

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Syndrom vyhoření u pracovníků s cílovou skupinou
klientů s Alzheimerovou chorobou v Domově pro
seniory v Albrechticích nad Orlicí**

Diplomová práce

Autor: Bc. Veronika Záleská

Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Forma studia: prezenční

Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Hradec Králové, 2018



Zadání diplomové práce

Autor: Veronika Záleská

Studium: U16017

Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název diplomové práce: **Syndrom vyhoření u pracovníků s cílovou skupinou klientů s Alzheimerovou chorobou v Domově pro seniory v Albrechticích nad Orlicí**

Název diplomové práce AJ: Burnout syndrome of workers with the target group of clients with Alzheimer's disease in the Retirement home in Albrechtice nad Orlicí

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se bude zabývat tématem syndromu vyhoření u pracovníků s cílovou skupinou klientů s Alzheimerovou chorobou v Domově pro seniory v Albrechticích nad Orlicí. V teoretické části budou vysvětleny základní pojmy týkající se této problematiky. Nejprve bude definováno stáří a změny ve stáří. Následně pak Alzheimerova choroba, její příčiny, příznaky, stádia a léčba. Další část práce bude věnována syndromu vyhoření, taktéž jeho příznakům, příčinám, fázím a stresu, včetně jeho různých forem, jako významnému podnětu k jeho vzniku. Tato práce bude zaměřena na konkrétní zařízení s cílovou skupinou klientů s Alzheimerovou chorobou, Domov pro seniory v Albrechticích nad Orlicí. Cílem práce bude zjistit, jak v tomto konkrétním zařízení funguje prevence syndromu vyhoření, dále pak jaké jsou možnosti a limity u pečujících o pacienty s diagnózou Alzheimerovy choroby. V práci bude použit kvalitativní výzkum orientovaný na pracovníky pečující o klienty s Alzheimerovou chorobou v Domově pro seniory v Albrechticích nad Orlicí. Výzkum bude veden formou polostrukturovaného rozhovoru.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2. KOUKOLÍK, František. JIRÁK, Roman. Alzheimerova nemoc a další demence. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3. KŘIVOHLAVÝ, J. Jak zvládat stres. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-121-6. RUSH, M. Syndrom vyhoření. Praha: Návrat, 2003. ISBN 80-7255-074-8.

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Oponent: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 27.4.2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Týništi nad Orlicí dne 28.3.2018

Abstrakt

ZÁLESKÁ, Veronika. *Syndrom vyhoření u pracovníků s cílovou skupinou klientů s Alzheimerovou chorobou v Domově pro seniory v Albrechticích nad Orlicí*. Hradec Králové, 2018. 68 s. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Diplomová práce se zabývá tématem syndromu vyhoření u pracovníků s cílovou skupinou klientů s Alzheimerovou chorobou v Domově pro seniory v Albrechticích nad Orlicí. V teoretické části jsou vysvětleny základní pojmy týkající se této problematiky. Nejprve je definováno stáří a změny ve stáří. Následně pak Alzheimerova choroba, její příčiny, příznaky, stádia a léčba. Další část práce je věnována syndromu vyhoření, taktéž jeho příznakům, příčinám, fázím a stresu včetně jeho různých forem, jako významnému podnětu k jeho vzniku. Tato práce je zaměřena na konkrétní zařízení s cílovou skupinou klientů s Alzheimerovou chorobou, Domov pro seniory v Albrechticích nad Orlicí.

Cílem práce je zjistit, jak v tomto konkrétním zařízení funguje prevence syndromu vyhoření, dále pak jaké jsou možnosti a limitace u pečujících o pacienty s diagnózou Alzheimerovy choroby.

V práci je použit kvalitativní výzkum, který je orientován na pracovníky pečující o klienty s Alzheimerovou chorobou v Domově důchodců v Albrechticích nad Orlicí. Výzkum bude veden formou polostrukturovaného rozhovoru.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, prevence, stáří, syndrom vyhoření

Abstract

ZÁLESKÁ, Veronika. *Burnout syndrome of workers with the target group of clients with Alzheimer's disease in the Retirement home in Albrechtice nad Orlicí*. Hradec Králové, 2018. 68 p. Master degree thesis. University of Hradec Králové, Philosophical Faculty, Institute of Social Work. Leader of the Thesis: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

This thesis deals with the topic of a burnout syndrome of workers caring for the target group of clients with Alzheimer's disease at the Retirement home in Albrechtice nad Orlicí. The theoretical part explains the basic concepts related to this issue. Firstly, the age and age changes are defined. Secondly, the Alzheimer's disease, its causes, symptoms, stages and treatments are outlined. Another part of the thesis is devoted to the burnout syndrome, its symptoms, causes, phases and also to stress, including its various forms, as a significant stimulus for its emergence. This work is focused on a specific facility with a target group of clients with Alzheimer's disease, located at the Retirement home in Albrechtice nad Orlicí.

The aim of the work is to find out how the prevention of burnout syndrome works in this particular establishment and what the possibilities and limitations are in care for patients diagnosed with Alzheimer's disease.

This thesis is using qualitative research that is oriented towards the staff caring for clients with Alzheimer's disease at the Retirement home in Albrechtice nad Orlicí. The research will be conducted in the form of a semi-structured interview.

Keywords: Alzheimer's disease, prevention, old age, burnout syndrome

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod | 8 |
| 1 Stáří | 10 |
| 1.1 Definice stáří | 10 |
| 1.2 Změny ve stáří | 11 |
| 2 Alzheimerova choroba | 15 |
| 2.1 Příčiny vzniku onemocnění | 15 |
| 2.2 Příznaky onemocnění | 16 |
| 2.3 Specifika komunikace | 17 |
| 2.4 Stádia | 18 |
| 2.5 Terapie | 21 |
| 2.6 Náročnost práce s klienty trpící Alzheimerovou chorobou | 23 |
| 3 Syndrom vyhoření | 24 |
| 3.1 Pojem syndrom vyhoření | 24 |
| 3.1.1 Stádia vývoje syndromu vyhoření | 27 |
| 3.2 Příznaky syndromu vyhoření | 28 |
| 3.2.1 Psychická stránka | 28 |
| 3.2.2 Fyzická stránka | 29 |
| 3.3 Příčiny vzniku | 30 |
| 3.3.1 Stres | 30 |
| 3.3.2 Podněty vzniku stresové situace | 32 |
| 3.3.3 Zvládání stresu | 33 |
| 3.4 Prevence | 34 |
| 3.4.1 Formy zvládání stresu | 36 |
| 3.4.2 Supervize | 38 |
| 4 Domov pro seniory s Alzheimerovou chorobou Albrechtice nad Orlicí | 43 |
| 5 Shrnutí teoretické části | 45 |
| 6 Výzkumné šetření funkce prevence vyhoření v zařízení Domov důchodců Albrechtice nad Orlicí | 48 |
| 6.1 Formulace výzkumných cílů | 48 |
| 6.2 Výzkumná strategie | 52 |
| 6.3 Zdůvodnění volby výzkumného souboru a jeho charakteristika | 53 |
| 6.4 Popis organizace a průběh výzkumu | 53 |
| 6.5 Způsob analýzy získaných dat | 54 |

| | |
|---|----|
| 6.6 Reflexe etických rizik výzkumu a rizik zvolené výzkumné strategie | 54 |
| 7 Popis a interpretace dosažených výsledků | 56 |
| 7.1 Dílčí cíl 1: Zjistit, jaké obecné informace o syndromu vyhoření mají pracovníci v Domově důchodců Albrechtice nad Orlicí. | 56 |
| 7.2 Dílčí cíl 2: Zjistit, jak jsou pracovníci v tomto zařízení informováni o prevenci syndromu vyhoření. | 57 |
| 7.3 Dílčí cíl 3: Zjistit, jakým způsobem je v tomto zařízení realizována prevence syndromu vyhoření s konkrétním zaměřením na supervizi. | 59 |
| Závěr | 61 |
| Použitá literatura | 64 |
| Seznam tabulek | I |
| Seznam příloh | II |

Úvod

Ve své diplomové práci se zabývám tématem syndromu vyhoření u pracovníků s cílovou skupinou klientů s Alzheimerovou chorobou. Toto téma jsem si vybrala z důvodu, neboť je nesporné, že syndrom vyhoření je aktuálním problémem dnešní doby a já, jako budoucí sociální pracovnice, bych chtěla své povolání vykonávat na sto procent a této potenciální hrozbě se co možná nejvíce vyhnout. Mnoho lidí se mylně domnívá, že se jich toto téma netýká, že syndromem vyhoření mohou začít trpět pouze lidé citliví se slabší povahou, ale to je velký omyl. Každý z nás je ohrožen. Všichni časem ztrácíme počáteční nadšení ze všeho nového a každodenní úkony se pro nás stávají rutinou. Jsem přesvědčena o tom, že klíčem k dobře odvedené práci je, abychom ji nebrali pouze jako způsob obživy a jakési nutné zlo, ale jako něco, co nás naplňuje a baví. Celý život se učíme a celý život se setkáváme se spoustou problémů, ať už ve svém osobním nebo pracovním životě. Je nutné tyto dvě sféry umět oddělit a stanovit si jasné nepropustné hranice. Pokud dojde k narušení těchto hranic, může to mít až fatální následky u každého z nás. Myslím si, že sociální práce není ani tak povoláním, jako spíše posláním. Ne každý dokáže tuto profesi vykonávat a stanovení hranic mezi pracovníkem a klientem je podle mého názoru o to důležitější. Syndromem vyhoření bychom se tedy měli zabývat ještě předtím, než člověka zasáhne a způsobí nenavratitelné škody v osobním i pracovním životě, které nás a naše blízké mohou pronásledovat a trápit ještě velmi, velmi dlouho.

Dalším důvodem pro výběr tématu mé diplomové práce je závažnost problematiky klientů trpících Alzheimerovou chorobou. Během svých odborných praxí v průběhu studia jsem měla možnost nahlédnout do každodenního fungování Domova důchodců v Albrechticích nad Orlicí, který je zaměřen právě na konkrétní skupinu klientů s Alzheimerovou demencí. Zde jsem poznala další klíčový fakt pro volbu svého tématu, jak důležité je včasné rozeznání počátků této nemoci, a jak moc těžké je se s ní umět sžít. S rozvojem nemoci se člověku mění celá jeho osobnost a v posledních stádiích nemoci už není schopen se o sebe ani sám postarat. Je to obrovská psychická zátěž pro samotného klienta, jeho blízké i sociální pracovníky v zařízení. O to větší je zde riziko syndromu vyhoření, a je velmi důležité ho neopomíjet a v žádném případě nepodceňovat.

Jako hlavní cíl práce jsem si stanovila zjistit, jak v Domově důchodců v Albrechticích nad Orlicí funguje prevence syndromu vyhoření. Mé poznatky a závěry mohou sloužit jako zpětná vazba a dále mohou být využitelné pro další prevenci syndromu vyhoření

v tomto konkrétním zařízení, ve kterém je prováděn výzkum. Dalším cílem práce je zjistit, jaké jsou možnosti a limitace u pečujících o pacienty s diagnózou Alzheimerovy choroby.

V práci je použit kvalitativní výzkum zaměřený na sociální pracovníky pečující o klienty trpící Alzheimerovou demencí v tomto konkrétním zařízení. Výzkum je veden formou polostrukturovaného rozhovoru se sociálními pracovníky.

Diplomová práce je rozdělena na dvě hlavní části- teoretickou a metodickou. Teoretická část je zaměřena na přiblížení problematiky syndromu vyhoření a Alzheimerovy choroby. Zabývá se nejprve základními definicemi a přiblížením stárnutí a stáří, na které navazuje bližší seznámení s tématem Alzheimerovy choroby. Zde je vyhrazený prostor příčinám a příznakům toho onemocnění, jeho stádiím a léčbě. Další kapitoly jsou pak věnovány obsáhlému tématu samotného syndromu vyhoření. Nejprve je vysvětleno, co vlastně syndrom vyhoření je, jaké jsou jeho příznaky v psychické i fyzické rovině a jaký má dopad na sociální vztahy. Následující podkapitoly čtenáři přibližují možné příčiny syndromu vyhoření, fáze procesu, důsledky a v neposlední řadě i možnosti prevence. Poslední kapitolou teoretické části je představení již mnohokrát zmiňovaného zařízení Domov důchodců Albrechtice nad Orlicí, ve kterém je prováděn výzkum.

Metodická část je věnována samotnému výzkumu. V jednotlivých kapitolách je formulován hlavní cíl a dílčí cíle. Další část se zabývá výzkumnou strategií, zdůvodněním volby výzkumného souboru, popisem organizace a průběhu výzkumu, analýzou zjištěných informací včetně reflexe množných rizik zvolené výzkumné strategie. Poslední kapitola metodické části popisuje a interpretuje dosažené výsledky, které jsou následně se všemi důležitými informacemi zrekapitulované v závěru práce. Práce je strukturovaná tak, aby se čtenář postupně seznamoval se všemi důležitými aspekty, které mají určitou spojitost se samotným výzkumem a získal tak určitý přehled o daném tématu práce a samotné problematice syndromu vyhoření i onemocnění Alzheimerovou chorobou.

1 Stáří

Stáří je přirozený jev, který neodmyslitelně patří k životu každého z nás, ačkoli mnozí si tento fakt nechtějí připustit. Vyznačuje se snížením fyzických i psychických sil. Je to přirozený a biologicky zákonitý proces, během kterého se snižují naše adaptační schopnosti a funkční rezervy, kterými je náš organismus vybaven, ubývají. (Kalvach a kol., 2004)

1.1 Definice stáří

Stáří (jinak nazýváno také sénium) je označení posledních etap ontogenetického vývoje člověka. Je projevem a zároveň důsledkem involučních změn, které probíhají u každého člověka různou rychlostí a mají výraznou inter-individuální variabilitu. Na charakteru stáří se podílí mnoho dalších významných faktorů, jako příklad lze uvést např. zdravotní stav, životní styl člověka nebo vlivy sociálně ekonomické a psychické. (Kalvach a kol., 2004)

Biologické stárnutí můžeme charakterizovat několika pojmy. Prvním pojmem je anatomický věk, který vyjadřuje stav kosterní soustavy a tělesné stavby, druhým pojmem je karpální věk (stav zápěstních – karpálních kůstek) a poslední je fyziologický věk (stav fyziologických procesů organismu – např. rychlost metabolismu). Řada změn, které lze pozorovat u starého člověka je způsobena spíše stárnutím, než nemocemi. Stárne nejen samotné tělo, ale i smyslové orgány. V průběhu stárnutí jsou oslabeny procesy vnímání, což je charakterizováno menší schopností mysli integrovat několik smyslových informací do jednoho celku. Staří lidé jsou proto znevýhodněni v různých situacích, kdy je třeba zvládnout několik byt' jednoduchých postupů současně. (Stuart-Hamilton, 1999)

Faktem je, že stáří s sebou přináší nárůst obecných vědomostí, za cenu delší doby, kterou starší lidé potřebují na promýšlení věcí. Jinak řečeno, stáří představuje větší moudrost, ale menší důvtip nebo bystrost člověka. Občas se stává, že jsou senioři zároveň dost paradoxně líčení jako lidé, kteří pomalu myslí a těžko chápou. Někteří výzkumníci zjistili, že tělesná cvičení mohou mít spojitost s určitými aspekty intelektuálního výkonu starých lidí a zlepšovat je. Proto je mimo jiné velice důležitá i aktivizace, kterou provádí zařízení sociálních služeb, jako jsou například domovy pro seniory nebo stacionáře, které mohou klienti pravidelně navštěvovat. (Stuart-Hamilton, 1999)

O této skutečnosti jsem se sama přesvědčila během svých odborných praxí, kdy jsem se aktivně účastnila různých aktivizačních činností a na vlastní oči jsem měla možnost vidět zlepšení fyzické i psychické pohody klientů. Na toto téma jsem vedla i výzkum pro svoji

bakalářskou práci a na základě provedených rozhovorů jsem se v těchto faktech ještě více utvrdila.

I různé vnější vlivy ovlivňují pohled starého člověka na sebe samého. Přehodnocení představ o sobě mohou způsobit právě tělesné změny (tyto změny mohou být nevýznamné – třeba šediny, nebo i vážnější – například artróza). Největší změnou pro starého člověka je odchod do důchodu a ovdovění. Přes různá tvrzení bylo však dle výzkumů zjištěno, že staří lidé preferují samostatný život, ale zároveň vítají, pokud jejich potomci, nebo blízcí příbuzní žijí nedaleko. Charakterové rysy osobnosti jsou ze značné části formovány v rané dospělosti. Pokud je starý člověk schopen a ochoten změnit svůj zaběhlý životní styl (například stravovací návyky, cvičení, kouření...), je velká naděje, že se zlepší také jeho zdravotní stav. (Stuart-Hamilton, 1999)

Celkový úpadek psychických funkcí, který je způsobený atrofií centrálního nervového systému, je označován jako demence. Způsobit ji může až 50 různých faktorů a příčin. Demence se také může dostavit kdykoliv v průběhu dospělého života. S vyšším věkem je pouze onemocnění demencí pravděpodobnější. Bohužel zatím neexistuje žádná spolehlivá léčba. Nejčastějším typem demence je právě Alzheimerova choroba. (Stuart-Hamilton, 1999)

Čas lidského života bývá často periodizován na 15leté životní úseky (konkrétně dětství, dospělost, stáří). Od narození do 15 let trvá člověku než biologicky, psychicky i sexuálně dozraje. Od 15 do 30 let člověk především sociálně zraje a utváří se jeho osobnost. V následujících 15 letech nastává vrchol jeho psychofyzické zralosti. Od 45 do 60 let ubývají člověku síly a nastupuje počátek involuce. Věk od 60 do 75 let je odborně označován jako senescence – tedy stáří a věk 75 – 90 let za senectus – tedy kmetství. Dalších 15 let se dožije pouze několik málo jedinců z milionu.

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization= WHO) podle uznávaných odborných kritérií považuje věkové rozpětí od 45 do 59 let za střední (nebo zralý věk), 60 – 74 let definuje jako rané stáří (jinak i vyšší věk), od 75 let do 89 senescence, 90 letí a lidé dožívající se ještě více let jsou považováni za dlouhověké. Rychlost procesu stárnutí je u každého jedince individuální a je ovlivňována mnoha různými faktory biologické, psychické i sociální povahy. (Haškovcová, 1990)

1.2 Změny ve stáří

Stáří se projevuje úbytkem fyzických a psychických sil. Současná společnost považuje za starého takového člověka, kterému vzhledem ke kalendářnímu věku vznikl nárok na

starobní důchod. Proto i většina lidí považuje za počátek stáří odchod do důchodu. Starého člověka máme většinou stereotypně zařazeného jako fyzicky slabého, pomaleji reagujícího a špatně se pohybujícího člověka, který má tendenci zapomínat. Takovému člověku hrozí hluchota, slepota, demence nebo dokonce inkontinence. Stáří se tedy často může stát opravdu neštěstím pro jednotlivce i jeho rodinu. Ovšem i zde jsou výjimky a tomuto obecnému podvědomí obrazu stáří se občas mohou někteří jedinci zcela vyhnout. Někdy se člověk setká s roztomilými babičkami, starými dámami se skutečným osobním kouzlem a optimismem, nebo agilními staříky. Stárnutí je také mimo jiné nutno rozlišit na fyziologický typ a patologický typ. Fyziologické stárnutí je normální součástí života, ale je tak individuální, že někteří jedinci stárnou tak rychle, že se ostatním jeví jako předčasně zestárlí. (To znamená, že jejich skutečný kalendářní věk je nižší než věk funkční). Patologické stáří je výrazně sužované nemocemi jedince. (Haškovcová, 1990)

Je obecně známo, že výrazným demografickým trendem dnešní doby je stárnutí populace, které může kromě jiného vést k ekonomickému zatížení systému důchodového zabezpečení. Starých lidí ve světě přibývá a až hrozivě stoupá počet dementních starých lidí. Mnoho „normálních“ stárnoucích lidí má také problém s tím, jak se vyrovnat právě se stářím a zůstat psychicky aktivní, což je základním předpokladem k soběstačnosti a spokojenosti. Psychické poruchy a zejména demence jsou tragické pro postižené a často doslova až „řeholí“ pro ošetřující – ať už rodinné příslušníky, kteří se o své příbuzné starají doma nebo i profesionály ve specializovaných zařízeních. Taková profesionální péče se stává i velkou finanční zátěží.

Starší lidé za svůj život už mnoho viděli, dopouštěli se mnoha chyb a zažili nejedno zklamání. To vše poznamenalo to, jací nyní jsou. Jejich povahu. Časem se stávají nestálými, nerozhodnými, nejistými vůči všemu, podezřívavými a nic netvrdí s jistotou. Touží pouze potom, co je potřebné a nezbytné k životu, ale mnohdy jsou lakotní, sobečtí, bázlíví, prchlíví a nevlídní. Po čase se úplně uzavírají do sebe a chybí jim naděje s myšlenkou, že zbývající část života je krátká. Milují vzpomínky a hovoří o svém životě. Každý, kdo si někdy povídal se svou babičkou, dědečkem nebo jiným seniorem, ví, že jsou studnicemi nejenom vědomostí, ale i zkušeností, zážitků a příběhů.

Další skutečností je, že obecně s věkem klesá energie a vitalita. Dochází k celkovému zpomalení psychomotorického tempa (volnější chůze, pomalejší a rozvláčnější řeč, delší doba provádění jednotlivých úkonů, objevují se poruchy paměti a člověk si některé věci těžko vybavuje nebo nevybavuje vůbec). Naopak ve stáří stoupá zájem o všeobecnou informovanost a všeobecný široký rozhled. (Haškovcová, 1990)

Většina odborníků tvrdí, že se stářím dochází k ochuzení fantazie. Člověk má zachovány tvůrčí schopnosti, ale už nemá nové nápady, stává se nejistým a úzkostným v neznámém prostředí a v konverzaci s neznámými lidmi. Starý člověk se špatně psychicky adaptuje a je nedůvěřivý ke všemu novému, což je častým problémem při nástupu klientů do zařízení sociálních služeb a péče. A od nedůvěry je jen krůček k podezíravosti. Senior se pak obává, že bude ošizen, cítí se méněcenným a stává se nesnášenlivým. Bojí se znovu na něco zeptat, není dostatečně pohyblivý a vzhledem ke zhoršujícímu se zraku a sluchu klesá jeho soběstačnost a stoupá závislost na druhých. Ovšem přijmout nabízenou pomoc mu připadá ponižující a nedůstojné.

Starý člověk se také často stává svědkem úmrtí svých vrstevníků, přátel nebo blízkých příbuzných. Postupně přichází o všechny partnery, kteří s ním prožili ve stejném časovém období nějaké klíčové, významné události, a tak si nemá s kým pohovořit o různých tématech. Začíná trpět poruchami spánku, rozmrzelostí a zvýšenou únavností. Za pomoci odborníků a lékařů lze tyto obtíže minimalizovat.

Je přirozené a normální, že starci bilancují svůj život, filozofují a uvažují o smyslu svého nebo celkově lidského života. Ve vzpomínkách se vrací k důležitým událostem z minulosti a hodnotí svá dřívější rozhodnutí a chování. Někdy projevují značnou nespokojenost se svým dosavadním životem, jindy naopak cítí pocit uspokojení. Žijí více ve svém vlastním světě a mnohdy se cítí osamělí. Mají trvalou potřebu mít u sebe blízkou osobu a chtějí prožívat citově laděný partnerský vztah.

Mezi pozitiva psychiky seniora patří například trpělivost, rozvaha, obezřetný a opatrný přístup k různým úkonům, životní nadhled, větší stálost ve vztazích a názorech, vytrvalost v monotónní duševní i fyzické činnosti. Dochází ke zmírnění různých negativních osobnostních rysů včetně fanatismu a explozivity.

Každý senior je postupně postižen některým z mnoha projevů psychické nedostatečnosti. Zpočátku je obtíží méně, ale v důsledku stárnutí se negativita postupně zvětšuje a narůstá jejich počet. Záleží pak na osobní odpovědnosti každého individuálně, zda se pokusí minimalizovat a kompenzovat vzniklé obtíže, které rodina a široké okolí považují za nepříjemné. Musí se ubránit prudkému pádu, ale na druhou stranu se také smířit s faktem, že pád se nezadržitelně blíží. Starý člověk by měl proto šetřit svými silami a vynakládat je na věci životně důležité. Hlavně žít ve všeobecné harmonii. (Haškovcová, 1990)

Specifickou a velmi pozitivní stránkou osobnosti některých seniorů je humor. Ten představuje odstup od vážné skutečnosti a pomáhá tlumit negativní emoce ať už seniora

samotného nebo příbuzných a pečujících. Jedinec díky humoru není separován od ostatních lidí, ale naopak posiluje skupinovou solidaritu a kolektiv. Pomáhá člověku porozumět oběma nedílným stránkám života každého z nás – komické i tragické. Stává se specifickou obranou před dopady stresujících negativních zážitků a zkušeností. Vnímavost seniorů na humorné podněty a jejich schopnost emočně reagovat může být základem tolik důležité úspěšné zvládací strategie ve stáří. Staří lidé mají větší problémy porozumět kreslenému humoru, který vyžaduje obrazové i verbální dekodování, zatímco slovnímu humoru většinou rozumí bez problému, toho může využívat i individuální psychoterapie při dodržení určitých zásad. Musí vždy vznikat spontánně, nelze ji plánovat, musí být správně načasována a mít určitý význam. Zážitek terapie humorem, kdy se lidé smějí společně něčemu (ne někomu), posiluje sociální soudržnost a kolektiv, pomáhá člověku nebát se smrti a umírání, když vůči nim už nestojí osamocen. Vede k pozitivnímu myšlení a dovoluje starému člověku podstoupit od sebe samotného, od svých obav, starostí a trápení, pomáhá často zapomenout i na zdravotní problémy. (Mareš, 2015)

2 Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je nemoc narušující část mozku, která způsobuje pokles takzvaných kognitivních funkcí- myšlení, úsudku, paměti. Tato choroba bývá nejčastější příčinou demence, která osobu časem odkazuje na každodenní péči jiného člověka. Alzheimerova nemoc byla poprvé popsána německým lékařem Aloisem Alzheimerem v roce 1907, v té době byla považována za nemoc vzácnou. V současné době je smutným faktem, že jenom v Evropě trpí nějakou formou demence přibližně sedm milionů lidí.

Nástup této nemoci je velmi pozvolný, ale v posledních stádiích už není člověk schopen se o sebe sám postarat. (Česká Alzheimerovská společnost, 2015)

2.1 Příčiny vzniku onemocnění

Jak již bylo zmíněno, při onemocnění Alzheimerovou chorobou dochází ke snížení paměti a dalších kognitivních (neboli poznávacích) funkcí, které mají za úkol zajišťovat adaptaci a komunikaci na zevní prostředí. Patří sem paměť, pozornost, funkce řeči, vnímání, schopnost motivace k určité činnosti a plánování, provedení této činnosti a včetně zpětného hodnocení. To vše celkem nazýváme inteligencí. K postižení kognitivních (poznávacích) funkcí dochází následkem chronického a postupujícího onemocnění mozku. Vědomí u demencí není nijak zastřeno. Následkem demencí je postiženo několik okruhů zároveň (kognitivní funkce, aktivity denního života, poruchy emocí – nálad a afektů, chování, spánku a cyklu bdění). Poté se následkem postižení nemocný stává závislým na svých nejbližších, rodině, ústavu sociální péče a později úplně nesoběstačným. Ke vzniku demence vede kromě samotné Alzheimerovy choroby více než 60 dalších nemocí. (Jiráková a kol., 2009)

Nejčastější příčinou demencí je právě Alzheimerova choroba. Je definována jako závažné neurodegenerativní onemocnění, které vede k úbytku některých nervových buněk a následkem toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně), což má za následek vznik syndromu demence. Někdy vzniká choroba i důsledkem genetických faktorů (to se často stává v případech, kdy je postiženo více pokrevných příbuzných v rodině). Demence se rozvíjí pomalu, nenápadně a plíživě, takže její začátky těžko rozeznáme. Prvním příznakem jsou časté poruchy paměti (krátkodobé, epizodické paměti a všípivosti), později u postiženého dochází k poruchám v orientaci v prostoru a čase. Postupně může dojít až k amnestické dezorientaci (nemocný je kompletně dezorientován a nic nového si nepamatuje, proto je velmi důležitá nepřetržitá péče a dohled). Dalším původcem

demence mohou být některé infekční choroby postihující mozkovou tkáň (tzv. encefalitidy) a mozkové pleny. (Jirák a kol., 2009)

Dalšími možnými rizikovými vlivy pro vývoj Alzheimerovy nemoci jsou poranění hlavy, nižší vzdělání a kouření cigaret. U lidí se základním vzděláním se na syndromu demence kromě Alzheimerovy choroby často spolupodílí výskyt alkoholické a blíže nespecifikované demence. Bylo také zjištěno, že ve vyšším věku jsou častěji nemocí postiženy ženy než muži. Zcela jistým a prokazatelným rizikem pro vznik nemoci jsou věk, genetický výskyt v rodině, genové mutace. Určitou spojitost se vznikem Alzheimerovy choroby mohou mít i změny při stárnutí mozku. S přibývajícím věkem člověka se snižuje hmotnost a velikost mozku včetně tloušťky mozkové kůry. Mezi dvacátým a padesátým rokem života ubývá šedá mozková hmota a později i bílá, po šedesátém roce života se rozšiřují mozkové komory. V průběhu procesu stárnutí také klesá počet neuronů v některých částech mozku. (Koukolík, Jirák, 1998)

2.2 Příznaky onemocnění

Příznaky Alzheimerovy choroby se vyvíjejí velmi pomalu. Prvotně se projeví porucha recentní epizodické paměti s charakteristickým zapomínáním každodenních událostí (např. co bylo k obědu,...). Každému z nás se občas stane, že zapomeneme něčí jméno nebo něco udělat, ale většinou si později vzpomeneme. U lidí trpících touto chorobou je však zapomínání velmi časté a také se velmi často stává, že si pak nevzpomenou vůbec. Při stupni vývoje nemoci označovaném jako mírný se objevuje porucha vybavování čerstvě uložených paměťových dat a porucha konfrontačního pojmenování. Řeč je u nemocného plynulá, ale obsahově prázdná. Jsme nuceni hledat význam slovních spojení a nemocný často sám hledá slova. Často se může však stát, že vhodné slovo nenajde nebo slova zaměňuje a jeho projev pak vůbec nedává smysl. V této době se pravidelně začínají objevovat i poruchy vizuospeciálních funkcí (zrakově-prostorové funkce). Nemocný bloudí, nenalézá cestu domů, zapomíná, jak dojít na běžně navštěvovaná místa – do obchodu, na poštu, atd. Všichni občas zapomeneme, pro co jsme vlastně šli nebo jaký byl původní plán naší cesty. Lidé trpící Alzheimerovou nemocí však často ztrácí orientaci i ve své vlastní ulici a nemohou najít cestu domů. Následně pacient není schopen plánovat a vykonávat i velmi jednoduché činnosti (u žen se to projevuje záměnou nebo vynecháním některých akcí u běžných domácích prací). Během svých praxí jsem se setkala například s klientkou, která si oblékala několik triček na sebe, prostě zapomínala, že už si tričko oblékla a tak na sobě měla několik vrstev.

Objevuje se deprese, halucinace a agresivita. Nemocní si velmi často vůbec nepřipouští, že jim něco je a odmítají léčbu. V závěrečných fázích se objevují poruchy chůze a časté epileptické záchvaty, postupně vyhasnou všechny řečové funkce a pacient vydává jen zvuky. V pokročilé fázi onemocnění přestává pacient komunikovat s okolím, stává se apatickým, nepoznává příbuzné a přátele, umývání a jídlo jsou možné pouze s pomocí. Nemocný nedokáže udržet oční kontakt s pečujícím personálem, nesedí, je inkontinentní a němý. Může i hubnout, neorientuje se v čase, je dezorientován i ve známém prostředí, má narušený rytmus spánku a bdění. (Koukolík, Jirák, 1998)

2.3 Specifika komunikace

Komunikace s pacienty trpící demencí má svá specifika a je nutné dát si pozor a neopomíjet jejich důležitost. Při komunikaci je třeba přistupovat především trpělivě, trvale reflektovat jejich stav, neopomíjet a pátrat po jejich potřebách a přáních, chovat se pozorně, empaticky, nikam a na nic nespěchat, snažit respektovat klientovu osobnost a umět se s ním i zasmát. Hlavně nesmíme klienta nějak urazit a musíme vždy respektovat jeho důstojnost jako každého jiného člověka, se kterým se setkáme. Pečující by měl být co nejvíce v přímém kontaktu s klientem, vést ho a podporovat tak, aby zmírnil zmatek a předešel případným nedorozuměním. Člověk nesmí být v žádném případě kvůli nedostatečné komunikaci osamocen a izolován, mohlo by to mít negativní následky. Je nutno občas být i kreativní a hledat jiné možnosti a formy komunikace (např. jednoduchá verbální vyjádření, gesta a chování, kterými nám něco sděluje, a dorozumíváme se tak spolu).

Při práci s klienty s Alzheimerovou chorobou se doporučuje k pacientovi přistupovat s chováním typu „máma“, to znamená laskavě ho provázet životem, vyjadřovat mu pochopení, podporovat ho a musí cítit naši snahu mu pomoci. Ale zároveň je třeba nastavit určité rituály, hranice a pravidla, která budou respektovat obě strany. Pečující musí ovšem chápat, že jejich porušení plyne z povahy onemocnění klienta, který si své jednání ne vždy sám plně uvědomuje. Jako základ dobrého přístupu ke klientovi patří jeho dobré přijetí v domově, respekt k jeho osobnosti, neustálé oceňování jeho hodnoty, zdvořilost, laskavost, podporování funkce paměti, udržování dobré nálady, projevování pozornosti. Musíme si uvědomit, že při tomto onemocnění demence postihuje také schopnost vyjadřování a porozumění mluvené řeči.

Pak je třeba využít, jak už bylo zmíněno komunikační nonverbální prostředky. Zcela individuální je potřeba fyzického kontaktu (u většiny pacientů je kontakt nedostatečný

nebo jsou případy, kdy chybí úplně). Při nevhodném chování může ošetřující vyvolat u pacienta negativní reakci- neklid, agresi nebo jinou formu obranného mechanismu. Je třeba komunikovat jednoduše a věcně, aby bylo vždy vše jasné. A při komunikaci dbát na to, aby pacient viděl ošetřujícímu do obličeje, mluvit zřetelně, pomalu a přiměřeně hlasitě, zkrátka komunikaci přizpůsobit individuálním potřebám klienta. Je možné také pro lepší pochopení sdělení vyjádřit současně přiměřenou nonverbální komunikací. Názorně ukázat o čem vlastně hovoříme a dbát na to, že sdělení musí být krátká, aby je klient pochopil. Pečující by se měl snažit klienta vždy pochopit. A pokud je pacient naléhavý ve svých požadavcích, musí se pečující snažit jej ubezpečovat, že zařídí vše nutné a potřebné a snažit se řešení odkládat, až stav odezní. S tím je spojené i správné vyhodnocování, co se nám snaží klient sdělit prostřednictvím signálů a také vyhodnotit jeho potřeby (hlad, žízeň, bolest, únava, potřeba spánku...). (Jiráková a kol., 2009)

2.4 Stádia

V literatuře se často setkáváme s dělením Alzheimerovy choroby do tří stádií: lehká, střední a těžká demence dle závažnosti onemocnění. Každé z těchto stádií má specifika a charakteristické rysy.

V počátečním stádiu nazývaném lehká demence je ještě těžké poznat, že se skutečně jedná o Alzheimerovu chorobu. Jedná se o často přehlédnutelné příznaky. Postižený je stále naprosto soběstačný, ovšem začínají se objevovat jakési změny jeho osobnosti. Postižený bývá často podezřívavý, obtížně se rozhoduje a je někdy až bezradný. Často zapomíná, zakládá si své věci, které pak nemůže najít, nebo se obtížně orientuje či dokonce ztrácí na méně známých místech. Začíná si uvědomovat, že něco není v pořádku, což může vést ke změnám jeho nálad nebo až depresím. Řadu nemocných to může vyděsit nebo deprimovat.

Střední stádium demence je charakteristické výrazným zhoršením paměti, prohlubuje se dezorientace prostorová i časová. Nemocný ani nemusí poznávat své vlastní příbuzné a není schopen běžných činností, jako je vaření nebo jiné domácí práce. V tomto stádiu jsou postižení často přijímáni do specializovaných zařízení sociální péče, kde je jim věnována nutná pozornost, na kterou rodinní příslušníci už často sami nestačí.

Posledním a zároveň nejhorším stádiem je těžká demence. Zde se jedná už o velmi těžké poruchy paměti, kdy postižený často ani nepoznává svoji rodinu a své nejbližší. Nemocný nechápe okolní dění a není schopen souvisle a srozumitelně komunikovat s okolím. V posledním stádiu se setkáváme i s poruchami hybnosti, které výrazně

zasahují do každodenního života. Nejprve se jedná o poruchy jemné motoriky, kterou se snaží v rámci aktivizačních činností mnoho zařízení s postiženými trénovat v rámci ergoterapie, později jsou to poruchy chůze a celkové hybnosti. Nemocný často zůstává upoután na lůžko nebo invalidní vozík a stává se zcela závislým na pomoci druhé osoby. (Callone, 2008)

K určení hloubky demence a diagnóze Alzheimerovy choroby nám může pomoci stupnice sedmi skupin změn kognitivních funkcí.

Tabulka č.1 Stupnice celkové deteriorace (Koukolík, Jirák, 1998, s. 97-98)

| |
|---|
| 1. Bez postižení kognitivních funkcí |
| <i>Člověk si nestěžuje na paměť. V průběhu pohovoru ani žádné paměťové poruchy zřejmé nejsou.</i> |
| 2. Počínající postižení kognitivních funkcí |
| <i>Pacient si stěžuje na poruchy paměti zejména v následujících směrech: a) zapomíná, kam odložil běžně užívané předměty b) zapomíná jména lidí, které znal V průběhu pohovoru nejsou poruchy paměti zřejmé. V osobním ani profesionálním životě nejsou nápadné poruchy. Pacientovy obavy jsou úměrné míře poškození.</i> |
| 3. Lehké postižení kognitivních funkcí |
| <i>Objeví se zřejmé funkční poruchy, a to ve více než jedné z následujících domén: a) jakmile se nemocný nalézá v místě, které do té doby neznal, bývá zmatený b) spolupracovníci si všimají poklesu výkonu c) lidé, kteří jsou nemocnému blízcí, si povšimnou poruchy paměti pro jména a obtíží při hledání slov d) z předneseného textu nebo knihy pacient retinuje poměrně málo podrobností e) pacient si špatně pamatuje jména lidí, s nimiž se prvně setkal f) pacient ztrácí cenné předměty, popř. zapomíná, kam je uložil g) v průběhu klinického testování je zřejmá porucha soustředění. Jasně doklady poruchy paměti se objeví až při cíleném vyšetření. Úroveň výkonu v náročných povoláních a složitějších sociálních povinnostech klesá. Pacient někdy dokáže své paměťové poruchy zapírat. Příznaky často doprovází lehká nebo zřejmá úzkost.</i> |
| 4. Středně těžké postižení kognitivních funkcí |

Při pozorném vyšetřování jsou zřejmé jasné poruchy v následujících doménách:

- a) povědomí o současném a minulém dění se zužuje*
- b) v anamnestickém vyprávění se objevují paměťové poruchy*
- c) poruchy soustředění při počítání z hlavy (například postupné odečítání)*
- d) poruchy v každodenní péči o sebe sama, například při zacházení s penězi*

Často se začínou objevovat poruch v následujících oblastech:

- e) orientace v čase a orientace osobou*
- f) sebepoznávání známých lidí a osob*
- g) dezorientace ve známém prostředí*

Projeví se neschopnost výkonu složitějších činností. Převažující obranný mechanismus je zapírání deficitů. Oplošťuje se afekt a pacienti opouštějí náročné závazky.

5. Pokročilé postižení kognitivních funkcí

Bez jistého stupně pomoci není pacient schopen samostatného života. V průběhu vyšetření si důležitější praktické životní skutečnosti, s nimiž přicházel často do styku, nevybavuje – například vlastní adresu nebo telefonní číslo, jména rodinných příslušníků (např. vnoučat), názvy škol, které navštěvoval. Častá je dezorientace v čase (datum, den v týdnu, roční doba, atd.) nebo v místě. Pacient s vyšším stupněm školního vzdělání začne mít potíže s odečítáním, v jehož průběhu je zapotřebí většího počtu kroků. Nemocní v tomto stadiu si však pamatují důležitější skutečnosti jak ze života vlastního, tak svých bližních. Pamatují si vlastní jméno i jméno svého životního partnera a dětí. K cestě na toaletu ani při jídle nepotřebují pomoc, s výběrem vhodného šatstva však mohou mít obtíže.

6. Těžké postižení kognitivních funkcí

Pacienti si přestávají vybavovat jméno svého manželského partnera, přestože jsou na něm zcela závislí. O aktuálních událostech a důležitých okamžicích svého života už nevědí téměř nic. Ve vzpomínkách na proběhlý život jsou mezery. Povědomí o okolí, roku, roční době, apod. se ztratilo. Přičítání a odčítání od deseti dělá obtíže. Při každodenní péči potřebují pomoc. Mohou být inkontinentní. Potřebují pomoc při pohybu. Přesto se někdy dokáží vypravit na místa, která znali, Rytmus bdění a spánku bývá narušen. Své vlastní jméno si však nemocní pamatují. Lidé, které znali, stále ještě rozlišují od lidí cizích. Objevují se změny osobnosti a nálady, například:

- a) bludy, pacienti např. svého manželského partnera obviňují, že je podvádí, mluví s imaginárními bytostmi ve svém okolí nebo s vlastním odrazem v zrcadle*
- b) nutkavé jevy, např. nutkavé čištění předmětů*
- c) úzkost, neklid, útočné chování vůči neznámým jevům*

d) abulie, neschopnost rozhodnout se k jakémukoli činu

7. Velmi těžké postižení kognitivních funkcí

Postupně vyhasnou všechny řečové funkce. V dalším vývoji pacient vydává jen zvuky. Objevuje se inkontinence moči, umývání a jídlo jsou možné jen s pomocí. Zaniká i hybnost, pacienti jsou neschopni chůze.

2.5 Terapie

Etiopatogeneze Alzheimerovy nemoci v současnosti není úplně známá a bohužel dosud nebyl nalezen žádný lék, který by pacienty trpící Alzheimerovou chorobou zcela vyléčil. Na trhu je však k dispozici mnoho různých léků, které pomáhají klientům trpícím touto nemocí zlepšit kvalitu jejich života a částečně zmírňovat příznaky. Jednou z klíčových věcí je terapie, se kterou je klíčové začít včas a snažit se tak co nejdříve „podchytit“ počátky nemoci a zpomalit průběh demence. Taková terapie musí být komplexní a zahrnovat kromě farmakoterapie a psychosocioterapie (hlavní kognitivní trénink) léčbu a rehabilitaci tělesných funkcí a práci s rodinou a pečovateli. Za primární poruchu u demencí je považována porucha kognitivních funkcí (například paměti, intelektu, motivace klienta...). Mezi dalšími příznaky se objevuje nespavost nebo posun cyklu spánek – bdění, kdy klient trpí častým probouzením ze spánku a různými depresivními a úzkostnými stavy. Často jsem o těchto příznacích objevujících se v noci slýchávala během svých praxí. Velice důležitá, možná až klíčová je psychosocioterapie. Personál musí vědět, jak má zacházet s klienty s touto specifickou nemocí a musí vždy přistupovat ke každému individuálně. To vyžaduje velkou trpělivost a výsledky bývají často zklamáním, za které ovšem nelze vinit nikoho jiného než toto zákeřné onemocnění. Psychoterapie probíhající v zařízeních je zaměřena na uchování běžných denních návyků a aktivit. Nutno také podotknout, že cílem léčby není restrukturalizace osobnosti. Jak už jsme podle výše popsaných stádií zjistili, čím je demence těžší, tím výraznější je i degradace pacientovy osobnosti a taktéž je méně možné použít strukturovanější psychoterapii. Ta má pouze rozvíjet funkce, které klientovi ještě zůstaly, nebo nejsou tak fatálně postižené. (Koukolík, Jiráček, 1998)

Na gerontopsychiatrických odděleních (jedná se o psychiatrie pro seniory) nebo ústavech sociální péče s pacienty s Alzheimerovou chorobou bývají organizovány různé terapeutické skupiny. Do takových skupin jsou zařazováni klienti bez výraznějších defektů a poruch, kteří jsou schopni alespoň nějaké komunikace. Není možné do takových skupin zařadit lidi s těžším stupněm demence, inkontinencí nebo výraznými

poruchami chování, které jim brání udržet delší dobu pozornost, neboť by pro ně terapie byla spíše zátěží než prospěchem. Cílem takové skupinové terapie bývá většinou nácvik běžných denních úkonů, procvičení paměti a orientace nebo různých dovedností, které důsledkem demence klient zapomíná. Za zmínku stojí například ergoterapie, muzikoterapie nebo animoterapie. (Koukolík, Jirák, 1998)

Na základě vlastního pozorování a poznatků získaných během praxí mohu pozitivní dopad všemožných terapií na klienty jenom potvrdit. Měla jsem možnost i aktivně se zúčastnit a zkusit si úlohu terapeuta, například při jednoduchých cvičeních paměti. Klienti se na tyto aktivizace vždy velmi těšili a bylo to pro ně příjemným zpestřením každodenní rutiny.

Pro pacienty je důležitá také terapie pomocí kontroly realitou (to znamená, že mají dobře čitelné kalendáře s velkými písmeny a čísly, postele mají jasně označeny svým jménem, označeny jsou i místnosti jako například WC, koupelna, atd.).

V neposlední řadě je nutná spolupráce s pečovateli a rodinnými příslušníky nemocného. Pro tyto skupiny lidí jsou pořádány didakticky zaměřené skupiny, kde jsou poučováni a seznamováni s Alzheimerovou chorobou a se specifiky péče o nemocného. Pro osoby postižené Alzheimerovou chorobou je optimální, pokud mohou co nejdéle zůstat ve své rodině a svém původním prostředí. Přemístění do nemocnice pro takové lidi bývá často tak výraznou změnou, že může přispět k výraznému zhoršení zdravotního stavu pacienta. V této souvislosti vznikají i různé společnosti sdružující příbuzné a pečovatele, které organizují jejich další vzdělávání. V ČR je asi nejznámější Česká Alzheimerovská společnost. (Koukolík, Jirák, 1998)

Česká Alzheimerovská společnost vznikla v r. 1997 jako občanské sdružení (tedy 20 let po vzniku 1. Alzheimerovské společnosti ve světě - Alzheimer Society of Canada). Podnětem ke vzniku byl pocit některých profesionálů a rodinných příslušníků pacientů, že problému demencí a praktickým aspektům péče o lidi s takovou nemocí není věnována dostatečná pozornost. Za jejím vznikem stálo mnoho odborníků ať už z oblasti medicíny, gerontologie nebo sociálních pracovníků. Za zmínku také jistě stojí, že Česká Alzheimerovská společnost prosadila úhradu léků pacientům s Alzheimerovou chorobou z veřejného zdravotního pojištění (od r. 2002).

Zájemci mohou požádat o radu kontaktní a informační centrum, kde podávají osobní i telefonické informace a je možnost sjednání osobní konzultace s odbornými pracovníky České Alzheimerovské společnosti. Dále pak lze využít velmi přehledné webové stránky,

kde najdeme základní i odborné informace týkající se této problematiky pro samotné postižené i jejich rodinné příslušníky. (Jirák a kol., 2009)

2.6 Náročnost práce s klienty trpící Alzheimerovou chorobou

Klienti trpící Alzheimerovou chorobou vyžadují velmi specifickou péči, což je i důvodem pro to, že na personál v zařízeních jsou kladeny vysoké nároky. Často se tito lidé dostávají do velmi nepříjemných situací, které musejí řešit a setkávají se s nejrůznějšími dilematy. Pracovníci musejí být velmi odolní vůči stresu a také krizovým situacím, které mohou často nastávat. Je nutné si uvědomit specifické potřeby jednotlivých klientů, ke kterým je nutné přistupovat vždy individuálně a s trpělivostí vzhledem k typu a stádiu onemocnění. Pracovník musí být neustále schopen reflektovat stav svých klientů, snažit se co nejlépe uspokojovat jejich potřeby a po těchto potřebách často sám pátrat, být empatický, nespěchat a respektovat individualitu a jedinečnost každého. (Holmerová, 2008)

„Měli bychom usilovat o to, aby pacient s demencí byl co nejméně konfrontován se svou nesoběstačností a nedostatečností. Proto je důležité, aby pečující byl stále v kontaktu s pacientem, snažil se jej vést a podporovat, aby eliminoval zmatek a případná nedorozumění. V rámci uspokojování základních potřeb člověka s demencí vystupují do popředí potřeby uznání, bezpečí, jistoty, lásky, sounáležitosti a seberealizace. Osoba s demencí by neměla být předmětem naší péče pouze profesionálně, ale měla by být brána jako osobnost, jako individualita, jako bližní, jako partner, jako člověk. Rodinní pečující se často snaží péči věnovat převážnou většinu času a to často na úkor svých zálib a vlastních zájmů. Jako by byli oni sami méně důležití než pacient. To vede k předčasnému a zbytečnému vyčerpání jejich sil, mnohdy až k syndromu vyhoření. Proto je důležité, aby pečující věnovali dostatek času a pozornosti sami sobě. Měli by se snažit co nejlépe péči o pacienta zorganizovat, měli by se umět o ni rozdělit s ostatními, a to jak rodinnými příslušníky, tak i se známými a přáteli, kteří často rádi pomohou.“ (Holmerová, 2008, s. 64)

3 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření (jinak také syndrom vyhaslosti, vyhasnutí nebo anglicky burnout syndrome) byl poprvé popsán v roce 1974 Herbertem J. Freudenbergerem, americkým psychoanalytikem německého původu v článku „Staffburnout“ v časopise Journal of Social Issues. Po tom, co jeho článek vyšel, se o syndrom vyhoření začalo zajímat mnoho dalších specialistů, kteří podrobně zkoumali jeho vznik, vývoj, následky a prevenci. (Baštecká, 2003)

Pomoc potřebným a přijímání pomoci je často složitý proces protichůdnými pocity a výsledky. Ten, kdo pracuje v pomáhajících profesích, by se měl zamyslet nad impulzem, který ho přivedl k volbě tohoto povolání a smyslem jeho role v něm. Takový člověk si občas není schopen jasně uvědomit silné stránky klientů a vlastní zranitelnost, vzájemnou závislost a vlastní temné stránky vnitřního já. Je třeba si připustit stinné stránky této profese. Nenechat se unést představou, že jsme něco víc, než prostředníky na cestě k pomoci. (Hawkins, Shohet, 2004)

Existuje mnoho různých definic syndromu vyhoření a mnoho různých autorů, kteří se touto problematikou zabývají, avšak v klíčových bodech shodují. V následujících kapitolách je podrobně popsán pojem syndromu vyhoření, příznaky, příčiny, fáze, důsledky a také prevence tohoto onemocnění.

3.1 Pojem syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je stav charakteristický především psychickým vyčerpáním člověka, které se projevuje v oblasti kognice (jedná se souhrn operací a pochodů, jejichž prostřednictvím si člověk uvědomuje a poznává svět i sebe samého), motivace a emocí, ovlivňuje názory jedince, jednání a postoje v oblasti profesionálního chování osob, u nichž došlo ke vzniku a rozvoji tohoto syndromu. Takové stavy se odborně označují právě jako syndrom vyhoření, jinak řečeno vypálení, vyhaslosti, vyčerpání (anglicky „burnout syndrom“).

Tento syndrom je nebezpečný v tom, že ovlivňuje značně kvalitu života osob, u kterých byl zaznamenán a zároveň vykazuje dokonce některé shodné charakteristiky s příznaky a důsledky duševních poruch a onemocnění. (Kebza, Šolcová, 1998)

Velmi záleží na osobnosti člověka, protože právě ta může dle výzkumů ovlivňovat zdraví i psychickou pohodu člověka. Někdy je vysvětlením toho, proč se někteří lidé dostanou do stresogenních situací (a jiní se třeba s takovým problémem nemusí potýkat). Ovlivňuje jejich způsob reakce, a hlavně zdraví a mechanismy psychických procesů,

kteřé vřbec nesouvisejř se stresem z vnřjšího prostředř. Vznik syndromu vyhasnutř byl zkoumřn ve dvou hlavnřch oblastech vřzkumu: v oblasti existencialismu a v oblasti dlouhodobřho studia stresu a jeho dřsledkř. (Kebza, řolcovř, 1998)

V první oblasti, oblasti existencialismu je krize zpřsobena pocitem totřlnřho osamocenř, nutnostř človřka spolřhat se pouze na sebe a svř vlastnř sřly a vykolejenřm ze zabřhnutřho kařždodennřho reřimu, na kterř je zvyklř, coř zpřsobuje pocit beznadřje a prořivřnř odpovřdnosti. Nřsledkem toho se človřk vyrovnřvř s negativnřmi nřladami a prořitky osamocenř, beznadřje, řzkosti, nudy, zoufalstvř, zhnusenř ... z okolnřho svřta. Stres spojenř s nerovnovřhou mezi hodnocenřm pořadavkř a zdrojř k jejich zvlřdnutř je druhřm faktorem ke vzniku syndromu vyhořenř. Statistiky ukazujř, ře vřce neř 70% absencř v prřci z dřvodu pracovnř neschopnostř je zpřsobeno nemocemi, kterř majř řzkou souvislost se stresem. Fyzickř a psychickř strřnka človřka jsou velice řzce propojeny. V oblasti mimopracovnřho stresu se projevujř mikrostressory a řivotnř udřlosti (napřřklad zmřna a ztrřta zamřstnřnř, nemoc, hypotřky...). Pracovnř stres se dřlř do nřkolika kategoriř, první jsou konflikty rolř, coř jsou vlastnř problřmy s rolemi, kterř jedinec zastřvř. Dalř je pracovnř vytřženř a odpovřdnost, kterř mř řzkou souvislost s nřroky souvisejřcřmi s obsahem prřce. Dalř kategoriř jsou potřře s komunikacř a nepřesnřm vymezenřm odpovřdnostř a kompetencř, organizacř prřce. Nevyužitř kvalifikace a nejasnř kariernř řřd (řpatnř profesnř perspektiva) a nevyhovujřcř fyzickř prostředř spojenř s bezpeřnostř prřce, hlukem, prachem, teplotou na pracoviřti, atd., jsou dalřmi typickřmi kategoriemi, kterř majř svřj jasnř podřl na mořnřm vzniku pracovnřho stresu. (Kebza, řolcovř, 1998)

Syndrom vyhořenř je tedy psychickř stav charakteristickř prořitkem vyčerpřnř, kterř se vyskytuje zejmřna u profesř, kterř majř v pracovnř nřplnř prřci s lidmi, pravidelnř kontakt a zavislost na jejich hodnocenř. Vyskytuje se nejčastřji u lřkařř, zdravotnřch sester, učitelř, policistř, advokřtř, pojiřřovacřch agentř, pořtovnřch řřednřkř, sociřlnřch pracovnic, dispeřerř, dozorcř vřznic, manařerř, politikř, poradcř, řřednřkř bank a řradř, duchovnřch, řřdovřch sester, atd. Jednř se o řřadu symptomř v oblasti psychickř, sociřlnř a fyzickř, kde je klřčovou slořkou emoční vyčerpřnř, opotřebenř a celkovř řnava. Vřechny tyto zmiřovaně přřznaky se uvolňujř nřsledkem chronickřho stresu. Jednou z přřiřin vzniku syndromu mřře břt i pocit jedince, ře není nadřle schopen dostřt pořadavkřm, kterř jsou na nřj kladeny (na vysokř a nekolřsavř vřkon, kterř je považovřn za standard, kdy mř malou nebo řřdnou mořnost jakěkoli řlevy, odchylek nebo vysazenř a mř zřvřsně dřsledky v přřpadě chyb a omylř). Dřsledkem takovřho

selhání je pak vztah k dříve oblíbené pracovní činnosti provázen pocitem marnosti a zklamání, v některých případech až nechutenstvím. Někdy se zdá dokonce nemožné dál v činnosti pokračovat, objevují se pocity marnosti. Pracovní výkon jedince se pak zákonitě zhorší a změní se často i vztah ke klientům ve smyslu negativních a cynických postojů a pocitů, což může klient vycítit. Jedinec má tendenci snižovat si své sebevědomí, objevuje se negativní mínění o pracovní kompetenci... Pokud takový člověk má na starost poskytování určitých služeb klientům nebo v případě lékařů pacientům, dojde u něho k utlumení pozitivních vztahů k těmto osobám a vnímá je pouze jako objekty vnějšího prostředí (a ne jako lidské bytosti). (Kebza, Šolcová, 1998)

Jednou z příčin vyhoření je nesprávně vyvážený život, ve kterém je až příliš mnoho práce, ale málo zábavy a volného času, kdy člověk může přijít tak říkajíc na jiné myšlenky. (Rush, 2003)

Syndrom vyhoření je stav vyčerpání, který iniciuje právě působení chronického stresu. Vede k celkovému psychickému i emočnímu vyčerpání a poklesu efektivity práce. Hlavními spouštěči jsou dlouhodobý stres, permanentní časový tlak a vysoké emoční napětí.

Jedná se o psychický stav, prožitek vyčerpání, často i celkovou únavu. Objevuje se u lidí, kteří se denně zabývají „prací s lidmi“, anebo s nimi mají pravidelný kontakt a jsou závislí na jejich ohodnocení. Syndrom se rozvíjí v několika fázích (nadšení, stagnace, frustrace, apatie, vyhoření). (Ptáček, Čeledová, 2011)

Někteří lidé se rozhodnou dobrovolně pomáhat, starat se, léčit. Jiní mají skrytou potřebu moci, což se jim může splnit, pokud se obklopí lidmi, kteří „jsou na tom ještě hůř než oni sami“, nebo jen získají možnost řídit část jejich života. V okamžicích, kdy je pracovník nucen rozhodovat o klientech nebo jejich dětech, se může často cítit úplně bezmocný. (Např. sociální pracovníce rozhodne o odebrání dítěte a klient s rejstříkem násilných činů jí hrozí zabitím. Rodič se v tomto případě cítí méněcenný díky tomuto rozhodnutí a není schopen zvládat svůj vztek...).

Další stinnou stránkou je často neschopnost soustředit se na své vlastní potřeby ve vztahu k práci s klienty. (Např. potřeba „být vnímán jako dobrý člověk“). Obraz, který si vykreslil klient, se často obtížně kryje se skutečností a našim pohledem na věc a schopnostmi. Pokud nám někdo říká, že jsme chladní, zneužíváme svou moc, atd., máme pocit, že zažíváme nevděk, který se často obtížně přijímá. Měli bychom se naučit přijímat vlastní zranitelnost a brát ji jako cennou zkušenost pro naše klienty i pro nás.

Když člověk nemá dostatečnou podporu, může od svých pacientů a klientů vstřebávat velké množství nepohody a citového rozrušení, které není následně schopen zpracovat a uvolnit. V okamžiku, kdy je přetížen prací, vzniká u něho stres. Ten může čerpat i ze vztahů v rodině, doma i v práci. Stres, který zůstává v těle, se může projevit ve formě psychických, tělesných i emočních stavů. Vzniká vnitřní napětí, a pokud je přehlížíme, hrozí nám, že se dostaneme do stavu vyhoření. Je nutné se tímto problémem zabývat dříve, než k němu dojde. Uvědomovat si svou motivaci k práci v pomáhajících profesích, sledovat na sobě příznaky stresu, mít zdravý systém podpory a zajistit se fyzicky aktivní život mimo práci. (Hawkins, Shohet, 2004)

3.1.1 Stádia vývoje syndromu vyhoření

První fázi lze nazvat jako období prožívání nadšení, kdy je jedinec spokojený, práce ho naplňuje a stává se jednou z nejdůležitějších součástí života. Je zaujatý pro věc. Postupně se však začíná objevovat psychická a fyzická únava a vyčerpání, následuje období stagnace. Jedná se o období, kdy prvotní nadšení z toho nového opadne, a jsme něčím omezování a nedaří se nám naplnit vše, co bychom si představovali. Ubývá angažovanost, snaha pomoci problémovým klientům, omezuje se kontakt klienta s jeho příbuznými a kolegy. Konflikty začnou přibývat i v soukromí (Ptáček, Čeledová, 2011)

Po stádiu stagnace následuje frustrace, kdy se člověk zamýšlí nad smyslem práce a její efektivitou. Následuje zděšení z těchto nových pocitů a jedinec začne ztrácet velice důležitou sebedůvěru, zaznamenává pocit marnosti a postrádá cíle, ke kterým by se mohl upnout a vzhlížet k nim. Starost o druhé a láska k nim, která je při práci s lidmi velice důležitá, se změní v rozmrzelost a nelibost. Pokud frustrace pokračuje dlouhodobě, následuje apatie. (Rush, 2003)

Práce jedince netěší a bere ji pouze jako nutnost pro zajištění obživy a jakési „nutné zlo“. Poslední a konečnou fází je pocit ztráty smyslu dění, emocionálního vyčerpání, odcizení, negativismus, nezájem, lhostejnost, depersonalizace = vyhoření. (Ptáček, Čeledová, 2011)

Syndrom vyhoření u pracovníků ve zdravotnictví a sociálních službách pak může vyústit ve zhoršenou péči o pacienty a klienty, může narůstat agresivita vůči klientům a to končí mnohdy odchodem z oboru. Průzkumy ve zdravotnictví ukázaly, že k výskytu syndromu vyhoření dochází nejvíce v místech, jako jsou hospice, JIP, psychiatrie, onkologická oddělení, neurologie, chirurgie, koronární jednotky. Péče o chronicky nemocné,

nevyléčitelně nemocné, každodenní kontakt se smrtí a utrpením je dlouhodobě zatěžující aktivitou a stává se chronickou stresovou situací. (Ptáček, Čeledová, 2011)

3.2 Příznaky syndromu vyhoření

Příznaků syndromu vyhoření je nejprve velmi těžké si všimnout, protože přicházejí postupně a velmi pomalu. Sám postižený často počátky nemusí ani sám rozeznat, protože působí velmi nenápadně. Působí na psychickou, fyzickou stránku a sociální vztahy jedince. (Maroon, 2012)

3.2.1 Psychická stránka

Syndrom vyhoření chápeme jako určitý druh stresu a frustrace. Jedinec se cítí vyčerpan emocionálně a domnívá se, že jeho zaměstnání a poslání ve společnosti mu nepřináší výsledky, které původně očekával. Syndrom se může objevit u lidí s různými druhy povolání (např. u učitelů, řidičů, studentů, lékařů, policistů, sociálních pracovníků, nebo třeba u osob dlouhodobě pracujících v domácnosti). U většiny takto postižených lidí se dosud nikdy neobjevovaly žádné poruchy – ani duševní, ani emocionální. Syndrom postihuje většinou velmi výkonné a cílevědomé lidi. (Rush, 2003)

Vyhoření jedince může mít tragické důsledky. Zasažený jedinec se z iniciátora stává přihlížejícím, a jeho místo pak zaujme trvale nebo jen dočasně méně schopný kolega. I když vyhoření může být i pozitivní zkušeností. Není třeba vzdát se své profese nebo svého života.

Za své úspěchy mohou někdy někteří lidé zaplatit právě tím, že vyhoří. To může mít několik různých příčin: špatný fyzický stav, neschopnost přibrzdit v práci, nereálná očekávání, snaha dělat všechno sám, pocit, že se jedná o rutinu, stálé odmítání pomoci druhých, přehnaná pozornost týkající se cizích problémů, soustředěnost na detaily.

Pokud si člověk před sebe staví opravdu nereálné a často neočekávané cíle, pak se může stát, že se opakovaně ocitá za hranicí svých možností. Nepřiměřené cíle mu připadají běžné, a je nakonec rozzlobený sám na sebe, že není schopen jich dosáhnout. Považuje sám sebe za ztroskotance a neumí se vyrovnat se svým selháním. To vede k emocionálnímu, duševnímu a fyzickému vyčerpání, k frustraci a nízkému sebevědomí.

Další příčinou často bývá snaha udělat všechno sám. Výkonný jedinec chce udělat všechno sám, aby dosáhl pochvaly a uznání. Neumí práci pověřit někoho jiného, a tak se snaží zastat veškeré úkony. Myslí si, že nemá žádná omezení a nechá se neustále

zavalovat prací, snaží se vyřešit veškeré problémy a mít odpověď na vše. Výsledkem je fyzické a emoční vyčerpání.

Pokud se život změní v jednu velkou a nudnou rutinu, díky stále se dokola opakujícím situacím a úkonům, začne tato rutina z našeho života vysávat motivaci a nadšení. Dusí nás a vytváří z nás pasivní loutky, které se podvolují okolnímu dění. Na druhou stranu je fakt, že při výkonu některých povolání je nutno počítat s tím, že rutina je pro ně typická a musíme se naučit ji využít ve svůj prospěch a přemýšlet o tvořivějších činnostech.

Dalším typickým příznakem je stálé odmítání pomoci od druhých. Lidé, kteří jsou denně vystaveni neustálému odmítání, si mohou vypěstovat negativní postoj k druhým lidem a dokonce i k sobě samým, nebo i ke svému zaměstnání. Dobrým příkladem zde může být např. pracovník v reklamačním oddělení nějaké firmy. Ten je denně vystaven stížnostem nespokojených zákazníků a musí si neustále uvědomovat, že stěžující si nestěžují na něho nebo neodmítají jeho, ale špatné výrobky nebo služby. K vyhoření dochází v okamžiku, kdy výkonný člověk přestane vnímat záměr dané činnosti, ale i nadále cítí nutkání ji vykonávat. Vykonává svou práci pouze proto, aby byla hotová, ale fakticky ho vůbec netěší.

Dalšími dosti pravděpodobnými kandidáty na vyhoření se stávají lidé zabývající se druhými lidmi a jejich problémy (duchovní, sociální pracovníci, zdravotníci, psychologové...). Je důležité si uvědomit, že není možné, aby všechny problémy řešil do detailu místo toho, aby člověk zadal různé drobnosti svým podřízeným a kolegům, kteří se o to mohou postarat. Pokud jedinec není schopen takového členění práce, může dojít k tomu, že jeho čas a energii pohltí práce a problémy, které mu vlastně nepřísluší. (Rush, 2003)

Jedinec trpící syndromem vyhoření může mít negativní vliv i na své okolí a vznikají pak psychické problémy u jeho nejbližších (partnera, nebo třeba týmových spolupracovníků). (Ptáček, Čeledová, 2011)

3.2.2 Fyzická stránka

Výkonní lidé někdy překračují hranice svých tělesných možností a snaží se pracovat vždy na sto procent. Typickým fyzickým příznakem syndromu vyhoření je například nespavost, která souvisí s chronickou únavou. Člověk se nedokáže myšlenkově odpoutat od své práce a problémů na pracovišti a neustále nad tím přemýšlí. Často se v noci budí nebo ani nemůže usnout kvůli problémům, které ho trápí. V počátečních fázích se cítí vyčerpaný a většinu času velmi unavený. V konečných fázích cítí celkové fyzické

vyčerpání. S tím souvisí i větší náchylnost na nemoci. Tělo je neodpočaté a tudíž se stává náchylnějším k různým imunitním problémům, infekcím nebo například chřipkám. Mezi tělesné příznaky může patřit bolest na hrudi, bolesti hlavy, motání hlavy nebo mdloby a někdy i pocit na zvracení. Trpí pocitu úzkosti a často se mu zhoršuje koncentrace. Nedokáže se soustředit na nic jiného než na práci, respektive problémy v práci. Může se dost často stávat, že zapomíná na různé i důležité věci. Je třeba dbát na udržení souladu obrovského elánu a energie s fyzickým stavem těla. Významnou roli zde hraje i neschopnost přibrzdit v práci. Lidé, kteří prožívají stav vyhoření, neumí udržovat v životě rovnováhu mezi svou prací a volným časem. (Rush, 2003)

Při léčbě syndromu vyhoření je třeba v první řadě si uvědomit, že něco není v pořádku. Postižený si musí vytvořit odstup od klientů, rozlišit profesionální přístup od přístupu k ostatním lidem, nebát se změn, hovořit o svých pocitech, oddělit pracovní a soukromý život, využívat čas na odpočinek, přestávky v práci, nevztahovat pracovní problémy ke své osobě, udržovat s ostatními dobré vztahy, dělat smysluplnou práci a věnovat se dalším životním aktivitám. (Ptáček, Čeledová, 2011)

3.3 Příčiny vzniku

Příčiny vzniku syndromu vyhoření mohou být velmi různorodé, pokud hledíme na více případů do detailu, avšak pokud se podíváme na tuto problematiku obecně, ve většině případů zjistíme, že hlavním činitelem a spouštěčem je stres. V následujících kapitolách je tedy detailně popsán stres, podněty vzniku stresové situace a v neposlední řadě i zvládání stresu.

3.3.1 Stres

Stresem obvykle nazýváme vnitřní stav člověka, který je buď něčím přímo ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepřímým vlivům není dostatečně silná. (Křivohlavý, 1994)

Stresem trpí v našem moderním světě muži i ženy. Stresové symptomy se dělí na psychické a fyzické, mohou však být rozdílné reakce na ně. Ženy se prosazují stále více v odborných a vedoucích pozicích, což sebou nese větší tlak, přetížení a nepříznivé životní situace. Ženy na tyto faktory reagují většinou odlišně než muži. Bývají pasivní a depresivní. Naproti tomu muži se stávají agresivními a chovají se hyperaktivně. (Harss, Maier, 1994)

Samotný stres u člověka ovlivňuje výskyt různých nemocí, může se jednat například o zažívací potíže, nemoci srdce a krevního oběhu nebo dušení rozladěnost. Každý člověk se během svého života setká s různými těžkými a zátěžovými životními situacemi. Někdy se může jednat o náhlé úmrtí blízkého člověka, jindy je to zklamání z rozchodu s partnerem, přáteli, rozvod, nebo naprosto nečekané situace a potíže jako úrazy, různé nemoci, autohavárie, změna zaměstnání nebo bydliště, atd. Často se ale také dlouhodobě pomalu vtírá do našeho života. Ztrácíme pak jistotu a klesá naše sebevědomí. To vše se dá označit termínem „stres“. Člověk je vystaven nejrozličnějším tlakům vnějšího okolí a logicky se cítí ohrožen. Napětí pak způsobuje nespavost, přílišnou aktivitu, pocity euforie. Následně člověk upadá vlivem takového vypětí do deprese a nadměrné ospalosti. (Křivohlavý, 1994)

Při trvalém stresu nejsou stresové hormony a energie v těle člověka odbourávány a napadají organismus v jeho nejslabším místě. U každého člověka je to jiné. Někdo má problémy se žaludkem, jiný se srdcem, žlučníkem ...). Neodbouraný adrenalin vede k podrážděnosti, nespavosti a nízké pracovní kapacitě. Při zvýšeném stresu mohou stresové hormony zasáhnout žaludeční sliznici a způsobit vznik žaludečních vředů. Podněty ke vzniku stresu se mohou stát i horko, zima, malé prostory, hluk a zadržování tělesných potřeb. Na tyto stresory automaticky odpovídá tělo stresovou reakcí. (Harss, Maier, 1994)

Stres a syndrom vyhoření spolu velmi úzce souvisí. Na vině částečně může být i dnešní společnost, která měří prestiž člověka penězi, s tím může souviset i posedlost prací. Jen takový člověk je společensky vysoce vážený, který dokáže pustit se do práce s obrovským elánem, dít až do padnutí a být úspěšným ve svém podnikání. To ovšem má i další vedlejší účinky. Práce nejdříve činí člověka šťastným, ale posléze posedlost prací vede ke stresu a následně k syndromu vyhoření. To se stane v okamžiku, kdy už člověk není v práci potřebným a nikdo si ho neváží, nebo ho už nepotřebuje. Stres ovšem může vzniknout i v případě, že má člověk málo práce, nebo je práce špatná. Zvýšené riziko syndromu vyhoření vzniká také, pokud má člověk velké schopnosti a přitom profesní šance je pro něho mizivá. Stres vzniká v okamžiku, kdy u člověka vedou k přetížení důvody psychické (např. deprese, požadavky v soukromém životě a zaměstnání, obětavost,...), mentální (např. vysoká zodpovědnost, nejistota, nadměrné požadavky,...) a fyzické (např. nedostatek pohybu, problémy se srdcem, trávicím traktem, nadměrná únava,...). Syndrom vyhoření vzniká v průběhu delší doby a současně většinou z několika příčin. Stresové hormony ovlivňují činnost nadledvinek a

u člověka se oslabuje i imunitní systém. To má za následek psychosomatické reakce, které vedou ke vzniku depresí, poruch koncentrace a myšlení. Stres v malém množství může na počátku působit pozitivně na kreativitu člověka a vést ho k větším výkonům. Každý člověk však stres zpracovává jiným způsobem v duševní úrovni, což vede k různým tělesným reakcím. Pokud jsou ve stresu ženy, jsou častěji nemocné než muži, kteří vnímají stres jako příjemnou změnu a uznání své osobnosti. Jak už bylo zmíněno, největší předpoklad pro celkové vyhoření mají lidé pracující v sociální oblasti (např. v pečovatelských službách a diakoniích). (Merg, Knödel, 2007)

Stres se však nevyskytuje pouze u lidí, ale také u zvířat. Všechny stresové situace lze rozeznat v první řadě vlastním pozorováním různých situací, kdy můžeme vycházet z vlastní zkušenosti, nebo zkušenosti jiných lidí. Vždy záleží na tom, jak je daná situace chápána a interpretována. (Křivohlavý, 1994)

3.3.2 Podněty vzniku stresové situace

Každý reaguje na tentýž stresor (podnět vyvolávající stres) trochu jinak, s různou intenzitou podle toho, kdy a za jaké situace přichází. Stresorem pro někoho může být materiální faktor (např. nedostatek jídla nebo tekutin), extrémní změna barometrického tlaku nebo sociální faktor (působení jedné osoby na druhou – např. pokud se jedná o lidi netaktní, protivné, agresivní, hrubé a neurvalé). Na někoho může mít vliv i nedostatek času, místa i osamělost. Stresory se tedy dělí na fyzikální a emociální.

Mezi fyzikálními stresory patří různé jedy a polojedy, za které můžeme považovat například kofein, nikotin, alkohol, drogy, radiace, nízký obsah kyslíku ve vzduchu, vibrace, otřesy, změny tlaku vzduchu a ročních období, meteorologické jevy, viry, bakterie, katastrofy, záplavy, zemětřesení, nehody, ale třeba i genetická zátěž a těhotenství.

Emocionální stresory na druhou stranu zahrnují úzkost, zármutek, strach a obavy, nenávisť, nepřátelství, zlobu, nevyspaní, ustaranost a očekávání, že se stane něco strašného. (Křivohlavý, 1994)

Jiné dělení rozlišuje stresory takto:

Fyzikální – teplo, zima, hluk, světlo, sucho, zápach, nedostatek prostoru, nepořádek.

Biologické – hlad, žízeň, únava, bolest, nemoc, nedostatek spánku, roční období.

Psychologické – strach, úzkost, hněv, negativní myšlení, nízké sebehodnocení, apatie, bezmocnost, beznaděj, nesoustředění.

Sociální – ztráta blízkého člověka, konflikty, napětí v mezilidských vztazích, velké množství lidí, nesymetrie pozic, pocíty nedocení.

Pracovní – rozhodování ve složité a nepřehledné situaci či časové tísní, činnosti monotónní až stereotypní, či naopak příliš časté a nepravidelné střídání různých druhů činností. (Ptáček, Čeledová, 2011)

3.3.3 Zvládání stresu

Nejprve je třeba si stanovit priority a soustředit se pouze na podstatu věci. V tom nám mohou pomoci přátelé nebo partner. Stanovit si pouze dosažitelné cíle a naučit se říkat „ne“. Vybrat si v týdnu alespoň jeden večer, o kterém si samy rozhodneme, jak s ním naložíme. Dále je třeba udržovat rovnováhu mezi prací a životem, tzn. oddělit pracovní povinnosti a volný čas. Naopak pomáhá najít si nějakou zálibu pro chvíle volna. Na pracovišti je vhodné, pokud se člověk obklopí nějakými osobními předměty, které mu pomohou vytvořit příjemnou atmosféru. Je dobrý i pravidelný kontakt s přáteli a dodržování drobných pracovních rituálů (setkávání s kolegy v době přestávky, poslech hudby, krátká procházka po obědě,...). Ale hlavní je vyhýbat se špatným myšlenkám.

Člověk se dostává do stresu, pokud na něho působí skupinový nátlak nebo tlak z očekávání druhých, časová tíseň, přehnaná snaha o uznání a perfekcionalismus. Důležitou roli v boji se stresem hraje strava a sport.

Podle provedených průzkumů člověka negativně ovlivňuje pesimistický přístup k životu. Pesimistickým lidem se většinou vyplní 80 % jejich negativních předtuch a předpovědí. U optimisticky naladěných lidí to funguje obráceně. Těm vychází skoro 80 % pozitivních předtuch. Postoj k životu lze ovšem změnit. Je třeba, aby člověk učinil nejprve své vnitřní rozhodnutí stát se optimistou. K trvalému úspěchu je nutno plně využít svou vůli k dosažení cílů, až ke konečnému úspěchu. Motivace je mnohdy ovlivněna individuálními schopnostmi člověka, které by měly odpovídat požadavkům zaměstnavatele. Nejlepších výsledků dosáhne pracovník, který má pro výkon funkce odpovídající vzdělání, zkušenosti a odborné znalosti z praxe. (Merg, Knödel, 2007)

Zvládání stresu může mít několik rozdílných fází. První fází je adaptace (přizpůsobování se situaci), znamená vyrovnání se se zátěží, která je v normálních mezích v obvyklé, pro člověka dobře zvládnutelné situaci. Další je koping (coping) - boj člověka s nepřiměřenou, nadlimitní zátěží. Strategie boje se stresem by měla zahrnovat pečlivě vypracovaný plán k dosažení určitého vytyčeného cíle. Možnosti, jak změnit zátěž jsou různé: ubrat zátěž (např. něco nedělat), něco zkrátit (chodit později, odcházet dřív,

mluvit krátce a stručně), delegovat (přeložit nějaké činnosti na druhé a zapojit je), kooperovat (spolupracovat s dalšími lidmi a nedělat vše sám).

Důležitá je i samotná strategie zvládnání stresu, která má několik různých forem. První z nich je zvyšování informovanosti o tom, co se semnou děje, ale i to co se děje mimo mě, avšak dotýká se mne to. Je nutné se ptát, jaká je naděje, že mohu zvrátit chod událostí, nebo ztlumit dopad stresoru. Pokud se dávám přímo do boje, jedná se o přímou činnost a pokud pouze utlumuji činnosti, které mou situaci zhoršují, nebo mě oslabují, jedná se o tzv. inhibici. Pomáhat mohou i vnitřní procesy (typickým příkladem je například rozhovor sama se sebou nebo samomluva) při kterých přehodnotím svoji situaci, změním žebříček svých hodnot, nebo hledám jinou cestu řešení. Často je třeba obrátit se s žádostí o pomoc i na jiné lidi nebo hledat odbornou radu, útěchu, uklidnění, posilu a sociální oporu. Někteří lidé jsou ale bohužel v tomto směru poněkud strnulí, zvolí si pouze jednu strategii a zůstanou u ní, i když je neúčinná.

Stres není vhodné řešit alkoholem a drogami. Člověk se musí naučit zvládat strach a obavy, bolest, zlost, vztek a agresi, zbavit se napětí a časové tísně. (Křivohlavý, 1994)

3.4 Prevence

Osoby náchylné ke vzniku syndromu jsou osoby obětavé, se zaměřením na druhé, senzitivní, idealistické... Zabránit vzniku syndromu vyhoření lze dosáhnout dostatečnou relaxací, dobrou organizací času, sebedůvěrou ve vlastní schopnosti a uměním zvládat situace, vírou v sebeuplatnění, sociální oporou ze strany spolupracovníků se stejným postavením a zaměřením. (Ptáček, Čeledová, 2011)

Další důležitou formou prevence je motivace. Pojem motivace nejlépe vystihuje slovo podnět nebo popud. V pracovní oblasti to zahrnuje energii a umění vést sebe i ostatní lidi. Podle psychologů je prospěšné používat vlastní „vnitřní“ motivaci. Nedbat na špatnou náladu kolegů, nebát se propouštění, nenechat si život řídit nepříznivými okolnostmi a snažit se myslet stále pozitivně. V případě neúspěchů je třeba se na ně dívat konstruktivně a poučit se z chyb.

Člověk by měl umět posoudit a využít své silné i slabé stránky osobnosti (např. ve vztahu k zákazníkům a kolegům), přiznat si, co dělá opravdu rád a naopak co nerad, zda je týmový hráč, nebo raději pracuje samostatně. Uvědomit si motivační překážky v práci, a jak na něho působí pracovní prostředí. (Merg, Knödel, 2007)

„V motivačním výzkumu existují různé motivační pojmy:

- 1. Vnější motivace – sestává z vnějších povzbuzení, jako je odměna, moc, uznání, možnost povýšení nebo dalšího rozvoje...*
- 2. Vnitřní motivace – sestává z vnitřních potřeb, jako je zábava, zájem, učení se z vlastního rozhodnutí.*
- 3. Prvotní motivace – je pro člověka vrozená a obsahuje potřeby, jako jsou hlad, žízeň, světlo, teplo, vyhýbání se bolesti.*
- 4. Druhotná motivace – je podmíněna sociálním učením a obsahuje potřeby, jako jsou uznání, láska, jistota, sociální začlenění.*

Je obrovské množství motivačních teorií. V podstatě můžeme rozlišovat mezi obsahovou teorií a procesní teorií. Obsahová nebo také teorie potřeba se dotazuje: Co vede člověka k určitému jednání? Nejznámějšími představiteli jsou Maslow, Murray a Herzberg.

Herzberg rozeznává ve své velmi známé teorii dvou faktorů „satisfakční faktory“ (uspokojující nebo motivační faktory) a „nesatisfakční faktory“ (neuspokojující nebo hygienické faktory)

K satisfakčním faktorům patří:

- uznání v práci*
- zajímavá práce, která představuje výzvu*
- osobní podpora*
- přenesení zodpovědnosti*
- perspektivy osobního rozvoje.*

Pokud tyto faktory existují, je pracovník motivovaný.

K nesatisfakčním (neuspokojujícím nebo hygienickým) faktorům patří:

- podniková politika*
- pracovní směrnice*
- sociální vztahy k nadřízeným*
- plat*
- status*

Když je těchto faktorů k dispozici málo, je pracovník demotivován.“

(Merg, Knödel, 2007, s. 41)

3.4.1 Formy zvládání stresu

Mocným faktorem pomoci při zvládání stresu je sociální opora. Sílu člověku bojujícímu se stresem dává zejména společenství blízkých lidí (rodina, manžel, manželka, děti, příbuzní, přátelé...) nebo společenství spolupracovníků či lidí, kteří mají nějaký problém společný. Např. navzájem si pomáhající skupinky těžce nemocných lidí (pacientů s roztroušenou sklerózou, onkologickými potížemi...).

Sociální opora pro lidi zkoušené stresem může mít různé formy:

- 1) Doprovazeč – někdo, kdo je spojen s pacientem a je mu vždy nablízku, když ho potřebuje- Je pro něho pomocí i posilou a oporou.
- 2) Terapeutická aliance – může se jednat o velmi blízký osobní vztah mezi těžce nemocným pacientem a ošetřujícím lékařem nebo sestrou (takový člověk je pro pacienta posilou a vzpruhou).
- 3) Existence kladného sociálního vzoru – společenství lidí, kteří hovoří o svých bolestech, trápeních a obavách (někdo jiný už to má za sebou a zvládl to úspěšně a tak se o svoji zkušenost podělí s ostatními, kterým jeho úspěch může dodat naději).
- 4) Existence progresivně orientovaných skupin – jedná se o lidi, kteří vytváří zájmové skupiny, kde si pomáhají, povzbuzují se, informují...
- 5) Existence skupinové terapie – skupinová psychoterapie neuróz a vytvoření smysluplných lidských vztahů.
- 6) Dobrovolné společnosti lidí ochotných pomáhat druhým – třeba při bezbariérových úpravách bytů pro tělesně postižené, u onkologických nemocí se získáním finanční podpory pro rodinu, ubytování rodinných příslušníků v nemocnici, atd. (Křivohlavý, 1994)

Pacient se vyrovnává s nemocí a stresem tělesně, duševně i duchovně. Spiritualita (duchovnost) se stala v posledních desítkách let předmětem lékařského a psychologického výzkumu i praxe. Zvyšuje odolnost proti stresu, duševní vyrovnanost, příznivě působí u některých somatických a návykových nemocí, atd.

Řada pacientů hledá duchovní podporu v těžkých životních situacích a setkává se s různými spirituálně zaměřenými psychoterapeutickými přístupy. Lékaři s nimi nejsou většinou seznámeni. Je třeba si uvědomit, že některé zátěžové situace a nedostatek času ovlivňují naše morální postoje a soucítění s ostatními. Spiritualita může zlepšovat vztah lékař – pacient, komunikaci, humanitu a smysl pro odpovědnost. (Irmiš, 1996)

Dle vědeckých studií by se měl člověk při snaze o zvládání stresu zaměřit na 2 záchytné body: záchytný bod člověk x záchytný bod prostředí.

Záchytný bod člověk – je třeba si uvědomit, co můžeme sami na sobě změnit, abychom neonemocněli z důvodu stresu. Zjistit, co je úspěšnou strategií pro překonání stresu (co mi pomáhá, nebo naopak vede k tomu, že se cítím ještě hůře)? Jaké naučené způsoby chování nemohu překonat (např. cítit se zodpovědný za problémy druhých) a chci se jich zbavit? Jak dokážu vytvářet svůj pracovní den? Jak realistické je mé vnímání a hodnocení problémů a mých schopností? Starám se správně o své tělo? Mám dostatek pohybu, zdravou výživu a prostor pro regeneraci?

Záchytný bod prostředí – je třeba se zamyslet nad otázkou, zda v mém okolí není příliš mnoho stresorů, které se pravidelně opakují (např. těžké úkoly, špatné platové podmínky, nedocení žen v mužských profesích, nemožnost postupu na vyšší místo, neschopnost sladit rodinu a zaměstnání, nejisté pracovní místo, atd.). Dalšími stresory se mohou stát např. konflikty s partnerem, nebo život bez něho, který je pouze obětován práci a kariéře,... (Harss, Maier, 1994)

Pokud jsou při práci velké problémy a tlak, vede to u lidí k nervozitě, strachu, únavě a depresím. V Evropské unii je podle odhadů Evropské agentury pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci postiženo stresem zhruba 40 milionů lidí.

Problémy je možno zvládat bez stresu, pokud člověk zachová několik jednoduchých pravidel. Neodkládat svou práci na pozdější čas, říci „ne“, pokud jsme vystaveni tlaku nereálných termínů, pravidelně sportovat a dělat si při práci pauzy na čerstvém vzduchu, ihned řešit veškeré konflikty a nepodléhat svým pocitům nesouhlasu, hněvu a nevráživosti. Také pomáhá změnit směr pohledu na věc a naučit se vnímat situaci zvenčí. (Na pár okamžiků se v duchu přenést na nějaké příjemné místo a pak se znovu vrátit do skutečnosti). Když je člověk vystaven tlaku a má pocit, že už dál nemůže, pomáhá uvědomit si, co a proč právě dělá. Jaký to má smysl? Vhodná jsou také dechová cvičení a okamžiky, kdy člověk opravdu vypne, uvolní se a tělo regeneruje dostatkem spánku. Osvědčilo se také vytvořit si svůj časový plán povinností, které je možno vyškrtat při splnění úkolu, práci si plánovat v denních nebo týdenních intervalech a dodržovat důsledně termín dokončení, každý papír brát do rukou pouze jednou a stanovit si pro jednotlivé úkoly hned termín splnění. To vše by mělo pomoci reagovat přiměřeně na vznikající stres. (Knoblauch, 2013)

Osoby náchylné k syndromu vyhoření jsou charakterizovány empatií, senzitivitou, obětavostí, idealismem, zaměřeností na druhé, úzkostí a pedantstvím. Negativním důsledkům stresu je snazší předcházet než je odstraňovat. Při nerovnováze mezi profesním očekáváním a realitou je možné zmenšit riziko vzniku „burnoutu“ na straně

jedince osvojením si strategie zvládání stresu a u zaměstnavatele změnou organizace kultury.

Syndrom se promítá do postojů a chování jedince v práci (absence, změny zaměstnání, nižší pracovní úsilí a nízká pracovní spokojenost), z čehož plynou i ekonomické důsledky. V zájmu zaměstnavatele je tedy prevence jeho vzniku. Může zaměstnancům zajistit rozvoj programů zaměřených osobní rozvoj, pracovní poradenství, výcvik v pracovních dovednostech a možnost týmové spolupráce, identifikaci rolí v týmu u pracovníků, zvýšení podílu pracovníků na řízení. Intervence ze strany organizace může např. spočívat ve zvýšení možnosti rozhodování o pracovních problémech a vytvoření citlivého prostředí. Pozitivním faktorem je spokojenost se spolupracovníky, nadřizenými, finančním ohodnocením a jasný kariérní řád. Jedinec pak lépe zvládá pravidla, jak si zachovat zdraví a nepodléhat stresu.

Zásady duševní hygieny pro profesionály pracující s lidmi mají svá určitá pravidla. Je nutno, v zájmu zachování vlastního zdraví, dokázat si vytvořit odstup od klientů. Nepotlačovat své pocity a mluvit o nich (třeba na poradě, kde se probírají obtížnější případy) nebo je probírat s kolegou. Zařadit do každodenního režimu „povinné“ přestávky spojené s tělesným cvičením, procházkou nebo s některou relaxační metodou. Hlavní zásadou je nutnost oddělit profesionální nasazení od osobního života!

Aktivní přístup k životu, zájem o okolí a dění kolem nás – snaha chápat veškeré události a jevy, nebát se změn, najít příležitost ukázat, co dovedu, při stresujících životních událostech hledat aktivně způsob, jak situaci čelit, odhodlat se k rozhodné protiakci, počítat se stresujícími situacemi, kterým se nedá vyhnout, uzavřít pracovní starosti za dveře kanceláře a nepřenášet si do zaměstnání rodinné a partnerské starosti. To vše je základem k úspěšnému boji proti stresu a následnému syndromu vyhoření. Dále je třeba dodržovat dobré vztahy s ostatními, vytvořit si příznivé prostředí (zaměřit se na zdroje stresu – mít uspokojující práci, řešit aktivně a s rozvahou problémy s partnerem a dětmi), osvojit si zdravý životní styl (správná životospráva, dostatek spánku, pohybové aktivity, vyloučení škodlivých návyků – kouření, alkohol, ...). Osvojení si těchto základních postupů a strategií zvládání stresu, úprava životosprávy, denního režimu a celkového životního stylu je předpokladem úspěšné prevence burnoutu. (Kebza, Šolcová, 1998)

3.4.2 Supervize

„Výraz supervize byl odvozen od anglického výrazu supervisit, a ten z latinského slova super – nad a videre – hledět, vidět, zírat. V angličtině se vztahoval původně na každou

situaci, v níž pověřená či zkušenější osoba dohlíží /dozírá na jinou osobu či osoby při provedení nějakého úkolu nebo průběhu činnosti. Chápání pojmu supervize v pomáhajících profesích se ovšem postupně proměňovalo tak, jak se proměňovala celá konkrétní kultura dohlížení na práci v různých oblastech. Měnila se nejen podle zemí, ale i podle vývoje společnosti, profese a povahy činnosti.“ (Havrdová, Hajný, 2008, s. 17)

Od 19. století se souběžně vyvíjela případová sociální práce a komunitní práce v komunitních centrech, která spočívala ve skupinové práci s přistěhovalci, migranty nebo znevýhodněnými skupinami lidí. Pracovníci v komunitních centrech pomáhali získat těmto skupinám práci, bydlení, různé rekreační aktivity. Z těchto sociálních aktivit se postupně vyvinuly různé politické boje označované jak sociální akce.

Přelomový význam pro rozvoj skupinové práce měly experimenty a poznatky psychologa Kurta Lewina. V r. 1947 založil T-groups (tréninkové skupiny složené z maximálně 12 členů), které se dodnes využívají pro trénink manažerů a profesionálů. Účastníci se vzájemně neznají a zaměřují se na získané zkušenosti ve skupině. Nevyužívá se skupinová diskuse, ani řešení problémů. Celý proces je zaměřen pouze na sdílení pocitů a intenzivních zkušeností získaných z reálné situace. Supervize byla od r. 1995 zavedena také do oblasti práce s drogově závislými. (To je zásluhou Pavla Böhma – protidrogového koordinátora při Úřadu vlády ČR a dalších odborníků.)

Odborníci v soukromé praxi pracující ve svých vlastních ordinacích, používají různé terapeutické a poradenské metody. Jsou to tzv. pomáhající profese. Patří sem např. učitelé, ošetřovatelé, ergoterapeuti, velká část poradců a sociálních pracovníků sdružených v různých organizacích. Supervize u těchto profesí probíhá jako součást vedení zaměstnanců při výkonu jejich profese, podpora v celoživotním vzdělávání, a tvoří část personálního řízení organizací. Supervizor pak v organizaci zastává různé role a pozice. Součástí jeho profese je odpovědnost za proces skupinové supervize (mimo organizaci) nebo za zajištění plánovaných úkolů uvnitř organizace. Pracovník vždy jedná s ohledem na sociální strukturu organizace, v níž je zaměstnán, ale rozvoj sociální struktury organizace je vždy naopak závislý na aktivitě konkrétních jednotlivců.

Organizační rozvoj lze definovat jako proces, při němž specializovaní zaměstnanci nejsou přímo závislí na vedení, ale naopak na nich je závislý management. Podle mnoha studií je dokázáno, že pracovníci, kteří jsou nuceni řešit emocionálně náročné situace a požadavky klientů a jejich rodin, jsou vystaveni několikanásobně většímu stresu než odborníci pracující v jiných profesích. Týká se to především odborníků ve zdravotních a

sociálních službách. Největší zdroj stresu ale vzniká mezi kolegy v týmu a v kontaktu s vedením. To je způsobeno nedoceněním v oblasti řízení organizace, v nepřesném stanovení dosažitelných cílů a nedostatečném ocenění již dosažených výsledků.(Havrdová, Hajný, 2008)

„Pokud je předmětem dialogu pracovní situace, kontext a postupy či vztahy pracovníka k profesi, ke klientům či spolupracovníkům, přičemž jeho smyslem je překročit bloky, jež brzdí tvořivost, spolupráci a kvalitní výkon, stává se takový dialog supervizi.“
(Havrdová, Hajný, 2008, s. 19)

Důležitou složkou supervize je snaha o dialog. To nám může potvrdit několik historických dokladů již z počátku vzniku sociální práce. Součástí dialogu je reflexe, která je definována jako vědění o vědění a zahrnuje vnitřní zkušenosti. Reflexe může nastat, pokud se člověk dokáže zastavit u nějakého významného momentu zkušenosti a zaměřit na tento okamžik aktivně svou pozornost. To předpokládá změnu obvyklého rámce nazírání na věc a přístupu k ní a zároveň otevření se novým pocitům, myšlenkám a postojům k nezvyklé situaci.

Supervizi lze definovat jako proces, kdy je předmětem reflexe snaha pochopit, poznat a získat lepší přístup ke kolegům, klientům a způsobům práce. Z toho vyplývá i úkol supervizora – zajistit a vyjednat faktory pro podporu reflexe, kterými jsou bezpečí ve skupině nebo týmu, a důvěra, které se utváří pomalu a obtížně.

Se vznikem sociální práce je spjat rozvoj supervize jako potřeby pomoci začínajícím pracovníkům nebo studentům v profesi, se kterou se dosud nesetkali. Zkušený sociální pracovník (supervizor) je pro studenta vzorem, zodpovídá jeho dotazy, odkazuje na další vhodné zdroje učení, pomáhá s řešením problémů.

Existuje několik způsobů získávání poznatků:

- Instrumentální učení – je jednou z důležitých složek vzdělávací supervize. Zahrnuje teorie, že pokud se ke klientovi bude supervizor chovat přátelsky a předem stanoví pravidla jednání, nehrozí, že dojde k nějakým nežádoucím konfliktům a klient bude lépe spolupracovat.
- Dialogické učení - zahrnuje témata, u nichž chápání závisí na různých faktorech. Učení probíhá formou dialogu klienta a supervizora.
- Sebereflektující učení – Supervizor využívá osobu učícího se jako zdroj jeho výuky. Svými otázkami ho směřuje tak, aby sám vnímal své pocity a postřehy. Docílí toho správně formulovanými dotazy (např. co byste mohl udělat jinak?)

Vzdělávací supervize začíná zjištěním znalostí a dovedností studenta. Student a supervizor se musí domluvit na předem stanovených cílech učení. Vzdelání vychází z praxe a zkušeností studenta a klade důraz na odborné kompetence, kterých má student dosáhnout. S podněty má přicházet sám student. Oproti tomu supervizor by měl mít jasnou představu o chování studenta v různých situacích (např. jakým způsobem bude komunikovat s mentálně postiženým klientem.) To vše má za cíl dovést studenta k dosažení maximální úrovně profesionální kompetence.

Ve vztahu supervizor a supervizant je nezbytná především důvěra, která pomáhá studentovi sdílet nejistotu a s pomocí supervizora získat podporu k překonání obtíží. Ovšem získání důvěry je dlouhodobý proces.

Pokud supervizor dokáže vůči supervizantovi projevit větší otevřenost myšlení, vřelost, empatii a sebeotevření, vede to k větší otevřenosti supervizanta. Supervizor musí umět převzít odpovědnost a uvědomit si, kdy podpora studenta může naopak brzdit průběh negativních emocí, a jak docílit, aby emoce mohly být projeveny. Pojem systémová teorie upozorňuje na vztah supervizora a supervizanta, který může být ovlivněn, pokud je supervizor současně terapeutem někoho blízkého studentovi. Někdy může dojít i k triangulaci ve vztahu. Obě strany se pak snaží do konfliktu vtáhnout třetí osobu a tlačít ji do koalice. Supervizor by neměl být v koalici ani s vedoucím, ani se studentem. Musí zůstat neutrální. Supervize je proces, ve kterém musí supervizor pracovat s emocemi supervizantů a musí využít osobní formu spolupráce. Všechny formy supervize vychází také z psychoterapeutických metod a postupů. (Havrdová, Hajný, 2008)

Supervize pomáhá soustředit se na vlastní obtíže v práci, společně se supervizorem se dělit o část odpovědnosti za práci s klienty a je součástí procesního vývoje a učení. Díky ní lze lépe využívat vlastní zdroje, potýkat se s objemem práce a zvládat různá úskalí a potíže. Při získávání supervize se můžeme setkat s následujícími překážkami: osobní zábrany, předchozí špatné zkušenosti se supervizí, konflikty rolí, financemi, geografickou vzdáleností nebo s potížemi při přijímání podpory. Roli hrají i překážky v organizaci.

O supervizi lze také říci, že je to proces a zároveň i vztah, při němž se supervizor setkává se supervidovaným a pomáhá mu vylepšit jeho schopnost účinně terapeuticky pomáhat klientům, rozvíjet jeho schopnosti, dovednosti a porozumění. Supervize sociální práce se skládá ze 3 základních funkcí – vzdělávací, podpůrné a řídicí.

- Vzdělávací funkce- zahrnuje rozvoj porozumění, dovedností a schopností - to vychází z rozebírání práce supervidovaných s klientem. Díky tomu může pak supervidovaný lépe pochopit klienta, soustředit se na své reakce a pocity vůči klientovi, zkoumat další možnosti práce v různých situacích.
- Podpůrná (restorativní) funkce – na supervidované pracující terapeuticky s klienty působí jejich bolest, negativní myšlenky a zoufalství, které je může následně ovlivňovat v jejich životě. Emoce mohou vzniknout jako důsledek empatie s klientem. Pokud by pracovník nevěnoval těmto emocím pozornost – mohl by se časem dostat do stresu a následně projít syndromem vyhoření.
- Řídící (normativní) stránka supervize – funguje jako kontrola kvality práce. Supervizor má určitou odpovědnost za správné vykonávání práce, dodržování standardů a blaho klientů.

Všechny tyto funkce jsou vzájemně odlišné, ale zároveň se překrývají a doplňují. (Hawkins, Shohet, 2004)

Například ve zdravotnictví v ČR se supervize zatím příliš nevyužívá. Pracovníci se často mylně domnívají, že se jedná pouze o nějakou kontrolu a monitoring nedostatků a chyb. Proto je supervize často vnímána a přijímána záporně. Kvalitou poskytované péče a práce se v posledních letech zabývá spousta odborníků. Je zpracováno mnoho teorií jak postupovat, ale bohužel v praxi je změna přístupu v konkrétních případech skoro vždy odmítána. Nefunguje souhra mezi kolegy nebo v týmu, pracovníci jsou neochotni ke změnám a obávají se jich. Vedoucí pracovník často chápe, jak by mělo jeho oddělení nebo zařízení fungovat, ale není schopen nové myšlenky a postupy uvést do praxe. Proto se často přistupuje právě k supervizi. Supervizor pak má pomoci pracovníkům přijímat nové změny a podmínky v práci, poskytnout jim pomoc při psychické zátěži a usměrnit pozitivně jejich emoce. Při týmové práci platí, že podpora jednoho člena týmu má většinou pozitivní vliv na celý tým. Reflexe ošetrovatelské a klinické práce je chápána jako preventivní prostředek proti vzniku syndromu vyhoření a jako motivační prostředek při výkonu práce. (Havrdová, Hajný, 2008)

4 Domov pro seniory s Alzheimerovou chorobou Albrechtice nad Orlicí

Domov důchodců Albrechtice nad Orlicí je zařízení s bohatou historií. V této budově dříve sídlil například poštovní úřad nebo chudobinec. Na Domov důchodců bylo toto zařízení přejmenováno až v roce 1990. (Koldinský, 2002)

V současné době se jedná o zařízení, ve kterém je poskytována specializovaná ošetrovatelská péče klientům, u nichž byla diagnostikována Alzheimerova choroba. Toto zařízení jev současné době registrováno jako domov se zvláštním režimem. Žadatelé o péči musí splňovat základní kritérium, tedy potvrzení od odborného lékaře (neurologa nebo psychiatra), že skutečně trpí Alzheimerovou chorobou. Dále je pak klíčová žadatelova vazba na Královéhradecký kraj, ve kterém musí přímo bydlet, nebo například zde má rodinu nebo tu dříve žil.

Zařízení nyní disponuje kapacitou 84 lůžek, avšak bohužel v žádném případě není možné uspokojit žádosti všech zájemců o pobyt zde. V současné době je stále velmi málo zařízení, která klienty s Alzheimerovou chorobou přijímají z mnoha různých důvodů. Asi nejčastějším důvodem jsou nevhodné prostory. Jedná se o otevřená oddělení, ze kterých klienti mohou samovolně odejít a ohrozit tak sami sebe nebo jiné.

Areál zařízení se skládá ze dvou částí: Hlavní budovy a tzv. Domků, které byly v roce 2010 dokončeny a navýšily kapacitu zařízení o 24 lůžek. Hlavní budova se skládá z přízemí, kde se nachází ředitelna, prádelny a sklady a tři nadzemních podlaží plně uzpůsobených specifickým potřebám klientů. Pro bližší představu zde najdeme například elektricky polohovatelná lůžka, ošetrovny, koupelny a pro bezpečnost a ochranu všech klientů jsou tu nainstalovány speciální automatické dveře. Druhou částí zařízení jsou již zmiňované Domky se dvěma nadzemními podlažními, taktéž zařízené podle specifických potřeb klientů.

V současné době zařízení zaměstnává 68 zaměstnanců, z toho 2 sociální pracovníce a 34 pracovníků sociální péče. (Domov důchodců Albrechtice nad Orlicí, 2017)

V budově je neustále přítomen ošetrojící personál, který své služby klientům poskytuje kvalifikovaně a důstojně. Služby jsou vždy přizpůsobeny individuální potřebám všech klientů, aby bylo možné dosáhnout co největší kvality života. Sociální služby jsou základem spokojenosti klientů, a tudíž taktéž vycházejí z potřeb každého jedince. Další nedílnou součástí každodenního chodu zařízení jsou terapie a aktivity individuální nebo ve skupinách. (Vacková, 2010)

Důraz je kladen zejména na ergoterapeutické aktivity, často nazývány jako léčba prací. *„Ergoterapie pomáhá lidem vykonávat každodenní činnosti tím, že je do těchto činností*

zapojí, a to navzdory jejich postižení nebo poruše. Tyto činnosti by pro ně měly být smysluplné nebo by jejich provádění měli považovat za důležité.“ (Krivošíková, 2011, s. 13)

Všechny ergoterapeutické činnosti se většinou rozdělují na všední denní činnosti, práci a produktivní činnosti, hru a volný čas. Tyto činnosti mají kromě fyzické složky, kdy si klienti procvičují motoriku, i složku duševní. Pomáhají člověku, aby byl i nadále činný. (Krivošíková, 2011, s. 13)

Další neméně důležitou složkou terapií je reminiscence. Jedná se o terapii, při níž klienti pracují se svojí pamětí. Vzpomínají na své dřívější prožitky, vybavují si zážitky a vzpomínky. Staří lidé si povídají velmi rádi a často stačí opravdu málo k tomu, aby nám začali vyprávět a vzpomínat. Je to přirozená duševní činnost člověka, která prospívá každému a u lidí trpících Alzheimerovou chorobou to platí dvojnásob. (Janečková, Vacková, 2010)

Ke klientům dále dochází canisterapeutka, často je pro ně pořádána muzikoterapie a arteterapie, velmi rádi se prochází po areálu a přilehlém okolí nebo jezdí na výlety. Pro klienty s Alzheimerovou demencí je důležité vybírat aktivity nenáročné a ne příliš vzrušující. Samotný výběr velmi záleží na stádiu onemocnění, ve kterém se klient momentálně nachází. Vybrané aktivity by neměly být příliš jednoduché, ani příliš dětinské. Vzhledem k tomu, že klienti ztrácí kognitivní schopnosti, je klíčové neustále opakovat zadání úkolu, anebo jim řádně předvést, co mají dělat. Vždy je nutné dbát při všech činnostech na jejich bezpečnost a správně s nimi komunikovat. (Rheinwaldová, 1999)

5 Shrnutí teoretické části

Neodmyslitelnou a přirozenou částí života každého člověka je období stáří, kdy mu chtě nechtě ubývají síly. Je to období změn, které záleží na mnoha individuálních faktorech. Mezi takové faktory patří například životní styl člověka nebo celkově jeho zdravotní stav. Mnoho lidí má seniory automaticky zafixované jako slabé, pomalu reagující a zapomnětlivé. Obecně známým faktem je, že populace stárne, což může mít kromě jiného i negativní vliv na zatížení systému důchodového zabezpečení. Ne každý také má to štěstí stát se veselou babičkou nebo dědečkem a zcela samostatně dožít v klidu svého domova. Většinou to bohužel bývá naopak. Je mnoho různých nemocí a chorob, které nás bez výjimky mohou potkat. Jednou z nich je také právě Alzheimerova choroba, která přichází pomalu, nepozorovaně a je jednou z nejčastějších příčin demence. Je to nemoc narušující část mozku, kvůli které dochází například ke zhoršování paměti a jiných poznávacích funkcí. Průběh této nemoci je velmi individuální a u každého pacienta postupuje jinou rychlostí. Prvním příznakem, který může naznačovat vznik Alzheimerovy choroby, jsou právě již zmíněné poruchy paměti. Jistě, že každý z nás občas něco zapomene, avšak u lidí, kteří trpí Alzheimerovou chorobou je takové zapomínání bohužel velmi časté a projevovat se začínají i poruchy zrakově-prostorové. Takoví lidé často bloudí ve známých místech nebo nejsou schopni nalézt cestu domů, až bohužel začnou být zcela nesoběstační. Důvodem vzniku této choroby bývá často označován věk, avšak může se jednat i o genetiku nebo pohlaví. Bylo zjištěno, že Alzheimerova demence se častěji vyskytuje u žen, než u mužů.

Bohužel dosud nebyl nalezen lék, který by Alzheimerovu chorobu vyléčil, avšak je mnoho způsobů, jak lze její příznaky alespoň nějakým způsobem mírnit. S vývojem onemocnění člověk potřebuje víc a víc specifické, odborné péče, která je nastavena na základě jeho individuálních potřeb. Dříve bylo samozřejmostí, že o nemocné rodiče se staraly děti a sdíleli spolu jednu domácnost. Dnes je tomu bohužel jinak a situace je mnohem složitější. Lidé tráví většinu svého času v práci a nemají proto dostatek času a ani možností zůstat doma, aby se po celý den starali o nemocného příbuzného. V pokročilých stádiích nemoci je také péče velice složitá a náročná nejen fyzicky, ale i psychicky. Nejrozumnější volbou v této situaci se pak stávají specializovaná zařízení, která svojí profesionální a specializovanou péčí pomáhají svým klientům ve výkonu každodenních činností. Taková zařízení zaměstnávají odborníky, kteří na základě svých znalostí a schopností zajišťují komplexní péči o své klienty a musí čelit každý den mnoha náročným situacím, fyzicky i psychicky.

Takové situace často mohou být důvodem pro vznik syndromu vyhoření, který je charakteristický zejména psychickým vyčerpáním člověka, ztrátou motivace a celkovou únavou. Vyskytuje se zejména v profesích, kde každodenní náplní práce je práce s lidmi, tedy právě i u sociálních pracovníků. Nebezpečný je v tom, že značně zneprůjemňuje život osob, u kterých byl zaznamenán a negativně se odráží na kvalitě jejich života. Situace je vždy velmi individuální a záleží na každém jedinci, jak se s tímto problémem vypořádá, podle odborníků bohužel může ovlivňovat i zdraví člověka. Obvykle jsou k tomuto problému náchylní lidé, kteří jsou empatictí, senzitivní a idealističtí. Jedním z mnoha různých příčin vzniku syndromu vyhoření může být nesprávně vyvážený život, kde převládá až příliš mnoho práce, a na zájmy a volný čas nezbývá dost prostoru. Pokud se někdo dlouhodobě pohybuje ve stresových situacích, často se dostává do různých emočně vypjatých situací, pracuje pod časovým presem, dostává se do stavu psychického a fyzického vyčerpání, které provází negativismus, apatie a celková nechuť k práci, můžeme hovořit o syndromu vyhoření. Záleží na spoustě individuálních faktorů, povaze a odolnosti každého jedince. Důsledná prevence syndromu vyhoření je tedy klíčovým faktorem pro předcházení jeho vzniku. Prevence spočívá zejména v relaxaci, dobré organizaci času a v podpoře od okolí. Další z možností je právě odborná supervize, která se zaměřuje na předcházení syndromu vyhoření a pomáhá účastníkům v řešení jejich problémů, ať už individuálních nebo kolektivních. Jedná se o setkání, kde supervizor pomáhá jednotlivci nebo skupině vnímat a reflektovat různé situace nebo vztahy, a současně nacházet různá řešení problémů. Supervizoři jsou odborníci na tuto problematiku, kteří mají mnoho zkušeností a odpovídající vzdělání a výcviky.

Praktická část práce navazuje na teoretickou část a je zaměřena na výzkum prevence syndromu vyhoření v zařízení Domov důchodců Albrechtice nad Orlicí. Na základě prostudované literatury a získaných zkušeností z praxe jsem přesvědčená, že prevence syndromu vyhoření je velice důležitá nejen v rovině osobní, ale i v samotném zařízení. Každý člověk, který pracuje s lidmi, by měl být dostatečně informován o tomto hrozícím nebezpečí. I pouhá informace o existenci takového ohrožení, jakým je syndrom vyhoření, může sloužit částečně jako prevence. První dílčí cíl práce je tedy zaměřen na zjištění, jaké obecné informace o syndromu vyhoření mají pracovníci v tomto zařízení. Další dílčí cíl navazuje na předešlý a má za úkol zjistit, jak jsou tito pracovníci informováni o prevenci syndromu vyhoření. Prevence, jak již bylo zmiňováno, je základem obrany proti vzniku syndromu vyhoření a je důležité, aby

každý pracovník věděl, jak tomuto nežádoucímu jevu předejít. Poslední dílčí cíl je zaměřen na zjištění, zda a jak je v tomto zařízení realizována prevence syndromu vyhoření s konkrétním zaměřením na supervizi. Supervize je jedním ze základních nástrojů prevence vzniku syndromu vyhoření, který může být realizován v rámci konkrétních zařízení. Supervizanti mohou rozvíjet své tvořivé myšlení, společně hledat řešení nejrůznějších problémů nebo se i učit z vlastních chyb. V této diplomové práci je veden výzkum v zařízení se zvláštním režimem, kde cílovou skupinou jsou klienti trpící Alzheimerovou chorobou. Pracovnice se tedy každý den setkávají s mnoha různými nepříjemnými situacemi a často čelí nejrůznějším stresovým situacím, které vzhledem k povaze onemocnění jejich klientů není vždy jednoduché zvládnout.

6 Výzkumné šetření funkce prevence vyhoření v zařízení Domov důchodců Albrechtice nad Orlicí

Výzkumné šetření mé diplomové práce je zaměřeno na zjištění, jak v zařízení Domov důchodců Albrechtice nad Orlicí funguje prevence syndromu vyhoření. Výzkum je veden formou polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky v daném zařízení. Výsledky získané tímto výzkumem mohou sloužit jako zpětná vazba tomuto konkrétnímu zařízení a současně mohou být využitelné pro další prevenci syndromu vyhoření. Na základě získaných dat a poznatků může zařízení upravit možnosti svých zaměstnanců v oblasti prevence syndromu vyhoření a více se v tomto ohledu přizpůsobit požadavkům konkrétní skupiny pracovníků.

6.1. Formulace výzkumných cílů

Hlavní cíl

Hlavním cílem mé diplomové práce je za použití polostrukturovaných rozhovorů zjistit, jak v zařízení Domov důchodců Albrechtice nad Orlicí funguje prevence syndromu vyhoření. Na základě získaných poznatků a vědomostí jsem přesvědčena, že syndrom vyhoření je velice nebezpečný pro všechny sociální pracovníky. Syndrom vyhoření sice přichází pomalu a nenápadně, ale jeho následky mohou být pro jedince až fatální. Cílovou skupinou daného zařízení jsou klienti trpící Alzheimerovou chorobou, což je nebezpečná nemoc narušující část mozku, která si na postiženém bere krutou daň v podobě poklesu kognitivních funkcí (paměti, úsudku,..) a vede k úplné závislosti postiženého na druhé osobě. Je to zákeřná nemoc, která si nevybírá a každodenní práce s takto nemocnými lidmi je obrovská zátěž. O to těžší je předejít syndromu vyhoření. Klienti často nedokážou projevit vděčnost za tvrdou práci ošetřujících pracovníků, občas mohou být až agresivní. Citlivým jedincům může stačit pouze pohled na zhoršující se stav klienta, se kterým nemohou nic dělat a propadnou pocitům bezmocnosti. Jsem proto přesvědčena o důležitosti prevence syndromu vyhoření. Hlavní cíl práce je rozdělen na tři dílčí cíle, na které jsou následně vázány konkrétní otázky vztahující se právě k tématice syndromu vyhoření.

Dílčí cíl 1: Zjistit, jaké obecné informace o syndromu vyhoření mají pracovníci v Domově důchodců Albrechtice nad Orlicí.

Důležitou součástí mého výzkumu je zjistit, jaké obecné informace mají dotazovaní o syndromu vyhoření. Zda dokáží definovat tento pojem a vědí, jaké příznaky má burnout

syndrom a také, zda se se syndromem vyhoření už někdy setkali, ať už u sebe samých nebo u někoho jiného.

Dílčí cíl 2: Zjistit, jak jsou pracovníci v tomto zařízení informováni o prevenci syndromu vyhoření.

Pro naplnění cíle diplomové práce je další důležitou součástí výzkumu úkol zjistit, zda jsou pracovníci v tomto konkrétním zařízení informováni o prevenci syndromu vyhoření. Jak si myslí, že mohou předcházet vzniku syndromu vyhoření, a jaké jsou tedy podle nich možnosti prevence. Dále pak zjištění, jak oni samotní zvládají náročné situace, do kterých se dostávají. A v neposlední řadě co oni sami dělají pro svoji regeneraci, když za sebou mají nějaký náročný den v práci. Pracovníci jsou zde dotazováni, jak jsou schopni osobně o sebe pečovat v rovině psychické, a jak sami předchází vzniku syndromu vyhoření. Dotazovaným se díky formě polostrukturovaného rozhovoru otevře možnost rozprávět se o sobě a svých individuálních způsobech regenerace, která je nedílnou součástí prevence vzniku tohoto nebezpečí.

Dílčí cíl 3: Zjistit, jakým způsobem je v tomto zařízení realizována prevence syndromu vyhoření s konkrétním zaměřením na supervizi

Poslední dílčí cíl je zaměřen na výzkum, jak v současné době v daném zařízení funguje prevence syndromu vyhoření s konkrétním zaměřením na supervizi. Zde je proveden odborný průzkum, jaké možnosti prevence syndromu vyhoření mají pracovníci toho zařízení. Dále je pak zjišťováno, co si pracovníci sami představují pod pojmem „supervize“, a zda je na tomto pracovišti dána těmto pracovníkům možnost účastnit se supervizních sezení. Poslední otázka rozhovoru je zaměřena na individuální hodnocení prevence syndromu vyhoření v zařízení Domov důchodců Albrechtice nad Orlicí. Zde má každý možnost volně vyjádřit svůj názor na současnou situaci a případně vznést námítky nebo podněty pro změnu. Na základě těchto anonymních informací může zařízení pozměnit a vylepšit možnosti svých zaměstnanců v oblasti prevence burn-out syndromu.

Tabulka č.2: Transformační tabulka

| | | |
|--|---|--|
| Hlavní cíl: Zjistit, jak v zařízení Domov důchodců Albrechtice nad Orlicí funguje prevence syndromu vyhoření. | | |
| Dílčí cíle | | Výzkumné otázky |
| DC I: Zjistit, jaké obecné informace o syndromu vyhoření mají pracovníci v Domově důchodců Albrechtice nad Orlicí. | DC I. 1: Zjistit jak by dotazovaná definovala syndrom vyhoření | Jak byste definoval/a syndrom vyhoření? |
| | DC I. 2: Zjistit, jak by dotazovaná popsala příznaky syndromu vyhoření | Jaké jsou podle Vás příznaky syndromu vyhoření? |
| | DC I.3: Zjistit, zda se dotazovaná někdy setkala se syndromem vyhoření | Setkala jste se někdy se syndromem vyhoření? |
| DC II: Zjistit, jak jsou pracovníci v tomto zařízení informováni o prevenci syndromu vyhoření. | DC II. 1: Zjistit, jaké jsou podle dotazované možnosti prevence syndromu vyhoření | Jaké jsou podle Vás možnosti prevence syndromu vyhoření? |
| | DC II. 2: Zjistit, jak dotazovaná zvládá náročné situace | Jak Vy sama zvládáte náročné situace? |
| | DC II. 3: Zjistit, co dotazovaná dělá po náročném dni pro svoji vlastní regeneraci | Co děláte pro svoji regeneraci, když máte za sebou náročný den? |
| DC III: Zjistit, jakým způsobem je v tomto zařízení realizována prevence syndromu vyhoření | DC III. 1: Zjistit, jaké možnosti prevence syndromu vyhoření mají pracovníci v tomto zařízení | Jaké máte možnosti prevence syndromu vyhoření na Vašem pracovišti? |

| | | |
|-------------------------------------|---|---|
| s konkrétním zaměřením na supervizi | DC III. 2: Zjistit, co si dotazovaná představí pod pojmem „supervize“ | Co si představíte pod pojmem „supervize“? |
| | DC III. 3: Zjistit, zda mají pracovníci v tomto zařízení možnost účastnit se supervize a pokud ano, tak jak zda by zvládli popsat průběh těchto setkání | Máte možnost účastnit se supervizi na Vašem pracovišti, pokud ano, jak byste popsala průběh ? |
| | DC III. 4: Zjistit, jak dotazovaný hodnotí možnosti prevence syndromu vyhoření v tomto zařízení | Jak celkově hodnotíte prevenci syndromu vyhoření ve Vašem zaměstnání? |

6.2 Výzkumná strategie

Výzkumná část diplomové práce je zaměřena na prevenci syndromu vyhoření v zařízení Domov důchodců Albrechtice nad Orlicí, kde zaměstnanci pracují se specifickou cílovou skupinou klientů trpících Alzheimerovou chorobou. Pro naplnění hlavního cíle práce tj. *Zjistit, jak v zařízení Domov důchodců Albrechtice nad Orlicí funguje prevence syndromu vyhoření* jsem vybrala formu polostrukturovaného rozhovoru. Jedná se tedy o kvalitativní výzkum, který se mi jeví jako nejlepší volba.

Kvalitativní výzkum je využíván v sociálních vědách a zaměřuje se na individuální pohled jednotlivců nebo skupin na různé věci, jak je oni sami chápou, interpretují. Může se jednat o různé příběhy lidí, jejich chování, o chod organizací, vzájemné vztahy mezi lidmi nebo například i o popis událostí, situací či okolností. Problém, který máme vytyčený není nikdy zcela pevně ohraničený, ale neustále je během výzkumu vyjasňován. (Strauss, Corbinova, 1999)

Obvykle je kvalitativní výzkum prováděn s menší skupinou respondentů, než kvantitativní výzkum. Rozdílem zde na příklad je, že u kvalitativního výzkumu se jedná o osobní rozhovory, díky kterým zkoumáme problematiku do hloubky a výzkumník je sám přítomen, kdežto u formy kvantitativních výzkumů, kdy se jedná například o dotazníky nebo testy a různá měření, výzkumník nezkoumá problematiku do hloubky, ale pouze okrajově, testuje si své hypotézy nebo teorie a není sám přítomen ve chvíli, kdy respondent odpovídá. Právě z těchto důvodů jsem zvolila jako výzkumnou strategii právě kvalitativní výzkum, který sice je časově náročnější, ale vzhledem k povaze výzkumného vzorku podle mého názoru jednoznačně vhodnější. (Hendl, 2008)

Podstatou diplomové práce je zjistit, jak funguje prevence syndromu vyhoření v daném zařízení a jelikož se jedná o tak složité a důležité téma, dotazovaným jsou kladeny otevřené otázky. Tyto otevřené otázky jim samotným dávají dostatek prostoru k vlastnímu vyjádření a zároveň nabízejí i možnost doptání se v případě potřeby. Může nastat situace, kdy dotazovaný během své odpovědi nějakým způsobem odbočí od podstaty problému a neodpoví proto na položenou otázku. V tomto případě je možné se doptat dle potřeby. Důležitý je podrobný přepis rozhovoru. Jedná se o časově náročný výzkum, při kterém je důležitá koncentrace a soustředění. Pro naplnění výzkumného cíle je taky velmi důležité pečlivé zvážení výzkumných otázek, zejména jejich množství a povaha.

6.3 Zdůvodnění volby výzkumného souboru a jeho charakteristika

Výzkumným souborem mého šetření jsou sociální pracovníce a pracovníce sociální péče v zařízení Domov důchodců Albrechtice nad Orlicí, které se zabývá specifickou cílovou skupinou klientů trpících Alzheimerovou chorobou. Důvodem pro volbu zrovna těchto respondentů pro mě byly mé zkušenosti z odborných praxí, které jsem zde měla možnost vykonávat. Právě díky školním praxím jsem měla možnost nahlédnout do každodenního chodu v zařízení a získat mnoho užitečných zkušeností, postřehů a poznatků. Tyto poznatky mě vedly i k samotné volbě tématu diplomové práce. Během mnoha hodin, které jsem zde strávila, jsem se setkala se spoustou nepříjemných situací a měla jsem možnost pozorovat, jak se jednotliví pracovníci s těmito situacemi vyrovnávají. Klienti trpící Alzheimerovou nemocí jsou skutečně velice těžkou cílovou skupinou klientů. Povaha tohoto onemocnění udělá s člověkem obrovskou změnu, fyzicky i psychicky. A to bohužel nejen se samotným postiženým. Během praxí jsem měla možnost pozorovat průběh a řešení všech možných stresových situací a rozhodla jsem se proto této problematice věnovat i svoji závěrečnou práci. Pracovnicím jsem zde byla už velmi dobře známá a proto jsem neměla problém s komunikací s nimi, ani se samotným rozhovorem. Všechny respondentky se mi ochotně rozpovídaly na mé otázky a já jsem měla možnost zaznamenat hodnotné poznatky.

Rozhovory jsem prováděla se dvěma sociálními pracovníci v zařízení a následně jsem ještě náhodně vybrala 8 dalších pracovníků sociální péče. Ve všech deseti případech výběru respondentů se jednalo o ženy, jelikož většinu personálu zde tvoří právě ženy. Důležitým kritériem pro výběr výzkumného souboru byla ochota k provedení rozhovoru.

Rozhovory byly prováděny většinou v soukromých kancelářích nebo místnostech, kde nebyl kromě nás dvou přítomen nikdo jiný a dotazované se nemusely bát otevřeně odpovídat na kladené otázky. Důležitým faktorem pro mě bylo, aby se všechny dotazované cítily pohodlně a v klidu.

6.4 Popis organizace a průběh výzkumu

Jak již bylo zmíněno, jako výzkumnou strategii jsem zvolila kvalitativní výzkum, konkrétně formou polostrukturovaného rozhovoru. Po předchozí domluvě se všemi informanty jsem navštěvovala zařízení a postupně s každým zvlášť prováděla rozhovory. Každému jsem se nejdříve představila, vysvětlila jsem čeho se můj výzkum

týká, jak bude probíhat a následně jsem se znovu zeptala na možnost provedení rozhovoru, společně s příslibem anonymity. Důležitá pro mě byla dobrovolnost a ochota informanta ke vzájemné spolupráci.

Rozhovory jsem vždy prováděla na místech předem zkonzultovaných s informanty, jednalo se především o soukromé kanceláře nebo jiné místnosti, kde jsme nebyli nijak rušeni. Šlo mi o jejich pohodlí a uvolnění, a zároveň jsem dbala i na to, abychom měli soukromí a byla zachována anonymita. Po krátkém představení a vysvětlení toho, co bude následovat jsem postupně přešla k samotnému rozhovoru.

Předem připravené otázky jsem se snažila pokládat tak, aby pro dotazované byly co možná nejvíce srozumitelné a mohly se k nim široce vyjádřit. Zároveň jsem se také snažila o naplnění cílů výzkumu. Celkem jsem každé pokládala deset naprosto stejných otázek, na které se mi všechny snažily co nejlépe odpovědět. Pokud bylo potřeba a odpovědi na mé otázky byly nepřímé nebo nějakým způsobem odbočovaly od tématu, měla jsem možnost doptat se na vše potřebné díky zvolené formě výzkumné strategie. Na předem připravené papíry jsem zaznamenávala všechny odpovědi svých informantů.

6.5 Způsob analýzy získaných dat

Po provedení všech rozhovorů přišlo na řadu vyhodnocení získaných dat a informací. Snažila jsem se vyhodnotit odpovědi na základě zvolených cílů diplomové práce a tyto cíle tím naplnit. Klíčovou a hlavní otázkou pro mě bylo zjistit, jak v zařízení funguje prevence syndromu vyhoření. Snažila jsem se také zjistit, jak jsou zaměstnanci zařízení informováni o samotném syndromu vyhoření, zda mají dostatek informací o této problematice nebo by bylo potřeba zajistit jejich osvětu. Dále jsem se snažila zjistit, jak jsou dotazovaní informováni o možnostech prevence syndromu vyhoření. Zda vědí, jak se mohou tomuto problému bránit nebo by potřebovali lépe informovat o svých možnostech. V neposlední řadě jsem se snažila zjistit, jak funguje prevence syndromu vyhoření v zařízení. Porovnávala jsem odpovědi jednotlivých respondentů a zaznamenávala získané informace. Důležité pro mě byly shody v odpovědích jednotlivců, zejména z hlediska prevence burnout syndromu v tomto zařízení. Vyhodnocovala jsem pozitivní i negativní informace.

6.6 Reflexe etických rizik výzkumu a rizik zvolené výzkumné strategie

Prvním rizikem mého výzkumu byla neochota k provedení rozhovorů ze strany informantů. Svůj výzkum jsem stavěla na dobrovolnosti, a tudíž jsem nikoho nenutila,

aby semnou o této problematice mluvil. Vzhledem k tomu, že se jedná částečně o interní hodnocení fungování prevence syndromu vyhoření v tomto konkrétním zařízení, někteří informanti byli během rozhovoru méně sdílní než jiní a chvílemi cítila jsem jakousi nejistotu. Mou výhodou bylo, že jsem v tomto zařízení již absolvovala své odborné praxe, tudíž jsem byla pro informanty již známou tváří, ačkoli u některých ani to nestačilo k tak velkému uvolnění jako u jiných.

Někteří informanti se rozpovídali velmi obsáhle, ale jiní se snažili odpovědět pouze na otázku a více ji nerozvádět.

Dalším možným rizikem tohoto výzkumu byl strach respondentů k jakékoli kritice nebo negativním názorům na chod zařízení v tomto či jiném ohledu. Důvod může být stejný, jako u neochoty k samotnému provedení výzkumu. Ačkoli jsem každému dotazovanému přislíbila diskrétnost a stoprocentní anonymitu, jedná se o malé zařízení a setkala jsem se s případem, kdy dotazovaná měla jisté obavy, aby jí její odpovědi v budoucnu neuškodily. Situaci jsem vyřešila opakovaným přislibem anonymity a možností ukončení rozhovoru, což dotazovanou uklidnilo a rozhovor jsme dokončily. Během výzkumu jsem nenarazila na žádné závažnější riziko, které by mohlo ohrozit jeho výsledky. Rozhovory byly prováděny dobrovolně a anonymně s možností okamžitého ukončení. Nakonec byly všechny dotazované schopny odpovědět na položené otázky a poskytly mi hodnotné informace pro vyhodnocení výzkumu a naplnění všech stanovených cílů práce.

7 Popis a interpretace dosažených výsledků

V této části diplomové práce jsou popsány výsledky provedeného výzkumu dle vytyčených cílů práce. Tato zjištění jsou rozdělena podle jednotlivých dílčích cílů a doložena citacemi některých odpovědí mých informantů.

7.1 Dílčí cíl 1: Zjistit, jaké obecné informace o syndromu vyhoření mají pracovníci v Domově důchodců Albrechtice nad Orlicí.

Jako první dílčí cíl práce jsem si stanovila zjistit, jaké informace týkající se syndromu vyhoření mají pracovníci v daném zařízení. Otázkou číslo jedna jsem zjišťovala, zda dotazovaní vědí, co je to syndrom vyhoření a zda jej dokáží popsat. Všichni mi na tuto otázku ochotně odpověděli a byli schopni svými slovy definovat tento pojem. I5: *„To je něco, vlastně takový stav, kdy toho máte až nad hlavu. Práce vám přerůstá přes hlavu a vy se jenom stresujete, máte toho jak se říká plný zuby.“* Většina dotazovaných ve svých odpovědích zmiňovala právě stres, který je úzce spjatý se syndromem vyhoření. Dále jsem zaznamenala slova jako například únava, vyčerpání, odpor a nechuť k práci. I3: *„Syndrom vyhoření, no, já si myslím, že strašně souvisí se stresem. Když je toho prostě v práci moc. Když bych si to moc brala, co se tady občas děje a nedokázala na to přestat myslet i třeba doma.“*

Další otázka, kterou jsem svým informantům pokládala byla zaměřena na příznaky syndromu vyhoření. Informanti mi svými slovy popisovali, jak asi takový syndrom vyhoření může vypadat a podle jakých příznaků se dá poznat. Občas se odpovědi některých prolínaly s odpověďmi na první otázku, kdy mi různé znaky již popsali a sklouбили s definicí syndromu vyhoření. Často jsem zaznamenala opět pojem stres, ačkoli se jedná spíše o příčinu a ne příznak syndromu vyhoření. Mezi odpověďmi jsem nejčastěji zaznamenala nechuť k práci, deprese, nepříjemnost člověka k druhým-klientům i kolegům a vyčerpání. I7: *„Já bych to asi popsala nějak jako když je člověk smutný, nešťastný v práci, doma a tak celkově. Možná i unavený pořád. Je třeba i protivný pak už. Ale tak to už pak poznáte, když se táhne delší dobu, že něco není v pořádku.“*

Poslední otázka vztahující se k dílčímu cíli 1 byla: Setkala jste se někdy se syndromem vyhoření?. Na tuto otázku jsem vesměs dostávala záporné odpovědi. I5: *„Já jsem se s tím díky bohu nikdy nesečkala, jsem tady v práci spokojená a prostě to беру tak, jak to je.“* Nezaznamenala jsem u žádného ze svých informantů, že by on sám někdy syndromem vyhoření trpěl. Avšak někteří svoji zkušenost s tímto problémem mají.

Setkala jsem se s několika informanty, kteří mi popisovali příběh své bývalé kolegyně, která tento problém měla. Často zmiňovali, jak byla protivná na své klienty a práce ji viditelně vyčerpávala, což se samozřejmě odráželo na jejích pracovních výkonech. II: *„Měli jsme tu zaměstnankyni, která byla podle mě ukázkovým příkladem syndromu vyhoření. Měla té práce plné zuby, byla vzteklá a i na klienty nepříjemná, protivná, nebavilo ji to. Klienti jí dost lezli na nervy. Nakonec se to vyřešilo samo a ona otěhotněla a odešla na mateřskou. Jinak ještě to je taková fakt celková nechut' k práci. Do práce se netěšíte a myslíte na to i doma.“*

Shrnutí dílčího cíle č.1

Dílčí cíl číslo jedna byl zaměřen na zjištění informovanosti o syndromu vyhoření v Domově důchodců v Albrechticích nad Orlicí. Vzhledem k tomu, že cílovou skupinou tohoto zařízení jsou klienti trpící Alzheimerovou chorobou, jedná se o skutečně náročnou práci, kde nebezpečí syndromu vyhoření takřikajíc číhá na každém rohu. Na mnou pokládané otázky mi byli všichni schopni odpovědět a ochotně spolupracovali. Dílčí cíl číslo jedna, tedy považuji za naplněný. Byla jsem velmi příjemně překvapena, jak vysoká informovanost o této problematice je v daném zařízení. Zjistila jsem, že všichni mnou dotazovaní vědí nejen základní informace, ale dokáží se i na toto téma pěkně rozpovídat. Dalším příjemným překvapením pro mě bylo, že ze všech deseti dotazovaných ani jeden syndromem vyhořením neprošel. Často byl však zmiňován příběh kolegyně, která syndromem vyhoření bohužel byla postižena a příznaky zde byly zcela očividné. Situace se však naštěstí vyřešila sama a měla šťastný konec v podobě mateřské dovolené.

7.2 Dílčí cíl 2: Zjistit, jak jsou pracovníci v tomto zařízení informováni o prevenci syndromu vyhoření.

Druhý dílčí cíl je zaměřen na zjištění informovanosti pracovníků Domova pro seniory v Albrechticích nad Orlicí o možnostech prevence syndromu vyhoření. První otázka této části rozhovoru, kterou jsem svým informantům pokládala, byla zaměřena na možnosti prevence syndromu vyhoření. Informanti zde dostali prostor k vlastnímu vyjádření o možnostech prevence. Většina všech odpovědí směřovala k vlastním možnostem prevence syndromu vyhasnutí, tedy volnočasovým aktivitám a komunikaci s druhými. II: *„Aktivity kde vypustíte, vyčistíte si hlavu. Taky si myslím, že je hrozně důležitá věc o tom mluvit, s kýmkoli...“* Zmíněna zde byla i kolektivní supervize, která

však bohužel v době provádění rozhovorů na pracovišti už rok neprobíhala. I3: „... *Na to je dobrá i ta supervize, teď jsme ji teda dlouho neměli, ale vedoucí prý už má něco domluveného, takže zase bude...*“

Pátá otázka rozhovoru: Jak Vy sám/sama zvládáte náročné situace? poskytla dotazovaným další možný prostor pro vyjádření jejich subjektivních pohledů na tuto problematiku. Zjistila jsem, že ve valné většině případů pomáhá dotazovaným zvládat náročné situace rodina nebo partner. Rodinné prostředí je pro většinu jakýmsi klidovým místem, kde mohou zapomenout na práci a přijít tak říkajíc na jiné myšlenky. I5: „*Jak já zvládám náročné situace? Hmm, no, hodně mi pomáhá rodina, hlavně teda manžel. My spolu mluvíme o všem, takže já mu můžu říct co se děje v práci a on mi naopak vždycky řekne co u nich na lince a tak. Pak si spolu sedneme do obýváku a koukáme na televizi. Taková pohodička.*“ Z mnoha různých odpovědí mých informantů soudím, že rodinné zázemí a možnost komunikace o problémech je jedním z klíčových faktorů k zvládnutí stresových nebo jinak náročných situacích, které vzhledem k povaze zaměstnání nastávají bohužel velmi často.

Poslední otázka vztahující se k dílčímu cíli číslo 2 měla za úkol zjistit, co dělají informanti pro svoji regeneraci, když za sebou mají náročný den. Tato otázka ještě více rozvíjela otázku předešlou a zaměřovala se na konkrétní provozované činnosti. Zaznamenala jsem širokou škálu různých odpovědí, které se vázaly na koníčky dané osoby. Opět mnoho informantů zmiňovala rodinné příslušníky a své partnery, což mi opět potvrdilo důležitost rodinného zázemí. Další informanti zmiňovali například zahradničení, domácí mazlíčky, různé výlety, cvičení nebo například malování. I4: „*Já moc ráda maluji, je to takový můj relax, u kterého jsem schopna, tedy většinou, přestat přemýšlet nad trápením...*“

Shrnutí dílčího cíle č.2

Na základě provedeného rozhovoru byl naplněn i druhý dílčí cíl, zjištění informovanosti o prevenci syndromu vyhoření. Lze říci, že tento cíl práce se zaměřoval spíše na rovinu osobní. Byly zde položeny otázky, které se týkaly vlastních možností, jak bojovat proti syndromu vyhaslosti. Jak jsem již v předchozím odstavci zmiňovala, právě díky tomuto rozhovoru jsem zjistila, jak velice důležité je rodinné zázemí a možnost komunikace s druhými o problémech, které nás trápí. Všichni mnou dotazovaní věděli, jak oni sami mohou proti tomuto problému bojovat a jak se mu vyvarovat. Informovanost tedy

pokládám za naprosto dostačující a uspokojivou. Informace jsou podle mého názoru základem obrany proti tomuto hrozícímu nebezpečí.

7.3 Dílčí cíl 3: Zjistit, jakým způsobem je v tomto zařízení realizována prevence syndromu vyhoření s konkrétním zaměřením na supervizi

Třetí a zároveň poslední dílčí cíl práce byl zaměřen na realizaci prevence syndromu vyhoření v DD Albrechtice nad Orlicí se zaměřením na supervizi. První otázka vztahující se k tomuto dílčímu cíli měla za úkol zmapovat možnosti prevence syndromu vyhoření na daném pracovišti. Zde jsem bohužel zaznamenala nedostatky ze strany organizace, kde pracovníci bohužel v době provádění výzkumu neměli mnoho možností prevence. Základ předcházení syndromu vyhoření byla opět již několikrát zmíněná komunikace, která zde hraje klíčovou roli. V době, kdy jsem prováděla výzkum někteří dotazovaní zmiňovali každodenní poradu, kde mají možnost vždy volně prezentovat své problémy nebo jakékoli připomínky. Někteří však zmiňovali, že na těchto poradách nechtějí mluvit v tak velkém kolektivu a proto raději individuálně dochází za svojí vedoucí nebo jiným kolegou. I2: „ *Každý den, většinou dopoledne, máme poradou, kde se všichni sejdem a probíráme tam všechno co je potřeba...*“

Pozitivně hodnotím možnosti exkurzí pracovníků, kteří mají možnost nahlédnout do každodenního života v jiných zařízeních a porovnávat tak dostatky či případné nedostatky.

Podařilo se mi zjistit, že supervize pravidelně v minulosti probíhala a do zařízení docházel supervizor, takže dotazovaní věděli o co se jedná a byli schopni na otázku definice supervize svými slovy odpovědět a pojem tak klasifikovat. Zajímavým zjištěním bylo, že době provádění rozhovorů zařízení nemělo svého supervizora a supervize neprobíhaly, což někteří hodnotili negativně. I3: „ *Dřív jsme supervizi měli, takže vím o čem je řeč. Ted'ka sem ale nikdo nechodí, což je možná škoda. Mohli jsme si tam hodně věcí říct a vyřešit. Ale zase je fakt, že to nebylo pro každého a všem to tak úplně nesedlo. Prostě se nechtěli moc zapojit.*“ Byla jsem však informována o tom, že vedoucí pracovnice má rozjednanou novou agenturu a supervize budou v dohledné době opět pravidelně probíhat.

Poslední otázka rozhovoru byla zaměřena na celkové hodnocení možností prevence syndromu vyhoření. Zde jsem zjistila, že většina dotazovaných prevenci hodnotí kladně, ačkoli v současné době neprobíhala pravidelná supervizní setkání. Někteří respondenti zmiňovali fakt, že zařízení je malé a všichni se mezi sebou znají, takže vědí co se dělo

na jiných směnách a mohou spolu o tom diskutovat. Nemusí se bát cokoli říci ať už mezi sebou nebo svým vedoucím.

Shrnutí dílčího cíle č.3

V tomto dílčím cíli jsem se zaměřila na prevenci syndromu vyhoření. Všichni moji informanti mi ochotně odpovídali na položené otázky a nenarazila jsem na žádný větší problém, tím pádem jsem měla možnost nashromáždit dostačující množství důležitých informací. Právě z těchto důvodů považuji i poslední dílčí cíl za naplněný. Zařízení pro seniory trpící Alzheimerovou chorobou v Albrechticích nad Orlicí je oproti mnoha jiným zařízením celkem malé, proto mají zaměstnanci možnost spolu komunikovat a sdílet různé důležité informace. Ačkoli pravidelná supervizní setkání se nekonala, byla jsem ujištěna o skutečnosti, že supervize je pro zařízení velmi důležitá a již je rozjednaná. Celkové hodnocení prevence syndromu vyhoření hodnotím kladně. Nezaznamenala jsem jedinou stížnost nebo skutečnou nespokojenost zaměstnanců v tomto ohledu. Někteří dotazovaní poukázali na nedostatek v podobě nekonajících se supervizí, avšak tento problém byl již vyřešen. V souvislosti s prevencí syndromu vyhoření byla zmíněna i otevřenost vedoucí sociální pracovnice, která ochotně vyslechne všechny a pokusí se vyjít vstříc. Opět jsem se na základě odpovědí přesvědčila o důležitosti komunikace, která je skutečně klíčovou záležitostí nejen v souvislosti se syndromem vyhoření.

Závěr

Diplomová práce se zabývá tématem syndromu vyhoření u pracovníků s cílovou skupinou klientů s Alzheimerovou chorobou v zařízení Domov důchodců Albrechtice nad Orlicí a je rozdělena na dvě části: teoretickou a praktickou. Toto téma jsem si zvolila mimo jiné z důvodu, že jsem měla možnost během svých odborných praxí toto zařízení pravidelně navštěvovat a proniknout tedy do jeho každodenního chodu. Klienti trpící Alzheimerovou chorobou jsou nesmírně náročnou cílovou skupinou. Tato nemoc postupně proniká do mozku postiženého a narušuje jeho kognitivní funkce. Člověk začíná zapomínat, je narušena funkce řeči, vnímání a úsudku. Často jsem se setkala se situacemi, kdy pracovnice musely samy zvládat i agresivní a protivné klienty, kteří byli schopni například naschvál vylít jogurt nebo pracovnícím sprostě nadávat. Nástup nemoci je pozvolný, často si jejích počátků ani nelze všimnout, ale v posledních stádiích je postižený zcela odkázán na pomoc druhých a nejlepší volbou se stávají specializovaná zařízení jako právě domov pro seniory v Albrechticích. Faktem je, že Alzheimerova nemoc je jednou z nejčastějších příčin demence, kterou v různých formách trpí přibližně sedm milionů lidí v Evropě.

Komunikace s klientem trpícím tímto onemocněním je velmi náročná a má svá specifika. Pracovník musí být trpělivý a empatický a na svého klienta nijak nespěchat. Důležitou součástí komunikace jsou i neverbální prostředky a fyzický kontakt. V literatuře se můžeme dočíst o třech různých stádiích: lehká demence, střední a těžká. První stádium lehké demence je velmi těžko poznatelné, jedná se počáteční stádium, kdy je postižený stále zcela soběstačný, avšak začínají se projevovat změny jeho osobnosti. Může se jednat například o podezíravost, zapomínání nebo těžké rozhodování. V dalším, tedy středním stádiu se začínají projevovat závažnější příznaky jako například dezorientace časová nebo prostorová a zhoršování paměti. Pokud se někdo ocitá v tomto stádiu, je nemoc už rozeznatelná a jsou přizváni odborníci, kteří jsou schopni onemocnění zcela přesně diagnostikovat, případně postiženého přijmout do specializovaného zařízení, kde mu bude poskytována adekvátní péče. Poslední stádium těžké demence je specifické těžkými poruchami paměti, postižený už sám ani nepoznává své příbuzné a není schopen souvislé komunikace s okolím. V tomto stádiu se začínají objevovat i poruchy pohybové a nemocný často zůstává upoután na lůžku. Bohužel dosud nebyl nalezen žádný lék na toto onemocnění a je možné jeho průběh pouze tlumit různými terapiemi nebo léky.

Klienti trpící touto nemocí potřebují individuální péči a přístup pracovníků, kteří jsou

často vystavování nejrůznějším stresovým situacím. Musejí často rozhodovat dilematické situace a vyrovnávat se s mnoha nepříjemnostmi, což může vést k mnoha různým pocitům. Člověk však často není schopen si naplno uvědomit svoji zranitelnost a je tak ohrožen různými psychickými stavy vyčerpání, marnosti, osamocení a nechuti k práci. Tento stav lze definovat jako syndrom vyhoření. Syndrom vyhoření neboli také burnout syndrom je jakýsi stav člověka, který působí na jeho psychickou i fyzickou stránku. Má mnoho různých projevů- například pocity vyčerpání, fyzická únava, nechuť nebo až odpor k práci, pocity zoufalství, opotřebením, atd. Často se projevuje právě u profesí, kde patří mezi každodenní náplň práce kontakt s lidmi. Jedná se nejen o sociální pracovníky, ale i lékaře, učitele, policisty... První stádium je nazýváno jako období stagnace, kdy prvotní nadšení z něčeho nového opadne a člověk se dostává do každodenní rutiny, která jej nenaplňuje. Stádium stagnace střídá frustrace, kdy se jedinec zamýšlí nad efektivitou práce a ztrácí její smysl a cíle. Třetím stádiem je apatie. Jedná se vlastně o přijímání nutného zla v podobě zajištění potřebné obživy, což vede k pocitům marnosti, odcizení a nakonec i vyhoření. Příznaků počátečních fází syndromu vyhoření je velmi těžké si všimnout, avšak následky mohou být fatální. Důležité je stanovit si priority a pokusit se naučit zvládat stresové a náročné situace.

Právě z důvodu ohrožení sociálních pracovníků syndromem vyhoření je praktická část práce zaměřena na zjištění, jak funguje prevence syndromu vyhoření v zařízení Domov důchodců Albrechtice nad Orlicí. Výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru byl anonymně proveden s deseti různými informanty- zaměstnanci daného zařízení. Hlavní cíl práce je rozdělen na tři dílčí cíle, ke kterým se následně váží jednotlivé otázky. Cíl práce se podařilo naplnit díky zvolené formě polostrukturovaného rozhovoru, který informantům dával dostatečný prostor pro vyjádření, a zároveň i pro doptávání na neúplné odpovědi. Bylo zjištěno, že obecná informovanost o problematice syndromu vyhoření je v daném zařízení na vysoké úrovni. Všichni dotazovaní byli schopni vlastními slovy tento pojem definovat a znali jeho typické příznaky. Bylo také zjištěno, že nikdo z dotazovaných se sám přímo se syndromem vyhoření neseťkal, což bylo často odůvodňováno velikostí zařízení, kde se všichni zaměstnanci mezi sebou znají a mají možnost si předávat informace, zkušenosti a vzájemně si pomáhat a podporovat. Informovanost o možnostech prevence burnout syndromu je v daném zařízení taktéž na vysoké úrovni. Dotazovaní dokázali bez problémů popsat, jak sami zvládají stresové situace a vylíčit své aktivity, které provádí po náročných dnech v zaměstnání. Poslední část rozhovoru byla zaměřena na možnosti prevence syndromu vyhoření v tomto

konkrétním zařízení. Bylo zjištěno, že za základní formu prevence je zde považována komunikace v kolektivu a otevřenost vedoucích pracovníků k připomínkám či diskuzi. Supervizní setkání se bohužel v sobě rozhovorů v zařízení pravidelně nekonala, avšak několikrát byla zmíněna rozjednaná spolupráce s novou firmou zajišťující supervize, což vzhledem k její důležitosti hodnotím kladně a supervizi považuji za velmi důležitou součást nejen profese sociálních pracovníků. Během provádění rozhovorů jsem měla možnost vyslechnout mnoho různých názorů a postojů k syndromu vyhoření a jeho prevenci. Přínosná byla forma zvolené výzkumné strategie, tedy kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru, který mi dával možnost doptat se v případě nejasností a dotazovaným zároveň poskytoval dostatečný prostor pro vyjádření jejich subjektivních názorů a pocitů a získala jsem tedy mnoho užitečných poznatků pro svůj výzkum. Také jsem měla možnost dlouhodobě sledovat dění v tomto speciálním zařízení díky odborným školním praxím a velmi kladně hodnotím práci všech zaměstnanců, kteří mají za úkol každodenní péči o klienty s Alzheimerovou demencí. Tato cílová skupina je nesmírně náročná a zátěž, se kterou se musí pracovníci vypořádat je obrovská. Je tedy důležité neopomíjet prevenci syndromu vyhoření, který obrazně řečeno číhá za každým rohem.

Teoretická část zabývající se Alzheimerovou nemocí může sloužit každému čtenáři, jako zdroj užitečných informací, neboť je obecně známo, že populace stárne a prvotní příznaky této nemoci jsou takřka nerozeznatelné. Vysoká informovanost o této problematice může napomoci včasnému rozeznání těchto prvních příznaků a pomoci ve zmírnění dalšího postupu nemoci. Jak ji bylo řečeno, je důležité postup onemocnění zachytit co nejdříve a postarat se o takto postiženého člověka, případně nasadit potřebné medikamenty a terapie. Část práce věnovaná teorii týkající se syndromu vyhoření může být využitelná pro všechny, kteří se ve svém zaměstnání potýkají se stresovými situacemi a jsou tedy ohroženi potencionálním rozvojem burnout syndromu. Poznátky získané v této práci mohou být taktéž využitelné jako zpětná vazba pro toto dané zařízení a mohou napomoci k dalšímu rozvoji preventivních aktivit pořádaných tímto zařízením, které jsou při výkonu takto náročného zaměstnání velice důležité.

Použitá literatura

- BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Praha : Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3
- CALLONE, Patricia. *Alzheimerova nemoc*. Praha: Grada, 2008. 120 s. ISBN 978-80-247-2320-4
- ČELEDOVÁ, Libuše. PTÁČEK, Radek. *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Praha: Karolinum, 2011. 118 s. ISBN 978-80-246-1998-9
- ČTVRTEČKA, Vladimír, a kol. *Albrechtice nad Orlicí*. Vyd. 1. Albrechtice nad Orlicí, 2004. 317 s. ISBN 80-239-3498-8
- HARSS, Claudia. MAIER, Karin. *Stres, cena úspěchu? Vimperk: Tina, 1994. 178 s. ISBN 80-85618-15-X*
- HARVEY, Christine. *Umění motivovat- cesta k úspěchu*. Praha: Informatorium, 1992. 109 s. ISBN 80-85427-23-0
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 1. Praha: Panorama, 1990. 368 s. ISBN 80-7038-158-2
- HAVRDOVÁ, Zuzana. HAJNÝ Martin. *Praktická supervize*. Praha: Galén, 2008. 213 s. ISBN 9788072625321
- HAWKINS, Peter. SHOHET, Robin. *Supervize v pomáhajících profesích*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004. 216 s. ISBN 80-7178-715-9
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum : základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4
- HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Vyd. 1. Praha: EV public relations, 2007. 301 s. ISBN 978-80-254-0177-4
- IRMIŠ, Felix. *Nauč se zvládat stres*. Vyd. 1. Praha: Alternativa, 1996. 190 s. ISBN 80-85993-02-3

- IRMIŠ, Felix. *Spiritualita a etika v psychosomaické medicíně-biopsychosociospirituální vztahy*. Časopis lékařů českých. 2015. 115-120 s. ISSN 0008-7335
- JANEČKOVÁ, Hana. VACKOVÁ, Marie. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. 152 s. ISBN 978-80-7367-581-3
- JIRÁK, Roman. HOLMEROVÁ, Iva. BORZOVÁ, Claudia a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6
- KALVACH, Zdeněk. ZADÁK, Zdeněk. JIRÁK, Roman. ZAVÁZALOVÁ, Helena a kol. *Geriatric a Gerontologie*. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6
- KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál, 2007. 139 s. ISBN 978-80-7367-299-7
- KEBZA, Vladimír. ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření - Funkční duševní porucha (Informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. Praha: Státní zdravotní ústav. 1998. 23 s. ISBN 8070710993
- KEEFFE, John. *Týden pro osobní úspěch*. Praha: Talpress. 1995. 106 s. ISBN 80-85609-85-1
- KLEVETOVÁ, Dana. DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-802-4721-699
- KNOBLAUCH, Jörg. *Cíle v pracovním i osobním životě*. Praha: Portál. 2013. 192 s. ISBN 978-80-262-0346-9
- KOLDÍNSKÝ, Libor et al. *Týniště nadOrlicí: město v lesích, historie města slovem i obrazem*. Vyd. 1. Vamberk: město Týniště nad Orlicí, 2002. 312 s. ISBN 80-239- 0978-9
- KOUKOLÍK, František. JIRÁK, Roman. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, 1998. 234 s. ISBN 80-7169-615-3

- KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*, Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998. 136 s. ISBN 80-7169-551-3
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. 190 s. ISBN 8071691216
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4
- MAREŠ, Jiří. *Pozitivní aspekty stáří: senioři a humor*. Časopis lékařů českých, 2015. 66-71 s. ISSN 0008-7335
- MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 151 s. ISBN 978-80-262-0180-9
- MERG, Klaus. KNÖDEL, Torsten. *Jak přežít v práci*. Vyd. 1. Brno: Computerpress, 2007. 145 s. ISBN 978-80-251-1723-1
- PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1990. 135 s. ISBN 80-201-0076-8
- REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 120 s. ISBN 978-80-262-0010-9
- RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999. 86 s. ISBN 80-7169-828-8
- RUSH, Myron. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2003. 130 s. ISBN 80-7255-074-8
- RYDVALOVÁ, Renata. JUNOVÁ, Blanka. *Jak sladit práci a rodinu*. Praha: Grada, 2011. 152 s. ISBN 978-80-247-3578-8
- SCHAUFELI, Wilmar. MASLACH, Christina. MAREK, Tadeusz. *Professional burnout: Recent Developments in Theory and Reseach*. London: Routledge, 2017. 312 s. ISBN 1351854739

STRAUSS, Anselm. CORBINOVA, Juliet. *Základy Kvalitativního výzkumu*. Brno: Albert, 1999. 196 s. ISBN 80-85834-60-X

STUART-HAMILTON, Ian. *Introduction to the psychology of ageing for non-specialists*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2014. 240 s. ISBN 1849053634

ŠIPR, Květoslav, *Jak zdravě stárnout*. Vyd. 1. Rosice u Brna: Gloria, 1997. 118 s. ISBN 80-901834-1-7

VACKOVÁ, Marie. *Geriatrické centrum Týniště nad Orlicí a ostatní služby pro seniory na Kostelecku*. Kostelec nad Orlicí, 2010. 69 s.

WOLF, Josef a kol. *Umění žít a stárnout*. Vyd. 1. Praha : Svoboda, 1982. 368 s. ISBN 25-124-82

Internetové zdroje

Česká Alzheimerovská společnost [online]. 2015 [cit.2017-11-23]. *Co je to Alzheimerova nemoc?* Dostupné z <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/>

Domov důchodců Albrechtice nad Orlicí [online]. 2017 [cit.2017-12-13]. *Současnost* Dostupné z <http://www.ddalbrechtice.cz/soucasnost/>

Seznam tabulek

| | |
|--|----|
| Tabulka č.1 Stupnice celkové deteriorace | 19 |
| Tabulka č.2: Transformační tabulka | 50 |

Seznam příloh

| | |
|---|-----|
| Příloha č.1: Přepis rozhovoru s informantkou I1 | III |
|---|-----|

Příloha č.1: Přepis rozhovoru s informantkou I1

1. Jak byste definoval/a syndrom vyhoření?

„Nooo, to je těžké říci. Myslím si, že je to něco jako stav, kdy jste prostě bez energie, zažíváte stavy nespokojenosti v práci a máte toho plné zuby. Práci si v hlavě nosíte domů a neodpočínáte si od toho. Pak už to může dopadnout i tak, že skončíte a jdete pracovat úplně někam jinam, prostě to nedáte. Měli jsme tu lidi, co odešli do automobilky.“

2. Jaké jsou podle Vás příznaky syndromu vyhoření?

„Měli jsme tu zaměstnankyni, která byla podle mě ukázkovým příkladem syndromu vyhoření. Měla té práce plné zuby, byla vzteklá a i na klienty nepříjemná, protivná, nebavilo ji to. Klienti jí dost lezli na nervy. Nakonec se to vyřešilo samo a ona otěhotněla a odešla na mateřskou. Jinak ještě to je taková fakt celková nechut' k práci. Do práce se netěšíte a myslíte na to i doma. Já jsem třeba akční osoba, nevadí mi hodně práce, alespoň to víc uteče, ale skupina klientů s Alzheimerem je fakt těžká, ta práce je složitá, takže někdo kdo na to nemá tu odolnost, to nemusí zvládnout. Ale tak za to nemůže, žejo, někdo zase nemůže pracovat třeba s postiženými.“

3. Setkala jste se někdy se syndromem vyhoření?

„Asi jenom u té kolegyně, jinak já osobně jsem syndromem vyhoření naštěstí netrpěla, ale měla jsem už na krajičku. Byl to stav, kdy byly v létě dovolené a málo personálu. Někdo, se hodil třeba marod, někdo měl dovču. Musela jsem i holky odvolávat z dovolených, a to se samozřejmě odrazilo. Kupa lidí odešla za lepším, třeba do automobilky nebo i právě na tu mateřskou. Takže byl nedostatek lidí tady. Chodila jsem domů otrávená a celkově jsem měla občas k práci i odpor. Z dovolené jsem se vracela pak neodpočatá, pořád jsem na to myslela. Naštěstí se to pak vyřešilo příjmem nových brigádnic a i holky dostaly zaplacené přesčasy. To byla pro ně taky motivace a dalo se to tady do kupy. Ředitel mi vyšel dost vstříc a to mi pomohlo.“

DÍLČÍ CÍL 2: Zjistit, jak jsou pracovníci v tomto zařízení informováni o prevenci syndromu vyhoření.

4. Jaké jsou podle Vás možnosti prevence syndromu vyhoření?

„Aktivity kde vypustíte, vyčistíte si hlavu. Taky si myslím, že je hrozně důležitá věc o tom mluvit, s kýmkoli. Nejlepší jasně, že s někým kdo o tom něco ví, o té práci. Třeba s nadřízeným nebo s týmem. K tomu je dobrá supervize, ale někdo na to prostě není a jenom sedí, mlčí a kouká. To jsem taky zažila, ale jsou i lidi, kterým to pomůže. Je to fajn v malých zařízeních, kde se všichni znají a můžou si předávat informace a prostě všechno vědí i o klientech. Já nemám ráda taková ta zařízení kde je třeba 300 klientů a personál se vlastně ani nezná mezi sebou. Já tady znám fakt všechny holky i klienty.“

5. Jak Vy sama zvládáte náročné situace?

„Tady je super, že se fakt všichni známe a já můžu jít i za ředitelem s problémy a on se mi snaží pomoci. Třeba jak jsem už říkala o tom nedostatku personálu, tak mi hrozně pomohlo, že přijal ty brigádnice, to my tu obvykle moc nebereme, stojí to peníze navíc. Ale šlo to, ta situace se tím vyřešila. Nebo taky to přidání za přesčasy, holky to motivovalo a ono se pak pracuje líp, když víte, že za to dostanete koruny navíc. S každým se tady snažím vycházet i jim vycházet vstříc, takže nemáme nějaké spory v kolektivu. Jinak taky mi to pomáhají zvládat doma, rodina. Když mám problém, tak o tom mluvím a nedusím to v sobě.“

6. Co děláte pro svoji regeneraci, když máte za sebou náročný den?

„Já chodím třeba běhat nebo do fitka, u toho se odreaguju. Mám taky čtyřletého vnoučka, jsem už babička, takže ráda trávím čas s ním. Jezdíme na výlety a hrajeme si, jsem ráda, že ho mám.“

DÍLČÍ CÍL 3: Zjistit, jakým způsobem je v tomto zařízení realizována prevence syndromu vyhoření s konkrétním zaměřením na supervizi

7. Jaké máte možnosti prevence syndromu vyhoření na Vašem pracovišti?

„U nás je základem prevence to mluvení, komunikace mezi sebou. Každý den máme poradu a tam můžeme řešit a mluvit. Důležitá je tam ta odvaha promluvit no. Taky si myslím, že tady máme skvělé i fyzické zázemí, když to porovnáme třeba s jinými zařízeními, tak tady, když to tak řeknu, tak to máme fakt vymakaný. Holky jezdí na exkurze do jiných zařízení a tam ty rozdíly vidí. Máme speciálně upravené třeba vany, jinde mají koupací lůžka a klienti se tam myjí v 5 nebo 10 centimetrech vody. To tady neexistuje, to zařízení máme moderní a je tu čisto. Ještě teda jak jsem říkala, tak jsme

malé zařízení a všichni se známe. Myslím si, že je to hodně o velikosti zařízení. Jinak si taky myslím, že jsou zaměstnanci spokojeni i s finančním ohodnocením.“

8. Co si představíte pod pojmem „supervize“?

„Supervize, no jak ti říct, jak ji definovat. Asi nějaká kolektivní nebo skupinová činnost, kdy se zaměstnanci sejdou a můžou řešit to, co se jim nelíbí, s čím mají problém. Můžou tam promluvit, ale většinou neřeknou všechno. Já mám takovou zkušenost, že někteří ani nechtějí chodit. Kdo chce, tak má jinací přístup než ten, kdo tam jde vyloženě z povinnosti a tu hodinku a půl si tam prostě odsedí a mlčí. Za mě supervize super, někteří to tak neberou. Zažila jsem i supervize, kde to ty lidi bavilo a seděla jsem tam třeba 3 hodiny s nima, to je hrozně individuální.“

9. Máte možnost účastnit se supervizí na Vašem pracovišti, pokud ano, jak byste popsala průběh?

„ My jsme tady supervizi rok neměli, ale máme rozjednanou novou firmu, která sem bude pravidelně dojíždět. Tak uvidíme, jak se k tomu holky postaví a jak se jim to bude líbit. Třeba nám to pomůže, já si myslím, že supervize důležitá je a není to jenom ztráta času, takže uvidíme.“

10. Jak celkově hodnotíte prevenci syndromu vyhoření ve Vašem zaměstnání?

„Celkově si myslím, že tady u nás se syndromu vyhoření docela vyhýbáme. Kolektiv je super a vlastně i kraj nám na příští rok přidal dvě nové pracovnice, takže se i holkám uleví. Myslím si, že v tomhle směru tady fungujeme dobře. I já jako vedoucí se snažím být ke všem otevřená a udržovat ty vztahy. Ať vědí, že zamnou můžou přijít, když bude problém. Fakt se mezi sebou známe všichni. Jasně, že někdo je odolnější a někdo tolik ne, ale zvládáme to tady. Klienti s Alzheimerem jsou těžká cílovka, to si můžete i vy sama všimnout, asi na to musíte mít i povahu a nějakou psychickou odolnost.“