. Následující kapitola je věnována pojmu stáří, kde je uvedena periodizace stáří, aspekty stáří, syndrom demence a umírání a smrt. Dále je pozornost věnována charakteristice zařízení pro seniory, kde je popsán vývoj těchto zařízení a jejich aktuální problémy. V poslední kapitole teoretické části se práce zabývá pracovníky zařízení pečujících o seniory. V praktické části je uveden cíl výzkumu, hlavní výzkumná otázka a dílčí výzkumné otázky. Dále je popsán výzkumný soubor a metoda sběru dat. V další kapitole jsou vyhodnocena získaná data a v poslední kapitole praktické části je věnována analýze výzkumných dat.

Výsledky výzkumného projektu jsou uspokojivé. Můžeme jen doporučit jednotlivým pracovníkům např. z vlastního zájmu vyhledat supervizora nebo se zamyslet nad svým přístupem k práci, přehodnotit hodnoty a postoje a zvážit svůj životní styl, tak, aby všechno v celku tvořilo prevenci syndromu vyhoření. Důležitý je i systém samotných zařízení a přístup jejich vedení, podpora poskytovaná pracovníkům, aby se cítili ohodnoceni odpovídajícím způsobem, podporováni a uznáváni ve své náročné práci.

Zpracování této bakalářské práce mi přineslo mnoho pozitiv, čas, který jsem její tvorbě věnovala, byl smysluplný. Získala jsem spoustu nových a cenných informací. Práce mi také pomohla ujasnit si některé domněnky, nepřesné informace a rozšířila mé vědomosti.

V zařízeních jsem se setkala s ochotou a vstřícností jak ze strany vedení, tak ze strany zaměstnanců, kteří souhlasili s účastí v dotazníkovém šetření.

Uvědomuji si, že jsem však nevystihla veškerou problematiku spojenou s tímto tématem, a proto bych se mu chtěla nadále věnovat, například ve své diplomové práci.

SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ A LITERATURY

- BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndrom vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
- EDELSBERGER, L. *Defektologický slovník*. 3. vyd. Jinočany : H&H, 2000. 418 s. ISBN 80-86022-76-5.
- HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. 1. vyd. Praha : Portál, 2004. 311s. ISBN 80-7178-803-1.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha : Portál, 2009. 774 s. ISBN 978-80-7367-569-1.
- HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ, M. *Praktická supervize : průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha : Galén, 2008. 213 s. ISBN 978-80-7262-532-1.
- HAWKINS, P., SHONET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha : Portál, 2004. 202 s. ISBN 80-7178-715-9.
- JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32 s. ISBN 80-86991-74-1.
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Komunikace a stres*. 1. vyd. Praha : Státní zdravotní ústav, 2004. 24 s. ISBN 80-7071-246-5.
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření : (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2. vyd. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese : psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 2. vydání. Praha : Portál, 1997. 147 s. ISBN 80-7178-150-9.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1998. 131 s. ISBN 80-7169-551-3.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha : Grada Publishing, 1998. 343 s. ISBN 80-7169-195-X.

MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1.

MŮHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1 vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.

MŮHLPACHR, P. *Základy gerontologie*. Brno : MSD, 2008. 203 s. ISBN 978-80-7392-072-2.

MŮHLPACHR, P., STANÍČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogy*. 1 vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2001. 115 s. ISBN 80-210-2510-7.

PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky. Díl 4., Vývoj člověka v druhé polovině života*. 1 vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1974. 495 s.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 175 s. ISBN 978-80-244-2141-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie : dětství, dospělost, stáří*. 1 vyd. Praha : Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.

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

SOKOL, R. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha : ASPI, 2008. 424 s. ISBN 978-80-7357-316-4.

GOLDMAN, R., CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2004. 126 s. ISBN 80-244-0907-0.

CHRÁSKA, M. *Metody sběru dat v klasických pedagogických výzkumech*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2007. 53 s. ISBN 978-80-7220-305-5.

<http://www.socialnipracovnici.cz/index.php?section=sspcr&lang=cz>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Přehled profesí s rizikem vzniku syndromu vyhoření

PŘÍLOHA Č. 1: DOTAZNÍK

Vážení respondenti,

jsem studentkou 3. ročníku oboru Vychovatelství na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. V tomto akademickém roce píši závěrečnou bakalářskou práci na téma "*Problematika syndromu vyhoření u pracovníků v oblasti péče o seniory*".

Žádám Vás proto o vyplnění následujícího dotazníku. Výsledky výzkumu budou sloužit k získání nového pohledu na danou problematiku. Šetření je zcela anonymní a slouží pouze pro účely mé bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za spolupráci.

Veronika Balgová

1. Jak dlouho pracujete na současném pracovišti?
 - a) méně než 2 roky
 - b) 2 – 5 let
 - c) 6 – 10 let
 - d) 11 – 15 let
 - e) déle než 15 let

2. Jak hodnotíte svou práci?
 - a) jako nudnou
 - b) jako klidnou a bez větší zátěže
 - c) jako zodpovědnou a mírně zátěžovou
 - d) jako velmi zodpovědnou a značně zátěžovou

3. Uspokojuje Vás Vaše práce?
 - a) plně uspokojuje
 - b) částečně uspokojuje
 - c) neuspokojuje

4. Jak jste za svou práci ocenění (ohodnoceni)?
 - a) dobře
 - b) přiměřeně
 - c) nedostatečně

5. Vybral/a jste si toto povolání dobrovolně?
- a) ano, chtěl/a jsem tuto práci vykonávat
 - b) ne, ale jinou volbu jsem neměl/a
6. Vstupoval/a jste do tohoto povolání s nějakým očekáváním, s novými nápady?
- a) ano, měl/a jsem spoustu nápadů, jak práci zlepšit, ale zklamal/a jsem se
 - b) vstupoval/a jsem do zaměstnání bez nápadů a iniciativy
 - c) neustále mě napadají nové nápady, jak zlepšit danou práci, a realizují je
7. Jste v práci stále stejně aktivní, zapálen/a do práce?
- a) ano, jsem, dělám i úkoly navíc
 - b) ne, tato práce mě už tolik nebaví, dělám jen to nutné
8. Těšíte se vždy do práce?
- a) dříve jsem se do práce těšil/a, ale dnes už ne
 - b) ano, do práce se těším
 - c) ne, představa, že opět musím do práce, mě znepokojuje
9. Obtěžují vás senioři, práce s nimi, péče o ně?
- a) ano, obtěžují, práce s nimi mi nevyhovuje
 - b) práce se seniory mi vyhovuje, rád/a s nimi pracuji a pečuji o ně
 - c) práce se seniory mi nevadí, je to práce jako každá jiná
10. Snažíte se někdy vyhýbat klientům?
- a) ano, zdržuji se s nimi jen po dobu nezbytně nutnou
 - b) ne, nevyhýbám se jim, pracuji s nimi rád/a
11. Jak často se cítíte přetížen/a?
- a) nikdy
 - b) občas
 - c) stále

12. Zajímá Vás, jak se daří Vaším klientům, pacientům, co prožívají?
- a) už mne dnes moc nezajímá, jak se daří mým klientům, pacientům, co prožívají
 - b) ano, zajímám se vždy o to, jak se daří klientům, pacientům, co prožívají

13. Jak řešíte problémy v práci?
- a) obvykle klidně, vyrovnaně
 - b) problémů je čím dál víc, už je nechci ani řešit, vyčerpává mne to

14. Znáte pojem syndrom vyhoření?
- a) ano, vím, co znamená pojem syndrom vyhoření
 - b) okrajově jsem o této problematice něco slyšel/a
 - c) ne, nikdy jsem o tom neslyšel/a

15. Myslíte si, že se syndrom vyhoření týká Vaší profese?
- a) ano, moje práce patří do „pomáhajících profesí“
 - b) myslím si, že ne

16. Jste vy sám/sama, podle Vašeho názoru, ohrožen/a syndromem vyhoření?
Zdůvodněte prosím svoji odpověď:
- a) myslím, že ano, poslední dobou na sobě pozoruji úbytek energie a pokles zájmu o svoji práci
 - b) myslím si, že tato problematika se mě netýká

17. Myslíte si, že syndromem vyhoření trpíte, nebo jste jím v minulosti trpěl/a? Zdůvodněte prosím svoji odpověď:
- a) myslím si, že jsem jím momentálně zasažen/a
 - b) v minulosti jsem prošel/prošla syndromem vyhoření
 - c) ne, netrpím jím ani teď, ani v minulosti

PŘÍLOHA Č. 2: PŘEHLED PROFESÍ S RIZIKEM VZNIKU SYNDROMU VYHOŘENÍ

Tento přehled je uveden v knize KEBZA, V. a ŠOLCOVÁ, I. Syndrom vyhoření, s. 8.

- lékaři (zvláště klinici, z nich zvl. lékaři v oborech onkologie, chirurgie, JIP, LDN, psychiatrie, gynekologie, rizikové obory pediatrie atd.)
- zdravotní sestry
- další zdravotní pracovníci (ošetřovatelky, laborantky, technici apod.)
- psychologové a psychoterapeuti
- sociální pracovníci a pracovnice ve všech oborech
- učitelé na všech stupních škol
- pracovníci pošt všeho druhu, zvl. pracovníci u přepážek a poštovní doručovatelé
- dispečeři a dispečerky (záchranné služby, dopravy atd.)
- policisté, především v přímém výkonu služby, kriminalisté a členové posádek motorizovaných hlídek
- právníci, zvl. pak advokáti
- pracovníci věznic (dozorci, ale i další zaměstnanci)
- profesionální funkcionáři (v oblasti státní správy, ale i v oblasti sportu či umění), politici, manažeři
- poradci a informátoři
- úředníci v bankách a úřadech, orgánech státní správy
- za určitých okolností (především podle celkové prestiže státu, jeho postavení z hlediska mezinárodního srovnání, prosperity, stavu ekonomiky) příslušníci ozbrojených sil (armáda, letectvo)
- duchovní a řádové sestry
- někdy se burnout syndrom projevuje i u nezaměstnaneckých kategorií, vždy však u osob, které jsou v jakémkoliv kontaktu s druhými lidmi, jsou závislé na jejich hodnocení a mohou být vystaveny působení chronického stresu - např. u výkonných (špičkových) umělců, sportovců, ale také u osob samostatně výdělečně činných (dealeři, prodejci, pojišťovací a reklamní agenti atd.)

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Veronika Balgová
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	Mgr. Pavla Vyhnálková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	PROBLEMATIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ U PRACOVNÍKŮ V OBLASTI PÉČE O SENIORY
Název v angličtině:	PROBLEMS OF THE BURNOUT SYNDROME OF WORKERS IN THE SENIOR CARE AREA
Anotace práce:	<p>Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit objektivní míru výskytu syndromu vyhoření a subjektivní postoj pracovníků v oblasti péče o seniory k dané problematice.</p> <p>Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické práci se zabývám syndromem vyhoření, jeho obecnou charakteristikou, původem, rizikovými faktory, fázemi, příčinami, příznaky a prevencí proti němu. Dále popisuji pojmy stáří a stárnutí, vymezuji věkovou periodizaci stáří, zabývám se umíráním a smrtí. Následující kapitoly věnuji zařízením pro seniory a pracovníkům pečující o seniory.</p> <p>Praktická část je věnována výzkumu výskytu syndromu vyhoření u pracovníků pečující o seniory, který jsem provedla ve dvou domovech pro seniory na Jižní Moravě. Pro vlastní výzkum syndromu vyhoření u pracovníků v oblasti péče o seniory byla použita metoda kvantitativního výzkumu.</p>
Klíčová slova:	syndrom vyhoření, stárnutí, stáří, senior, domov pro seniory

<p>Anotace v angličtině:</p>	<p>The main aim of the bachelor work is to find out the objective measure of the occurrence of burnout and subjective attitude of the workers in the field of the care of the seniors to the points at issue.</p> <p>The work is divided into two parts, theoretical and practical. In the theoretical part I concerned myself with the burnout, its general characteristic, origin, danger factors, stages, causes, symptoms and its prevention. Further, I describe the concepts of oldness and ageing, I define age periodization and talk about the dying and death. The remaining chapters describe the organizations for seniors and the workers taking care for them.</p> <p>The practical part concerns with the survey of the occurrence of the burnout by the workers taking care for seniors. I made the survey in two rest homes in the Southern Moravia. For the survey of the burnout by the workers taking care for the seniors itself it was used the method of quantitative research.</p>
<p>Klíčová slova v angličtině:</p>	<p>burnout, ageing, old age, senior, rest home</p>
<p>Přílohy vázané v práci:</p>	<p>2 přílohy</p>
<p>Rozsah práce:</p>	<p>84 stran</p>
<p>Jazyk práce:</p>	<p>Čeština</p>