

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

LUCIE HOLMANOVÁ

III. ročník – prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika se zaměřením na dramaterapii

SYNDROM VYHOŘENÍ V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Marie Chrástová

OLOMOUC 2011

Prohlášení

Čestně prohlašuji, že jsem zde předloženou bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. et Mgr. Marii Chráskové za ochotu, rady a odborné vedení mé bakalářské práce.

Děkuji také všem zařízením, která mi poskytla informace pro zpracování praktické části.

Lucie Holmanová

Obsah

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Syndrom vyhoření a příčiny jeho vzniku	7
1.1 Historie a definice	7
1.2 Příčiny	9
1.2.1 Rizikové faktory	9
1.2.2 Rizikové profese	10
1.2.3 Zátěžové situace	10
2 Průběh syndromu vyhoření	13
2.1 Příznaky	13
2.1.1 Psychické příznaky	13
2.1.2 Tělesné příznaky	13
2.1.3 Sociální vztahy	13
2.2 Fáze	14
2.3 Ovlivnění vztahů	15
3 Zvládání a předcházení syndromu vyhoření	16
3.1 Prevence	16
3.1.1 Interní individuální možnosti prevence	16
3.1.2 Externí vlivy v prevenci a zvládání	17
3.1.3 Duševní hygiena a zvládání stresu	18
3.1.4 Supervize	19
3.2 Diagnostika	20
3.2.1 Orientační dotazník	20
3.2.2 Burnout Measure dotazník	21
3.2.3 Maslach Burnout Inventory	21
3.3 Zvládání	21
3.3.1 Úloha zaměstnavatele	21
3.3.2 Působení víry na naše zdraví	22
3.3.3 Psychoterapie	22
4 Hospicová péče	24
4.1 Cíle hospicové péče	24
4.2 Historie	24
4.3 Paliativní péče	25

4.3.1	Časové hledisko hospicové péče	25
4.4	Formy péče	26
4.4.1	Domácí péče	26
4.4.2	Lůžková péče	26
4.4.3	Stacionární péče	27
4.5	Prostory hospicových zařízení.....	27
4.6	Pracovníci hospicových zařízení	28
4.6.1	Komunikace	28
4.6.2	Prevence syndromu vyhoření.....	28
5	Domovy pro seniory	30
5.1	Klienti	30
5.2	Pracovníci domova pro seniory	30
PRAKTICKÁ ČÁST.....		32
6	Cíl a metody výzkumného šetření	32
6.1	Vymezení výzkumného cíle	32
6.2	Stanovení výzkumných problémů	32
6.3	Stanovení výzkumných předpokladů	32
6.4	Výzkumný vzorek	32
6.5	Metoda sběru dat	34
7	Zpracování dotazníků	35
7.1	Analýza získaných dat	35
7.2	Test indikace vyhořívání	45
8	Diskuze.....	49
ZÁVĚR		50
Seznam literatury		51
Elektronické zdroje		52
Seznam příloh.....		53
ANOTACE		

ÚVOD

Téma syndromu vyhoření je již mnohokrát zpracováno, ovšem přesto stále neztrácí na své důležitosti. V dnešní době je kladen velký důraz na výkon a vyžaduje se, aby ho lidé podávali nejen v zaměstnání, ale i doma. Často se klade důraz na pracovní výsledek a opomíjí se psychohygienu. Někteří zaměstnanci vydávají nadměrné úsilí z vlastní vůle, ale někteří z nutnosti neboť se v dnešní době zvýšené nezaměstnanosti snaží nepřijít o práci. Příčinou vyhoření bývají také velké ideály, které narazí na realitu.

Velmi ohroženou skupinou jsou pracovníci v pomáhajících profesích, kteří přicházejí do intenzivního kontaktu s klienty a snaží se jim pomoci zvládnout obtížné situace. Dávají svou energii a péči jiným lidem a často zapomínají sami na sebe. Z této skupiny pomáhajících profesí jsem si pro svou práci vybrala zaměstnance domovů pro seniory a hospiců. Práce v těchto zařízeních je poměrně psychicky náročná. Setkávají se s lidmi, jež jsou na konci své životní cesty. Stárnutí se projevuje na jejich fyzické i psychické stránce a cílem bývá smíření se s touto situací nikoliv její překonání.

Cílem mé práce je zjistit nakolik jsou pracovníci těchto zařízení v ohrožení vyhoření, znají-li prevenci a které okolnosti, jako délka praxe či víra, mají vliv na náchylnost k vyhoření. V teoretické části své práce shromažďuji pomocí odborné literatury poznatky o syndromu vyhoření, jeho příčinách, příznacích, fázích i průběhu. Dále informace o způsobu diagnostiky, možnostech prevence a zvládání. Také se věnuji hospicové péči, jejím cílům a formám, a nakonec klientele a pracovníkům domovů pro seniory. V praktické části si stanovuji cíle a pomocí dotazníkového šetření se snažím vyzkoumat reálnou situaci mezi zaměstnanci těchto zařízení.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část je rozdělena do pěti kapitol a několika podkapitol. První kapitola se věnuje syndromu vyhoření, jeho možným příčinám a vzniku, druhá zase projevům a průběhu, třetí prevenci, diagnostice a je zmíněna i možnosti intervence. Čtvrtá kapitola je zaměřena na hospicovou péči a pátá na domovy pro seniory.

1 Syndrom vyhoření a příčiny jeho vzniku

1.1 Historie a definice

Jak uvádí Křivohlavý¹, syndrom vyhoření „*byl původně spojován se stavem alkoholiků, kteří kromě alkoholu o vše ostatní ztratili zájem. Později se tento pojem rozšířil i pro oblast drogových závislostí, kde toxikomani ztráceli zájem o cokoli jiného mimo drogu, svět se jim zúžil jen na tuto oblast. Postupně pronikal i do jiných oblastí, předcházet například i pojmu workoholik, který vypovídá o stavu přepracovanosti, lidé se cítí apatičtí, vyčerpaní, nedokáží překonávat běžné překážky a začínají se stranit ostatních. Stav, který pojem burn-out popisuje, je však známý a vyskytuje se odnepaměti. V krásné literatuře lze najít nejrůznější zmínky, které souvisejí s tímto stavem naprosté vyčerpanosti a neschopnosti pokračovat dál v původní profesi nebo činnosti související s mezilidským kontaktem.*“ Podle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí patří syndrom vyhoření do kategorie Z 73. Pojem „*burn out*“ použil poprvé H. J. Freudenberg roku 1974 v časopise „*Journal of Social Issues*“.² Význam tohoto názvu vysvětlují Kebza a Šolcová.³ „*Jde svým způsobem o velmi výstižnou metaforu: anglické sloveso „to burn“ znamená hořet, ve spojení „burnout“ pak dohořet, vyhořet, vyhasnout. Původní silně hořící oheň, symbolizující v psychologické rovině vysokou motivaci, zájem, aktivitu a nasazení, přechází u člověka stíženého příznaky syndromu vyhoření do dohořívání a vyhaslosti: kde nic není, tj. kde již není materiál, který by živil hořící oheň, nemá již dál co hořet.*“ Největší vlna zájmu o syndrom vyhoření proběhla na přelomu 70. a 80. let 20. století, kdy bylo

¹ KŘIVOHLAVÝ J., 1998 in JEKLOVÁ M., REITMAYEROVÁ E., *Syndrom vyhoření*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. s. 6.

² KEBZA V., ŠOLCOVÁ I. Přehledové studie. In *Československá psychologie*, ročník XLII, č. 5, r. 1987, s. 222.

³ KEBZA V., ŠOLCOVÁ I. *Syndrom vyhoření*. Praha : SZÚ, 2003, s. 3.

provedeno 207 studií z psychologického i medicínského pohledu.⁴ Tyto a další studie se zabývají stavy celkového a psychického vyčerpání, projevujícího se v oblasti kognitivních funkcí, motivace i emocí a zasahujícího i ovlivňujícího postoje, názory, či výkonnost a tedy celé vzorce hlavně profesionálního chování.⁵

Jedná se o stav psychického i fyzického vyčerpání, který nastává po dlouhotrvajícím stresu. Jde o „vyplenění všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka (např. lidí, kteří se snaží druhým lidem pomoci v jejich těžkostech a pak se cítí sami přemoženi jejich problémy)“.⁶

Existuje celá řada definic syndromu vyhoření, ovšem, jak zmiňuje Křivohlavý⁷ některé znaky, a charakteristiky mají společné.

„1. Je uváděna řada negativních emocionálních příznaků - charakteristických např. pro stav emocionálního vyčerpání, únavy, deprese atp.

2. Důraz je kladen na příznaky a chování lidí, více než na fyzické (tělesné) příznaky burnout.

3. Burnout je uváděn vždy v souvislosti s výkonem určitého povolání.

4. Příznaky burnout se vyskytují u jinak psychicky zcela zdravých lidí, tj. nejde o psychologicky nenormální osobnosti (psychopaty).

5. Snížená výkonnost (nižší efektivita práce) při burnout souvisí úzce s negativními postoji a z nich vyplývajícího chování a ne s nižší kompetencí či z nižších pracovních schopností a dovedností.“

Podle Kebzy a Šolcové⁸ se většina pojetí shoduje i v dalších bodech.

„1. Jde především o psychický stav, prožitek vyčerpání.

2. Vyskytuje se zvl. U profesí, obsahujících jako podstatnou složku pracovní náplně „práci s lidmi“.

3. Tvoří jej řada symptomů především v oblasti psychické, částečně však též v oblasti fyzické a sociální.

4. Klíčovou složkou syndromu je zřejmě emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a opotřebení a často i celková únava.

5. Všechny hlavní složky tohoto syndromu resultují z chronického stresu.“

⁴ KEBZA V., ŠOLCOVÁ I. Přehledové studie. In *Československá psychologie*, ročník XLII, č. 5, r. 1987

⁵ KEBZA V., ŠOLCOVÁ I. *Syndrom vyhoření*, 2003

⁶ FREUDENBERGER in KŘIVOHLAVÝ J. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998., s. 47.

⁷ KŘIVOHLAVÝ J. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998. s. 50-51.

⁸ KEBZA V., ŠOLCOVÁ I. *Syndrom vyhoření*. Praha : SZÚ, 2003. s. 7.

1.2 Příčiny

Příčinami syndromu vyhoření bývá chronický stres, zátěžové situace, osobnostní predispozice i vykonávání některé z rizikových profesí.

1.2.1 Rizikové faktory

Rizikovými faktory pro vznik syndromu vyhoření mohou být určité profese i mnoho dalších faktorů, které můžeme rozdělit, jak uvádějí Jeklová s Reitmayerovou⁹ na vnější a vnitřní. „*Vnější faktory se týkají situace a kontextu, v němž se ohrožený jedinec nachází. Jedná se o podmínky v zaměstnání, v organizaci, kde pracuje, o situaci v osobním životě jedince, jeho rodinu a širší příbuzenský okruh a v neposlední řadě i o společnost, v níž žijeme, a podmínky, které na nás každodenně klade. Vnitřními faktory pak můžeme nazývat různé osobnostní charakteristiky daného člověka, které podporují vznik vyhoření, dále pak stav organismu, především fyzický stav, a následně i způsoby chování a reagování v různých situacích, které jedinec používá.*“ Podle Jeklové a Reitmayerové se vnější faktory týkají podmínek a vztahů v zaměstnání a organizaci práce, rodině a společnosti. Vnitřními rizikovými faktory pak je přílišné nadšení pro práci, tendence srovnávat se s druhými a soutěžit, malé sebehodnocení a přehnané vnímání neúspěchu, nepravidelný biorytmus dne, snaha udělat si vše sám, neschopnost říci ne, nezvládání konfliktů, absence odpočinku a relaxace, velká odpovědnost, velké nároky na sebe sama a přílišná pečlivost.¹⁰

Je otázkou, zda je riziko syndromu vyhoření vyšší pro ženy nebo muže. K tomuto tématu se vyjadřují Kebza a Šolcová¹¹. „*Z hlediska intersexuálních diferencí nejsou názory na výskyt vyhoření jednotné: zvl. V publikacích z první vlny výzkumů bucnout syndromu v osmdesátých letech se setkáváme s názorem, že výskyt vyhoření je častější u žen (někdy je udáván dokonce až dvojnásobně vyšší), v dalších studiích se objevují i vyrovnanější výsledky. Tyto nesrovnalosti jsou pravděpodobně alespoň částečně ovlivněny mj. i demografickými parametry populačních vzorků (řada výzkumů je prováděna na typicky feminizovaných profesních skupinách, jako jsou zdravotní sestry, učitelky, lékařky atd.).*“

⁹ JEKLOVÁ M., REITMAYEROVÁ E. *Syndrom vyhoření*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. s. 15.

¹⁰ JEKLOVÁ M., REITMAYEROVÁ E. *Syndrom vyhoření*, 2006

¹¹ KEBZA V., ŠOLCOVÁ I. *Syndrom vyhoření*. Praha : SZÚ, 2003. s. 17.

1.2.2 Rizikové profese

Podle dosud známých studií lze určit profese, u kterých se za určitých okolností dá předpokládat vznik syndromu vyhoření. Kebza a Šolcová¹² uvádějí, že k těmto profesím patří pracovníci ze zdravotnictví, lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelé, psychologové, psychoterapeuti, sociální pracovníci, učitelé, pracovníci pošt, dispečeri záchranné služby, policisté (hlavně kriminalisté), advokáti, dozorcí ve věznicích, funkcionáři z oblasti státní správy, sportu či umění také politici a manažeři. Dále úředníci v bankách, v kritických situacích příslušníci ozbrojených sil a také duchovní a řádové sestry, špičkoví sportovci, umělci i pojišťovací a reklamní agenti. Jde o osoby závislé na hodnocení jiných lidí, které jsou vystavovány chronickému stresu. *„Původně převažovala představa, že určující charakteristikou pracovní činnosti, která může vést k vyhoření, je především práce s lidmi. Nyní se spíše zdá, že tuto základní charakteristiku je třeba kromě kontaktu s lidmi, jenž nemusí mít vždy zcela profesionální ráz, doplnit též o trvalý a nekompromisně prosazovaný požadavek na vysoký, nekolísající výkon, který je pokládán za standard, s malou či žádnou možností úlevy, odchylek, vysazení, a se závažnými důsledky v případě chyb a omylů.“*¹³

1.2.3 Zátěžové situace

Jsou chvíle, které zkoušejí naši odolnost, Jeklová a Reitmayerová¹⁴ je nazývají zátěžovými situacemi. Tyto situace velmi ovlivňují jak vývoje i vznik syndromu vyhoření a jsou často jednou z hlavních příčin. Mnohokrát způsobí narušení psychické rovnováhy, které může být dočasné, částečné nebo trvalé. Porušení se projevuje změněným prožíváním, uvažováním a v neposlední řadě i chováním. Zátěžové situace mohou být příčinou nejen syndromu vyhoření ale i psychických poruch či dalších potíží. Křivohlavý¹⁵ je popisuje podobně. *“V životě se může stát, že po delším poměrně klidném úseku života se najednou před námi objeví překážka, která se nám zdá být nepřekonatelnou. To, co jsme doposud zvládali bez problémů, se najednou nedá zvládat takovým způsobem, jak jsme byli zvyklí. To jsou chvíle, kdy mobilizujeme všechny síly a rezervy. Dostáváme se do stresu.“*

¹² KEBZA V., ŠOLCOVÁ I. *Syndrom vyhoření*, 2003

¹³ KEBZA V., ŠOLCOVÁ I. *Syndrom vyhoření*, Praha : SZÚ, 2003. s. 8-9.

¹⁴ JEKLOVÁ M., REITMAYEROVÁ E. *Syndrom vyhoření*, 2006

¹⁵ KŘIVOHLAVÝ J. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998. s. 26.

1.2.3.1 Stres

Jak je možné dočíst se u Krivohlavého¹⁶, stres příčinou syndromu vyhoření bývá neodvolatelná součást zátěžových situací stres. Je to vztah mezi dvěma silami působící na sebe protikladně. Tyto dvě síly jsou vnímány subjektivně. Co zdá jednomu velmi těžké jinému se to tak neúnosné zdát nemusí. Na jedné straně je souhrn faktorů, které zatěžují tzv. s t r e s o r ů působících negativně. Na druhé straně je souhrn schopností pro obranu a zvládání těžkých situací tzv. s a l u t o r ů. Pokud jsou tyto síly v rovnováze nebo pokud převažují salutory, je to v pořádku. Převažují-li ale stresory, nastává stres. Jestliže nepoměr s převahou stresorů překročí zvládnutelnou hranici, mluví se o distresu, což je stres, který působí patologicky. Když se člověk pohybuje v situacích a místech vyvolávajících distres, hrozí mu nebezpečí psychického vyhoření.

1.2.3.2 Frustrace

Pokud o něco usilujeme, máme i konkrétní představy o tom, jak to bude vypadat, až práci dokončíme. Nemyslíme pouze očekávání finanční odměny za vykonané úsilí, přestože i o tu jde. Obecně očekáváme - např. společenského uznání, uznání naší práce a námahy ostatními lidmi, o vyjádření jiných lidí k tomu, co jsme vykonali atp.

Jestliže obdržíme kladného ocenění, nazýváme to s a t i a c í (uspokojením). Neobdržíme-li toto pozitivní ocenění, nazýváme to f r u s t r a c í (neuspokojením). To, co si jeden může, vykládáme jako výhru, může druhý subjektivně vnímat jako prohru. Navíc nesmíme zapomínat, že se tyto zážitky frustrace - zklamaných očekávání mohou v člověku hromadit a sčítat.¹⁷

1.2.3.3 Konflikty

Kazuistiky případů burnout syndromu dokazují, že dříve než došlo k psychickému vyhoření vyskytly se v okolí postiženého (a to v rodině, pracovišti nebo v zájmových činnostech) špatné vzájemné vztahy mezi jedinci. Tyto případy se prokazovaly výskytem nízké míry vzájemné úcty (respektu), malou míry evalvace (kladného hodnocení), přílišnými projevy devalvace (ponižování, urážení, snižování kladné hodnoty jiných), chybějící vzájemnou důvěrou a výskytem malého množství důvěryhodnosti v mezilidském jednání. Opětovně šlo o přehnané a patologické projevy touhy po moci a nadvlády.

¹⁶ KŘIVOHLAVÝ J. *Jak neztratit nadšení.*, 1998

¹⁷ KŘIVOHLAVÝ J. *Jak neztratit nadšení.*, 1998

Špatnými vztahy mezi lidmi nazýváme situace, kdy se lehce dávají sliby, ale nedochází k jejich plnění, kdy schází respekt k lidské důstojnosti, a nedodržují se nejzákladnější etické normy lidského soužití.¹⁸

1.2.3.4 Emocionální zátěž

Mezi další faktory způsobující zátěžové situace, které mohou vést k syndromu vyhoření, přidává Křivohlavý¹⁹ emocionální zátěž. Prostředím podporujícím psychické vyhoření je takové, kde se dává příliš velký důraz na kladné emocionální vztahy mezi jedinci např. u lékařů a zdravotních sester, pracovníků sociální služby i policistů a úředníků. Všech, kteří opětovně přicházejí do bezprostředního osobního styku s klienty. Není však výjimkou, že klient přichází v opačném emocionálním stavu např. k zubnímu lékaři. K zaměstnancům sociálních se klienti nezdědka chovají hrubě. Stejně tak k policistům či zaměstnancům vězeňské služby.

¹⁸ KŘIVOHLAVÝ J. *Jak neztratit nadšení.*, 1998

¹⁹ KŘIVOHLAVÝ J. *Jak neztratit nadšení.*, 1998

2 Průběh syndromu vyhoření

Tato kapitola vychází z odborné literatury, která se zabývá příznaky a fázemi burnout syndromu a jeho vlivem na vztahy vyhořelého k sobě samému i jiným lidem.

2.1 Příznaky

Tošnerová a Tošner²⁰ rozdělují příznaky syndromu podle toho, zda se projevují na psychické, fyzické či sociální úrovni.

2.1.1 Psychické příznaky

Psychické příznaky se projevují v kognitivní i emocionální rovině. V poznávací to je především ztrátou nadšení, pracovního nasazení a zodpovědnosti. Demonstrují se také nechutí a lhostejnost k práci i negativním postojem k sobě, práci, společnosti a životu. Může nastat únik do fantazie, časté jsou potíže se soustředěním a zapomínání. V emocionální rovině se příznaky demonstrují hlavně sklíčeností, pocity bezmoci a popudlivost. Ty mohou vést k agresivitě, nespokojenost a pocitům nedostatku uznání.

2.1.2 Tělesné příznaky

Fyzické příznaky jsou charakteristické poruchami spánku, chuti k jídlu, náchylností k nemocím a vegetativními obtížemi (především srdce, dýchání, zažívání). Objevuje se rychlá unavitelnost a vysoký krevní tlak.

2.1.3 Sociální vztahy

V sociálních vztazích ubývá angažovanosti, schází snaha pomáhat klientům. Jedinec se snaží omezit kontakt s klienty i s kolegy. Zvyšuje se množství konfliktů v soukromí.

Rush²¹ uvádí, že u věřících lidí, kteří vyznávají křesťanskou víru se vyskytují i příznaky v oblasti duchovní. U těchto lidí dochází k duchovní otupělosti, nedokáží se modlit ani provádět jiné duchovní činnosti. Věří, že tím, kdo může za jejich problémy je Bůh. Pokud obviňují Boha, přičí se jim víra a začínají se stranit jiných věřících lidí.

²⁰ TOŠNEROVÁ T., TOŠNER J. *Burn-out syndrom/Syndrom vyhoření. Pracovní sešit pro účastníky kursů.*, 2002

²¹ RUSH MYRON D. *Syndrom vyhoření.*, 2003

2.2 Fáze

Kebza a Šolcová²² píšou, že existuje několik přístupů pro stanovení fází vývoje burnout syndromu. Často se zmiňuje fáze původního zapálení pro věc, která přechází v prozření a vystřízlivění. Jedinec zjišťuje, že jeho ideály není možno plně realizovat. Přichází fáze první frustrace a zklamání danou situací nebo celým zaměstnáním. Člověk začíná negativně vnímat osoby, jejichž hodnocení je pro něj důležité. Následně přichází apatie a nastává plná hostilita ke klientům, a veškerým věcem souvisejícím se zaměstnáním. V poslední fázi nastává úplné vyhoření a vyčerpání spojené s cynismem a odosobněním. Tošnerová a Tošner²³ uvádějí, že proces vedoucí k vyhoření trvá několik měsíců i let a jeho fáze mohou probíhat různě dlouhou dobu.

Křivohlavý²⁴ uvádí jedno z pojetí vývoje burnout syndromu vytvořené Ch. Maslachovou.

„1. Idealistické nadšení a přetěžování.

2. Emocionální a fyzické vyčerpání.

3. Dehumanizace druhých lidí jako obrany před vyhořením.

4. Terminální stadium: stavění se proti všem a proti všemu a objevení se syndromu burnout v celé jeho pestrosti („sesypání se“ a vyhoření všech zdrojů energie). Obdobné členění stadií procesu burnout je možno nalézt i u Karamana(1994), Burische (1989) a Laengle (1997).“

Dalším dělením, které Křivohlavý²⁵ uvádí je členění A. Laengleho, představitele logoterapie a existenciální psychoterapie.

Fáze, nadšení – člověk má cíl, jeho činnost i život je smysluplný, neboť usnadňuje cestu k vytyčenému cíli.

Fáze, utilitární zájem – člověk už není motivován cílem, ale prostředky, které za svou činnost získává (peníze), ačkoliv není tím, kým chtěl být a nedosahuje toho, čeho chtěl, setrvává ve stejné profesi.

Fáze, „život v popeli“ – člověk ztrácí úctu ke klientům a ostatním lidem, ztrácí respekt k ostatním a úctu k sobě samému, neváží si vlastní snahy a ztrácí smysl života.

²² KEBZA V., ŠOLCOVÁ I. *Syndrom vyhoření.*, 2003

²³ TOŠNEROVÁ T., TOŠNER J. *Burn-out syndrom/Syndrom vyhoření. Pracovní sešit pro účastníky kursů.*, 2002

²⁴ KŘIVOHLAVÝ J. *Jak neztratit nadšení.* Praha : Grada Publishing, 1998s. 61.

²⁵ KŘIVOHLAVÝ J. *Jak neztratit nadšení.*, 1998

Kebza a Šolcová²⁶ členění fází vývoje burnout rozšiřují o další informace. „Někteří autoři hledají východisko k poznání podstaty burnout syndromu podrobnějším členěním jeho fází. Tak např. R. Golombiewski, R. Munzenrider a J. Stevenson stanovili v roce 1986 celkem osm stadií rozvoje syndromu vyhoření operacionalizovaným uplatněním tří komponent dotazníku „Maslach Burnout Inventory“ (MBI) z hlediska jejich nízké, střední a vysoké úrovně. Jako nejvýznamnější komponentu chápou emoční exhausci. Zpočátku jsou všechny tyto tři komponenty MBI na nízké úrovni, postupně však narůstají, přičemž emoční exhausce se uplatňuje až ve druhé polovině vývoje těchto fází.“

2.3 Ovlivnění vztahů

Syndrom vyhoření ovlivňuje jednak vztahy nemocného jedince, jak píšou Jeklová a Reitmayerová²⁷, k ostatním i k sobě samému a také jeho prožívání i chování navenek.

Prožívání ve vztahu k sobě samému je charakteristické tím, že jedinec prožívá beznaděj, fyzickou i psychickou únavu, rozčarování, zklamání a úzkost. Stává se pesimistickým, plným obav, strach a emočního vyčerpání. Často se cítí prázdný a chybí mu motivace. Zdá se mu, že jsou všichni spokojenější a podávají lepší výkony. Má poměrně nízké sebehodnocení a cítí neustálé napětí a stres. Chybí mu energie a obtížně řeší sebemenší problém.

Vztah k ostatním lidem se mění, cítí se obtěžován. Lidé po něm chtějí něco, čeho není schopen. Ke klientům i spolupracovníkům je chladný, citově se neangažuje a ztrácí empatii s problémy jiných. Přestává ho zajímat, co si o něm ostatní myslí.

Projevy vyhoření navenek

Vnitřní prožívání se projevuje různými způsoby. Nejobvyklejší je snížená produktivita práce. Jedinec se tedy snaží situaci zvládnout, nosí si práci domů, bere si přesčasy, ale produktivita zůstává stejná nebo se více snižuje. Zvyšuje se frustrace, jedinec přestává být ochotný riskovat a ztrácí důvěru v sebe sama. Přichází fyzická únava, která se často zaměňuje za některou nemoc. Postoj ke světu je čím dál více negativní. Frustrovaný jedinec si přenáší podrážděnost a neadekvátní reakování do kontaktu s ostatními lidmi. Ztráta energie způsobuje, že se jeví jako bez života, všechno jej zatěžuje a snaží se vyhýbat úkolům. Bez energie není schopen řešit každodenní problémy, schovává se před nimi a jejich řešení neustále odkládá. Projevy jsou samozřejmě individuální podle povahy jedince a jeho toleranci vůči zátěži.

²⁶ KEBZA V., ŠOLCOVÁ I. *Syndrom vyhoření*. Praha : SZÚ, 2003, s. 14.

²⁷ JEKLOVÁ M., REITMAYEROVÁ E. *Syndrom vyhoření*, 2006

3 Zvládání a předcházení syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se často plete s jinými obtížemi, jako jsou deprese, únava, stres nebo existenční neuróza. Je tedy zapotřebí správně odhalit, že se jedná právě o tuto diagnózu. Mnohem snazší je důsledkům pracovního stresu a vyhoření předcházet a ne je odstraňovat. Důležitým předpokladem prevence je úprava životosprávy, celkového životního stylu i osvojení si postupů hodnocení stresových situací a zvládání stresu. Preventivní a terapeutické postupy vůči burnout se opírají i o psychologické zdroje

3.1 Prevence

Jak píše Kebza a Šolcová²⁸, syndrom vyhoření je důsledek nerovnováhy mezi profesním očekáváním a realitou. Tento nepoměr lze zmenšit osvojením si základních postupů hodnocení stresogenních situací a zvládání stresu na straně jednotlivce a změnou organizace kultury a podniku na straně zaměstnavatele.

Křivohlavý²⁹ člení prevenci burnout syndromu do dvou skupin. Na interní postupy zabývající se ohroženým jedincem a na externí postupy zabývající se úpravou vnějšího prostředí.

3.1.1 Interní individuální možnosti prevence

Smysluplnost žití

Pro zvládání problémů má otázka smysluplnosti velký význam. Jde o to, jestli má člověk pro co žít a jestli má jeho život smysl.

Stresory a salutory

Stres má v našem životě významnou roli, pokud ovšem výrazně převažuje, je potřeba něco změnit. Pro zmírnění stresu je možno ubrat stresorů (přenechat práci někomu jinému) nebo přidat salutorů. To jsou faktory, které pomáhají stres zvládat, může to být cokoli, co nás nabíjí (relaxace apod.).

Osobnostní charakteristiky

Různí lidé mají jiné vlastnosti pro boj se syndromem psychického vyhoření. Podle lékařů Friedmana a Rosemana existují dva typy lidského chování. Typ A jsou lidé, kteří jednají

²⁸ KEBZA V., ŠOLCOVÁ I. *Syndrom vyhoření*, 2003

²⁹ KŘIVOHLAVÝ J. *Jak neztratit nadšení*, 1998

mimořádně energicky, příliš rychle a soutěživě. Jejich cílem je úspěch za každou cenu. Lidé typu B pak neřadí na první místo ve svém životě svůj úspěch a nejsou tedy tolik náchylní k syndromu vyhoření. I když byly prokázány rozdíly mezi lidmi dle toho, jak snadno propadnou vyhoření, existují situace, které jsou tak těžké, že může vyhořet téměř každý. Je tedy nutné v rámci prevence věnovat pozornost nejen osobním charakteristikám, ale také životním a pracovním podmínkám.³⁰

3.1.2 Externí vlivy v prevenci a zvládnání

Sociální opora

„Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje.“³¹ Je to jedna z nejdůležitějších věcí zabraňujících, aby člověk neupadl do stavu vyhoření. Pomáhá lidem zvládat potíže v životě i v práci. Její funkce jsou např. naslouchání, povzbuzování, dělba práce, nezištná pomoc a spolupráce.

Dobré vztahy mezi lidmi

Nejedná se jen o vztahy mezi rodinnými příslušníky, ale i o vztahy na pracovišti. Jak uvádí Křivohlavý, je dobré všimnout si těchto věcí: Jak vidíme jeden druhého? Jaký je náš vzájemný vztah? Jaká je naše vzájemná komunikace? Jaký je náš pohled na situaci, v níž se nacházíme? Patří zde i vztahy mezi podřízenými a nadřízenými. Zde Křivohlavý doporučuje Pravidelný kontakt vedoucího s podřízeným, jednání s podřízenými „na rovinu“, seznamování podřízených nejen s krátkodobými záměry, ale i s dlouhodobými cíli. Vedoucí by měl být pro ostatní i morálním vzorem a mluvit s nimi nejen o technických záležitostech, ale i o smyslu podniku.

Kladné hodnocení druhých

Předcházení burnout syndromu podporuje i sebevědomí a kladné smýšlení o sobě samém, které je posilováno pozitivním hodnocením druhých.

Pracovní podmínky

Syndrom vyhoření vede k poklesu výkonnosti, odmítavému postoji ke klientům a nemoci, je tedy vhodné aby zaměstnavatel nezapomínal na prevenci svých zaměstnanců.

³⁰ KŘIVOHLAVÝ J. *Jak neztratit nadšení.*, 1998

³¹ KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví. Praha : Portál., 2001, s. 94.*

Pro vedoucí je důležité vybrat si lidi s předpoklady pro danou práci a zajistit jim optimální pracovní podmínky, přičemž je dobré zabývat se těmito oblastmi³²:

Výchova a výcvik

Tímto bodem se myslí příprava zaměstnanců, jejich informovanost o syndromu vyhoření, jeho vzniku, příznacích, jak se mu bránit, školení, supervize.

Organizace práce

Pro dobrou organizaci práce je důležité vědět, co od koho očekáváme, stanovovat úkoly vzhledem k možnostem realizace a mít zpětnou vazbu. Nesmí se zapomínat na flexibilitu, kompletizaci a ocenění.

Úprava pracovních podmínek

Tímto se myslí zpestření jednotvárnosti, která se vyskytuje během pracovní činnosti. Omezení byrokratického papírování, simplifikování pracovních postupů, možnost rekreace či místa pro relaxaci.

Úprava pracoviště

Křivohlavý³³ píše, že se ukazuje, že lidem je lépe, pokud mají možnost zařídit si prostor, kde žijí a pracují podle svého. Klid, dostatek tepla, světla, omezení rušivých elementů a možnost pracovat sám, pokud se potřebují soustředit, jsou také aspekty sloužící jako prevence burnout.

Spolupráce

Pokud na pracovišti panuje atmosféra důvěry a sounáležitosti, energie, která se uvolňuje, podporuje motivaci celého týmu. Rozdíl není v tom, že zaměstnanci nejsou unavení, ale cítí radost ze společné práce. Typickými znaky jsou: spolehlivost, vzájemná důvěra, společný cíl, otevřená komunikace, jasné pravomoci a přitom zůstává respektována individualita každého jedince.³⁴

3.1.3 Duševní hygiena a zvládání stresu

Podle Kebzy a Šolcové³⁵ je pro profesionály pracující s lidmi důležité vytvořit si odstup od klientů a důsledně oddělovat pracovní a osobní život. Pokud se nám některá situace zdá jako ztráta nikoli jako přínos, stává se zpravidla stresující. Je dobré dívat se na problémy ve vztahu k již překonaným těžkostem. Účinným prostředkem snížení

³² KŘIVOHLAVÝ J. *Jak neztratit nadšení.*, 1998

³³ KŘIVOHLAVÝ J. *Jak neztratit nadšení.*, 1998

³⁴ BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry.*, 2006

³⁵ KEBZA V., ŠOLCOVÁ I. *Syndrom vyhoření.*, 2003

stresogenního dopadu problémů je vyhnout se osobnímu prožívání a vztahování k sobě samému. Dále není nutné prožívat neúspěch jako tragédii jestliže si jsme jisti, že jsme se snažili ze všech sil. Zásadní význam při zvládnání životních situací má i aktivní přístup k životu.

Ten obsahuje:

zájem o okolní události a jevy jako zajímavé a smysluplné

nebát se změn

nebýt pasivní vůči stresujícím situacím

se stresujícími situacemi počítat

nechat pracovní starosti mimo domov a naopak

důležité jsou dobré a časté vztahy s ostatními lidmi, pocit přináležení k někomu a možnost probrat problémy s blízkými výrazně pomáhá při zvládnání stresových situací

vytvořit uspokojující a příznivé prostředí

zdravý životní styl, dostatek spánku, pohybové aktivity, omezení kouření, alkoholu apod.

Existují také speciálně zaměřené programy, kde člověka naučí základní relaxační metody, poradí mu, jak přesně si upravit výživu, životosprávu a může docházet na organizovaná cvičení. Významné je nepotlačovat emoce, ale mluvit o nich. K tomu je nutné vytvořit vhodné prostředí. Často se využívá supervize.

3.1.4 Supervize

Toto slovo pochází z anglického „supervision“, kde znamená dohled, dozor, kontrolu. V poradenské psychologii a psychoterapii je takto označována metoda reflexe vlastního profesního jednání. Jedná se o individuální nebo skupinovou systematickou pomoc při zvládnání profesních problémů v bezpečném prostředí, jež pomáhá porozumět citovému podílu jedince na jeho pracovním problému.³⁶ Supervizant, člověk, který je supervidován, podává supervizorovi subjektivní pocity a selektivní zprávy ohledně klienta a aspektů své práce.³⁷ Supervizor je odborník, jehož cílem by mělo být pomáhat pracovníkům při problémech s klienty i kolegy, které vyvstávají v dennodenní praxi. V sociální práci může mít supervize funkci kontrolní a vzdělávací, kdy se supervizor stará

³⁶ KOPŘIVA K. *Lidský vztah jako součást profese.*, 1997

³⁷ MATOUŠEK O. *Metody a řízení sociální práce.*, 2003

o zapracování nového zaměstnance.³⁸ Při supervizi jsou důležité tyto dovednosti: Vžít se do klienta, uzavírat dohodu, projevit empatii, projevovat vlastní pocity, mít požadavky a pomocí dotazování se dostat k jádru problému.³⁹ Rozebírají se konkrétní situace z praxe a supervizor má snahu dojít k nejlepšímu řešení pro danou situaci. Jelikož neexistuje přesný návod, jak se chovat, snaží se zjistit, co by bylo nejlepší pro klienta i pracovníka.⁴⁰

Formy supervize

Forma supervize může být individuální či skupinová. Může se jednat o skupinu stejně postavených kolegů nebo o skupinu vedenou supervizorem. Při rozebírání situací lze pracovat se skutečnými situacemi z praxe, nebo lze použít video a audio nahrávky či přehrávání modelových situací hraním rolí, popřípadě pracovat s písemným záznamem supervidovaného.⁴¹

3.2 Diagnostika

Identifikovat burnout syndrom lze pozorováním symptomů, dále pomocí prožitků osob postižených příznaky a především díky speciálním psychologickým metodám. Tyto metody byly zkonstruovány přímo k diagnostice syndromu vyhoření. Nejčastější jsou dotazníky vytvořené na základě posuzovacích škál: „Burnout Measure“ A. Pinesové, E. Aronsona a D. Kafryho, a „Maslach Burnout Inventory“ Ch. Maslachové a S. Jacksonové. Odborná skupina pro psychologii a behaviorální intervence Státního zdravotního ústavu vytvořila české verze některých metod.⁴² Křivohlavý⁴³ některé nejvíce využívané metody popisuje:

3.2.1 Orientační dotazník

Dotazník se nezaměřuje na momentální stav, snaží se vnímat syndrom vyhoření jako proces. Jedná se o tzv. „samotest,“ může si jej vyplnit každý, kdo má podezření na syndrom vyhoření. Obsahuje 24 tvrzení, na něž respondent odpovídá „ano“ nebo „ne“. Nakonec se kladné odpovědi sečtou, pokud převažují nad zápornými odpověďmi, měl by se respondent zamyslet nad svým životem a stylem práce.

³⁸ KOPŘIVA K. *Lidský vztah jako součást profese.*, 1997

³⁹ SHULMAN, 1993 in KOPŘIVA K. *Lidský vztah jako součást profese.*, 1997

⁴⁰ KOPŘIVA K. *Lidský vztah jako součást profese.*, 1997

⁴¹ KOPŘIVA K. *Lidský vztah jako součást profese.*, 1997

⁴² KEBZA V., ŠOLCOVÁ I. *Syndrom vyhoření.*, 2003

⁴³ KŘIVOHLAVÝ J. *Jak neztratit nadšení.*, 1998

3.2.2 Burnout Measure dotazník

Tento dotazník zjišťuje úroveň celkového vyčerpání podle tří aspektů; pocitů tělesného (skupina A), citového (skupina B) a psychického (skupina C) vyčerpání. Člověk se může hodnotit sám či ho hodnotí někdo, kdo jej dobře zná. Výzkumy prokázaly vysokou shodu mezi údaji v obou případech. Dotazník obsahuje 21 tvrzení a respondent ke každému píše číslo dle své odpovědi: 1 - nikdy, 2 - jednou za čas, 3 - zřídka kdy, 4 - někdy, 5 - často, 6 - obvykle, 7 – vždy. Body se sčítají a vymezují podle tří skupin A, B a C.

3.2.3 Maslach Burnout Inventory

Dotazník má 9 otázek zjišťující míru emocionálního vyčerpání, 5 zjišťujících míru ztráty úcty k lidským bytostem (depersonalizaci) a 8 otázek zaměřených na snížení výkonnosti. Odpovědět je možné jedním ze 7 stupňů odpovědní škály.

3.3 Zvládání

Jelikož syndrom vyhoření nevznikne ze dne na den, nelze ani takto rychle zvládnout. Je důležité zjistit, jak závažnými příznaky člověk trpí. Pokud se jedná o závažné příznaky, rozhodně nepomůže jedna dovolená, ale je zapotřebí pomoci druhé osoby.⁴⁴

3.3.1 Úloha zaměstnavatele

Často to bývají právě zaměstnavatelé, kdo podporuje vyhoření svých zaměstnanců. Rush⁴⁵ píše, že pokud je zaměstnanec postižen vyhořením měl by mu zaměstnavatel udělit placené volno a po návratu jej přeradit do jiného pracovního prostředí. Ovšem podle Bartoškové⁴⁶ pokud jsou příčiny vyhoření převážně osobního charakteru, může dojít ke stejné situaci i na jiném místě a to mnohem rychleji. Navrhuje změnu funkce, aby vyhořelý zaměstnanec nepřicházel příliš do styku s klienty. Dále uvádí ideální intervence pro jednotlivé fáze vyhoření. Během fáze nadšení doporučuje seznámit pracovníka s pravidly a chodem pracoviště a dát mu možnost seberealizace. Ve fázi nespokojenosti doporučuje mluvit se zaměstnancem o jeho kritikách a pocitech. Snažit se zabránit fázi apatie pomocí posílení motivace, dovolené, pocitu úspěchu. Během fáze apatie navrhuje nabídnout pomoc odborníka či ve vážné situaci nastavit podmínky, za jakých může pracovník zůstat.

⁴⁴ BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry.*, 2006

⁴⁵ RUSH MYRON D. *Syndrom vyhoření.*, 2003

⁴⁶ BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry.*, 2006

3.3.2 Působení víry na naše zdraví

Naše duševní rozpoložení ovlivňuje i naši fyzickou stránku, známý je např. placebo efekt či vliv stresu na imunitní systém.⁴⁷ Křivohlavý⁴⁸ zmiňuje Koeniga, který dotazníkovou metodou zkoumal rozdíl v životní spokojenosti u ateistů a věřících. Vyšší hodnoty v dotazníku a dle jeho výzkumu větší životní spokojenost mají lidé, kteří aktivně praktikují své vyznání (účastní se bohoslužeb, často se modlí). Dále se zabýval vlivem víry na zvládání stresu a kouření. Došel k tomu, že mezi kuřáky a skupinu, kde je větší výskyt deprese a somatických potíží patří mnohem častěji lidé, jež nevykazují charakteristiky víry.

3.3.3 Psychoterapie

Podle Kebzy a Šolcové⁴⁹ vycházejí terapeutické strategie využívané vůči burnout převážně z existenciální psychoterapie. Neboť pomáhá vyrovnat se s otázkami o smyslu života, podstatě lidské existence, svobody a odpovědnosti. Na rozdíl od Ameriky vznikly v Evropě dvě psychotherapeutické školy navazující na existenciální východiska, daseinsanalýza a logoterapie. Jak píše Kratochvíl⁵⁰, odpovídají na dilemata člověka degradovaného válkami či technickým rozvojem na bezvýznamnou věc, důležitou pouze pokud je součástí celku. Jako dílčí proudy existenciální psychoterapie se někdy považují i rogersovská a Gestalt terapie.

3.3.3.1 Daseinsanalýza

Vychází z existenciální filozofie M. Heideggera. Vedoucími osobnostmi byli švýcarští psychiatři L. Binswanger a M. Boss. Klade důraz na jedinečnost a neopakovatelnost osobnosti pacienta. Hledá mu způsob existence, který je pro něj snesitelným a stálým způsobem bytí ve světě. Nezáleží na tom, kým člověk byl, ale na tom, kým je nyní a kam směřuje. Terapeutický vztah, kterému je přikládán zásadní význam se nazývá „setkání“, terapeut má roli konzultanta a pouze doporučuje, v žádném případě

⁴⁷ Stres je reakce, která vede k fyziologickým a někdy i patologickým změnám, má vliv na imunitní systém. Zjistilo se, že imunitní systém ovlivňuje jinak akutní a jinak chronický stres. Krátkodobý akutní stresor (zkouška) vede k vzestupu činnosti imunitního systému. Dlouhodobě působící stresor (zkouškové období) zase vede k poklesu činnosti imunitního systému. Chronický stres například zpomaluje hojení ran. Trvá-li dlouho a nelze jej dostat pod kontrolu ani není naděje na zlepšení, může dlouhodobě poklesnout činnost imunitního systému. ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Psychoneuroimunologie a zvládání stresu. *Československá psychologie*, 1998

⁴⁸ KŘIVOHLAVÝ J. *Psychologie zdraví*, 2001

⁴⁹ KEBZA V., ŠOLCOVÁ I. *Syndrom vyhoření*, 2003

⁵⁰ KRATOCHVÍL S. *Základy psychoterapie*, 2006

neudílí příkazy.⁵¹ Co se týče syndromu vyhoření je podstatné, že pomáhá člověku pochopit vlastní existenci a pomoci mu k ní.⁵²

3.3.3.2 Logoterapie

Zakladatelem existenciální analýzy a logoterapie je V. E. Frankl, který své principy promyslel již před válkou. Během ní byl vězněn v koncentračních táborech, kde prožil hraniční situace lidského bytí. Po válce se stal profesorem vídeňské univerzity, přednostou neurologického oddělení vídeňské polikliniky a přednášel na univerzitách po celém světě.

Logoterapie vychází z lidské touhy po smyslu. Pokud tato touha není z nějakého důvodu naplněna a člověk ztratil dosavadní smysl, neví, co dál nebo pokud o smyslu své existence pochybuje, nazývá se tento stav existenciální frustrací. Terapie se snaží pomoci najít pacientovi cestu z jeho existenciální frustrace a najít vlastní životní smysl, který je v souladu s jeho osobností. Na otázku „co ještě mohu čekat od života“, s kterou se Frankl častokrát setkal v koncentračním táboře, odpovídá otázkou „co ještě život očekává ode mne“. Klade důraz na dosahování vyšších cílů a hodnot, jež přesahují jedince. Hodnoty Frankl rozděluje na tvůrčí, zážitkové a postojevé. U lidí, kteří nemají možnost realizovat tvůrčí či zážitkové hodnoty např. kvůli nevléčitelné chorobě, vyjadřují jejich postojevé hodnoty způsob, kterým utrpení přijímají.⁵³ Pro jedince ve finálním stadiu vyhoření, jejichž život jim nedává smysl a jejichž svět se zhroutil, může právě objevování a naplňování hodnot pomoci nalézt smysl života a překonat existenciální frustraci.⁵⁴

Pro léčbu syndromu vyhoření se mohou uplatňovat i např. kognitivně-behaviorální terapie, jejichž působení se však zaměřuje více než na podstatu problému na problémy dílčí.⁵⁵

⁵¹ KRATOCHVÍL S. *Základy psychoterapie.*, 2006

⁵² KEBZA V., ŠOLCOVÁ I. *Syndrom vyhoření.*, 2003

⁵³ KRATOCHVÍL S. *Základy psychoterapie.*, 2006

⁵⁴ KEBZA V., ŠOLCOVÁ I. *Syndrom vyhoření.*, 2003

⁵⁵ KEBZA V., ŠOLCOVÁ I. *Syndrom vyhoření.*, 2003

4 Hospicová péče

Hospic vychází z latinského slova „hospitium“, které znamená útulek. Ve čtvrtém století se takto označovala místa sloužící pro odpočinek poutníkům. Dnes se tímto slovem označuje zdravotnicko-sociální zařízení určené pro pobyt nevléčitelně nemocných, kde se pracovníci snaží lidem zlepšit kvalitu závěrečné fáze života a zajistit jim důstojný odchod z tohoto světa. Jedná se o způsob přístupu k umírajícímu. Umírání a smrt je součástí každého života a tak usilují o vytvoření atmosféry, která není spojena se strachem a nesmyslným utrpením. Vychází z respektu k člověku, který je jedinečnou a neopakovatelnou bytostí. Jak uvádí Svatošová⁵⁶ „*Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen.*“

4.1 Cíle hospicové péče

Hospicová péče se snaží, aby byl každý okamžik života klienta plný smyslu a kvality. Tak jak píše Svatošová⁵⁷, nejde o to naplnit život dny, ale dny životem a důstojně prožít i jeho poslední fázi. Být nemocnému nablízku, aby nebyl sám. Pomoci mu přijmout sebe sama a život v této konkrétní chvíli. Umožnit mu porozumět smyslu utrpení. Péče o umírajícího se snaží, aby se nezabýval tím, co nemůže, nýbrž tím, co může. Často se vychází z myšlenek logoterapie a existenciální analýzy. Na rozdíl od nemocnic je zde zdůrazňován duchovní rozměr péče. Součástí profesionálních týmů v hospicích jsou tedy i sociální pracovník, psycholog a teolog. Hospice jsou určeny pro všechny nemocné bez ohledu na vyznání, i když jsou u nás a zakladateli hospiců převážně církve nebo řády.⁵⁸

4.2 Historie

Hospic v dnešním slova smyslu vznikl v 18. Století v Dublinu, kde Mary Aikdenheadová zřídila nemocnici pro umírající, nazvanou Hospic.

První moderní hospic s názvem Saint Christopher´s Hospice vznikl ve Velké Británii roku 1969, jeho zakladatelkou i ředitelkou byla Cecilia Saundersová. Původně sestra, která

⁵⁶ SVATOŠOVÁ M., *Hospice a umění doprovázet*, Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2008, s. 115.

⁵⁷ SVATOŠOVÁ M., *Hospice a umění doprovázet*, 2008

⁵⁸ <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>, 5. 6. 2011

kvůli této myšlence vystudovala medicínu a stala se vůdčí osobností hospicového hnutí. Za své činy dostala dokonce titul „dame“ od britské královny.

V České republice roku 1993 založila doktorka Svatošová občanské sdružení Ecce homo na propagaci hospicové myšlenky. Společně s královéhradeckou diecézní charitou pak vybudovali první český hospic Anežky České v Červeném Kostelci otevřený v roce 1995.⁵⁹ Od té doby vzniklo v naší republice mnoho dalších např. roku 2002 Hospic na Svatém Kopečku u Olomouce nebo v roce 2003 Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí. Seznam a adresář hospiců je možné nalézt na internetových stránkách.⁶⁰

Podle místních podmínek, zákonů a způsobu financování zdravotní péče má hospicová péče v každé zemi trochu jinou podobu. V USA například převládá domácí forma, neboť je tam menší zaměstnanost žen. V Itálii zase docházejí ošetřovatelé i lékaři za nemocným až do domu.⁶¹

4.3 Paliativní péče

Výsledkem paliativní léčby není odstranění nemoci (na rozdíl od léčby kurativní), nýbrž zlepšení subjektivního stavu pacienta a podpora kvality života, nikoliv jeho trvání. Neurychluje ani neoddaluje smrt, ale mírní bolest. Paliativní péče je komplexní, zahrnuje sociální, fyzickou, duchovní a psychologickou stránku člověka i péči o rodinu pozůstalého.⁶²

4.3.1 Časové hledisko hospicové péče

Svatošová⁶³ uvádí tři období péče o nemocného v hospici:

Prea finem

Toto období zahrnuje péči a doprovázení od chvíle, kdy je známa závažná diagnóza po začátek terminálního stavu. Péče pojímá jak nemocného tak i jeho blízké.

In finem

Je období zahrnující péči během samotného umírání, tedy terminálního stavu.

Post finem

⁵⁹ SANDTNER P. *Doprovázení v hospicové péči a logoterapie.*, 2004

⁶⁰ viz. <http://www.hospice.cz/adresar-hospicu/>

⁶¹ SVATOŠOVÁ M., *Hospice a umění doprovázet.*, 2008

⁶² <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>, 5. 6. 2011

⁶³ SVATOŠOVÁ M., *Hospice a umění doprovázet.*, 2008

Tato fáze obsahuje péči o tělo zemřelého a o pozůstalé, většinou jeden rok, podle potřeb pozůstalých.

Hospic tedy neposkytuje pouze péči v období „in finem“, jak se někdy chybně předpokládá.

4.4 Formy péče

Ve své publikaci rozděluje Svatošová⁶⁴ hospicovou péči podle místa, kde je poskytována:

4.4.1 Domácí péče

V této formě péče se většinou nemocný cítí nejlépe. Je ve známém prostředí a obklopen blízkými. To, že se příbuzní starají o nemocného, může způsobit prohloubení a upevnění rodinných vztahů. Pečovatelské agentury poskytující ošetrovatelskou péči nebo půjčení zdravotnických pomůcek mohou příbuzným ulehčit. Ovšem ne vždy je tato forma ideální. Přítomnost nemocného člena narušuje chod rodiny. Pokud žije pohromadě více generací, mohou se vyskytnout problémy prostorové. Každý člen rodiny má vlastní povinnosti a potřeby, které se mohou krýt s potřebami nemocného a příbuzným tak mohou časem dojít síly. Obtíže mohou nastat, i co se týče odbornosti péče, zvláště pokud se v okolí nevyskytuje žádná pečovatelská agentura.

4.4.2 Lůžková péče

Pokud rodina z jakéhokoli důvodu péči nezvládá nebo ji nemůže poskytnout, může nemocný využít služeb hospice. Není zde ve vězení, je na jeho uvážení, zda přijde pouze na kratší dobu, klidně i opakovaně. Návštěvy jsou neomezené a v pokoji nemocného bývá i přistýlka pro rodinné příslušníky. Přestože se zde provádějí lékařské a sesterské vizity, nejedná se o nemocnici a nemocný se může svobodně pohybovat po celém zařízení, určovat si vlastní režim dne a účastnit se kulturních aktivit (koncerty). V hospici by měl být lékař, psycholog i duchovní. Nemocný je obklopen profesionálním zdravotnickým i ošetrovatelským personálem či dobrovolníky a kdykoliv potřebuje má možnost hovořit o svých problémech. O přijetí rozhoduje hospicový lékař, pokud je plná kapacita, dostávají přednost ti nemocní, u kterých se vzhledem k jejich nemoci předpokládá dřívější doba smrti.

⁶⁴ SVATOŠOVÁ M., *Hospice a umění doprovázet.*, 2008

4.4.3 Stacionární péče

Jedná se o formu pobývání v hospicovém stacionáři od rána do odpoledne či večera, kdy se nemocný vrací domů. Dopravu může zajišťovat rodina nebo hospic. Nemocní využívají tuto formu z různých důvodů. Kontrola bolesti, paliativní léčba a vyladění dávky léků zmírňujících bolest mohou být jedním z nich. Další mohou být psychoterapeutické, časté u lidí, kteří nemají s kým sdílet své problémy nebo azylové důvody, pro nemocné a rodiny, kteří si od sebe navzájem potřebují odpočinout.

4.5 Prostory hospicových zařízení

Jelikož hospice mají za cíl zpříjemnit nemocným život, je snaha uzpůsobit prostory tak, aby připomínaly spíše domov než nemocnici. Jsou vybaveny společenskou místností, kaplí, eventuálně místností posledního rozloučení, někde je i knihovna či kavárna.⁶⁵ Hospice jsou bezbariérové a vybaveny pomůckami jako jsou pojízdné koupací vany, polohovací lůžka či zvedáky.⁶⁶

Malkovská⁶⁷ se ve své práci věnuje jednotlivým prostorám a jejich architektonickému řešení ve stávajících hospicích České republiky. Dle ní jsou optimální jednolůžkové clientské pokoje s vlastní koupelnou a toaletou (případně bývá určena pro dva pokoje). Vybaveny bývají mimo jiné televizí, chladničkou, telefonem, signalizačním zařízením a bezpečnostní schránkou pro cennosti. Společenské místnosti bývají hojně využívány pro společenské akce, ale i intimní rozhovory. Jako prostor pro společné setkávání a relaxaci může sloužit i zahrada či zimní zahrada. Součástí hospiců bývá kaple. Měla by být ekumenická, což ovšem není vždy pravda. Duchovní služby jsou ale poskytovány dle přání pacienta, co se místa i víry týká. Místnost posledního rozloučení je určena pozůstalým k rozloučení se s tělem blízkého. Nejčastější barva vyskytující se v hospicích bývá bílá. V lůžkovém oddělení dále béžová, žlutá a oranžová. V kancelářích a místnostech pro relaxaci se někdy objevuje zelená. Materiály jsou vybírány účelově s ohledem na snadnou údržbu.

⁶⁵ SANDTNER P. *Doprovázení v hospicové péči a logoterapie.*, 2004

⁶⁶ SVATOŠOVÁ M., *Hospice a umění doprovázet.*, 2008

⁶⁷ MALKOVSKÁ N. *Sociálně ekonomické aspekty typologie hospicových domů.*, 2007

4.6 Pracovníci hospicových zařízení

Na internetových stránkách www.hospic.cz⁶⁸ se píše, že v hospicích by měli pracovat lidé, kteří dosáhli ve svém oboru vysoké odbornosti a navíc mají bezvýhradně rádi lidi a měli by být vyrovnáni se svou vlastní smrtelností. Malkovská⁶⁹ dodává, že by to měli být lidé schopni vcítit se do druhých, pozitivně smýšlející a s nedirektivním přístupem k nemocným.

V hospici pracuje lékař poskytující paliativní léčbu, spolupracuje se zdravotnickým personálem a nemusí být stálým zaměstnancem, může sloužit pouze externě. Dále je zde vrchní sestra, zdravotní sestry a ošetřovatelky. Psycholog nebo psychoterapeut pomáhá nemocným vypořádat se duševně s jejich stavem. Sociální pracovník pomáhá pacientovi a jeho rodině s administrativními záležitostmi a s komunikací pacienta a rodiny či jinými pacienty. Duchovní dochází externě a poskytuje duchovní úlevu pro ty, kteří si to přejí. Důležitou součástí pracovního týmu hospice jsou dobrovolníci. Procházejí odborným výběrem a školením. Mohou docházet pravidelně či občasně. Vykonávají různé služby od nakupování přes přípravu jídla po dopravu pomůcek a administrativní záležitosti.⁷⁰

4.6.1 Komunikace

Pracovníci hospice komunikují jednak mezi sebou, ale také s klienty, pozůstalými a veřejností. Zaměstnanci si vyměňují informace o zdravotním stavu nemocných, provádějí se supervize a řeší se provozní otázky. Management zařízení organizuje semináře a benefiční akce na získání finanční podpory a propagace. Práce s veřejností je významná také k šíření myšlenky hospicové péče. Co se týče komunikace s klienty, každá sestra má na starosti menší skupinku pacientů. Projednává celkový stav klienta jak s ním tak i s jeho rodinou. Pozůstalým se pak udělují praktické rady i empatické naslouchání. Členové organizace, jež hospic zřizuje, bývají často vysoce motivováni. Nejčastěji se ztotožňují s posláním.⁷¹

4.6.2 Prevence syndromu vyhoření

Svatošová ve své knize popisuje důležitost prevence burnout syndromu v hospicových zařízeních. Vyhořet mohou jak rodinní příslušníci dlouhodobě se starající o nemocné tak

⁶⁸ <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>, 5. 6. 2011

⁶⁹ MALKOVSKÁ N. *Sociálně ekonomické aspekty typologie hospicových domů.*, 2007

⁷⁰ MALKOVSKÁ N. *Sociálně ekonomické aspekty typologie hospicových domů.*, 2007

⁷¹ MALKOVSKÁ N. *Sociálně ekonomické aspekty typologie hospicových domů.*, 2007

i zdravotníci. Svatošová⁷² tento stav popisuje jako druh vyčerpání a únavy, kdy člověk vykonává svou práci jako robot bez potěšení či zájmu. V této situaci nedokáže druhým nic dát, jelikož už sám nic nemá. Základem prevence je podle ní správný výběr personálu. „*Nebo taková sestra „záchranářka“.* *Ta patří na oddělení ARO, určitě ne do hospice. Není-li totiž někdo schopen či ochoten nazývat věci správným jménem a v určitých situacích jako jediný možný a splnitelný cíl si stanovit důstojné a klidné umírání, v hospici neobstojí. Nutně půjde z jednoho zklamání druhého a „vyhoří“ velice brzy.*“⁷³ Dále je důležité bránit se rutině, umět si odpočinout, neustále vytvářet nové pracovní postupy a mít smysl pro humor. Zmiňuje také, že nejvíce jí pomáhá vědomí něčeho velkého a nekonečného na čemž se může nepatrně podílet. Tvrdí, že ten, kdo práci v hospici vnímá jako „*dobrodružství lásky a účasti na něčem, co nás nekonečně přesahuje*“, nemůže vyhořet.⁷⁴

⁷² SVATOŠOVÁ M., *Hospice a umění doprovázet.*, 2008

⁷³ SVATOŠOVÁ M., *Hospice a umění doprovázet.* Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2008. s. 137.

⁷⁴ SVATOŠOVÁ M., *Hospice a umění doprovázet.*, 2008

5 Domovy pro seniory

Zákon o sociálních službách číslo 108/2006Sb⁷⁵ vymezuje domovy pro seniory jako zařízení určená seniorům se sníženou soběstačností zejména důchodového věku, jež potřebují stálou pomoc jiné osoby. Je jim poskytováno ubytování, strava a pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu a osobní hygienu. Je jim zprostředkován kontakt s dalšími lidmi a sociálně terapeutické či aktivizační činnosti, také právní pomoc, to vše za úplatu. Dle Vágnerové⁷⁶ je nejčastějším důvodem pro odchod do domova pro seniory zhoršující se zdravotní stav znemožňující provádění sebeobsluhy a domácích prací.

Ve společnosti se často objevuje negativní postoj k těmto zařízením. Vágnerová⁷⁷ píše, že je to způsobeno situací, která zde byla do roku 1989. Ústavní sociální péče byla téměř tabu. Stát neměl zájem zviditelňovat postižené a staré osoby. Nízká úroveň péče byla jak po profesionální tak i materiální stránce. Lidská práva, jako je sociální jistota, nezávislost, vlastní rozhodování a vzdělávání se neuplatňovala. Podpora soběstačnosti, aktivizace klientů či organizace kulturních akcí se nevyskytovala. Dnes je péče zcela odlišná, co se kvality týče a dává důraz na přání a postoje seniorů.

5.1 Klienti

Pro seniory představuje odchod z domova a umístění do domova zásadní změnu. Ztrácejí osobní zázemí známé prostředí, kde měli určitou identitu. Mohou to vnímat jako ohrožení a symbolické potvrzení ztráty soběstačnosti a úpadek vlastní osobnosti. Někteří přesun chápou jako znamení blížícího se konce. Je to pro ně definitivní změna a instinktivně se jí brání. Stává se pak, že zavírají oči před klady a všímají si pouze negativ nového života. Mohou reagovat depresemi, apatií a někdy tato reakce dokonce způsobí, že senior skutečně umírá ne dlouho po nástupu do domova.⁷⁸

5.2 Pracovníci domova pro seniory

Služby v domově zajišťuje odborný personál, sociální pracovníci, středně zdravotničtí pracovníci, sanitáři, pracovníci sociální péče a ekonomičtí pracovníci.

⁷⁵ Zákon č. 108/2006Sb o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

⁷⁶ VÁGNEROVÁ. *Vývojová psychologie II.*, 2007

⁷⁷ VÁGNEROVÁ. *Vývojová psychologie II.*, 2007

⁷⁸ VÁGNEROVÁ. *Vývojová psychologie II.*, 2007

Zdravotní pracovníci se každodenně stýkají se seniory různých povah. Mnohdy bývají senioři popudliví a mrzutí, jelikož se obtížně vyrovnávají se svou závislostí na jiných. Komunikace s těmito lidmi je psychicky náročná a vysilující. Kromě svých povinností by měli být pracovníci usměvaví, ochotní pomáhat, naslouchat potřebám klientů a být laskaví. Klienti jsou vnímaví a citlivě reagují na nevhodné jednání. Jejich práce nezaložena na oboustranné důvěře mezi klientem a jeho rodinou. Při vykonávání svých povinností totiž pracovník častokrát zasahuje do intimity klienta a vstupuje do jeho osobní zóny. Jelikož je tato práce náročná, je nutné posilování dobré pracovní atmosféry, týmové spolupráce a kolegiálních vztahů. Kvalitní péči nejlépe poskytují jedinci, kteří jsou sami ve fyzické i psychické pohodě.⁷⁹

⁷⁹BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry.*, 2006

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Cíl a metody výzkumného šetření

6.1 Vymezení výzkumného cíle

Cílem výzkumné části bylo informovat se o pracovnících v hospicových zařízeních a domovech pro seniory. Zjistit nejčastější věkové zastoupení lidí pracujících v dané sféře, jejich povědomí o burnout syndromu, a zda se s ním již někdy setkali? Zda-li a jakým způsobem relaxují. Jsou-li věřící, a jaký mají názor na smrt. V neposlední řadě pak zda-li inklinují k vyhoření.

6.2 Stanovení výzkumných problémů

Jaké je nejčastější věkové zastoupení lidí pracujících v domovech pro seniory a hospicích?

Má délka praxe vliv na náchylnost k syndromu vyhoření?

Jak velké je povědomí o syndromu vyhoření mezi pracovníky těchto zařízení?

Co je nejčastějším způsobem relaxace těchto pracovníků?

Jak velká část pracovníků domovů pro seniory a hospiců je věřící?

Která skupina těchto pracovníků více inklinuje k vyhoření?

6.3 Stanovení výzkumných předpokladů

Nejčastější věkovou kategorií pracovníků v domovech pro seniory a v hospicích je 41 – 50 let.

Délka praxe má přímý vliv na vznik syndromu vyhoření.

Pracovníci těchto zařízení o burnout syndromu slyšeli.

Nejběžnějším způsobem relaxace těchto pracovníků je sledování televize.

Věřící pracovníci inklinují k syndromu vyhoření méně než pracovníci bez vyznání.

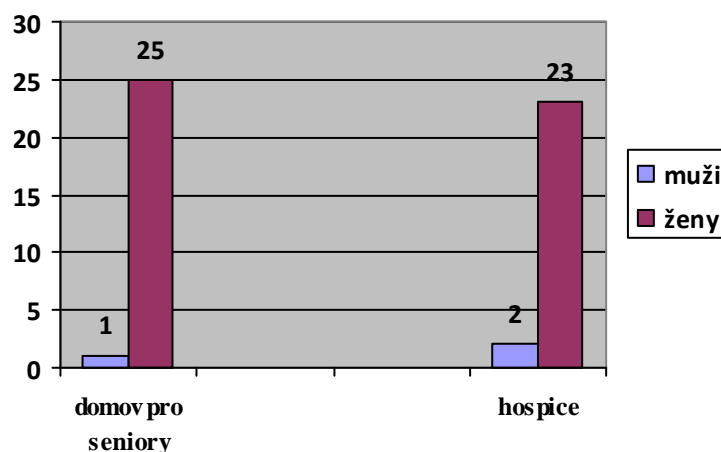
Pracovníci hospiců jsou více náchylní k vyhoření než pracovníci domovů pro seniory.

6.4 Výzkumný vzorek

Z 80 dotazníků se jich vrátilo 51, tedy 64 %, pouze ze 3 zařízení. Výzkumným vzorkem byli pracovníci Domova pro seniory Burešov, Hospice Citadela a Hospice na Svatém Kopečku. Jednalo se převážně o ženy různého věku a vzdělání. Respondentů

z domova pro seniory bylo 26 (51 %) a z hospiců 25 (49 %). Z toho 48 žen (94 %) a pouze 3 muži (6 %).

Graf č. 1: Pohlaví respondentů

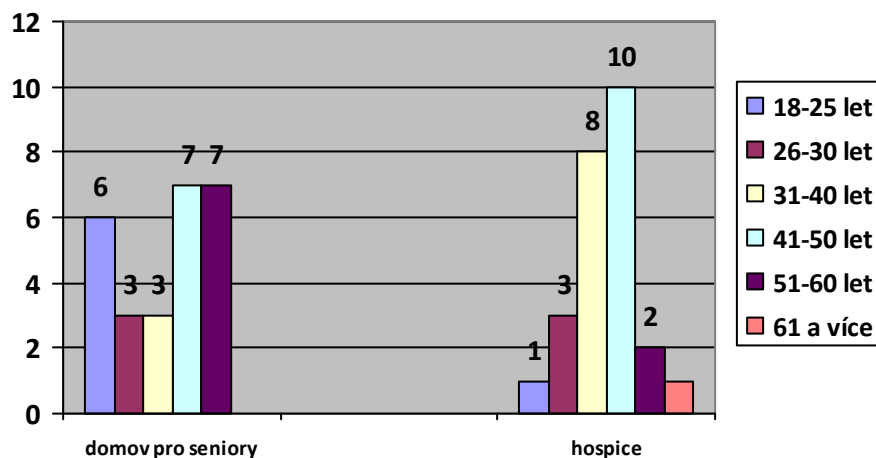


Největší zastoupení respondentů bylo v kategorii 41 - 50 let, druhou neobsazovanější kategorií byl věk 31 - 40 let a následovala skupina 51 - 60 let. Pouze jeden respondent patřil do kategorie 61 a více let. Další nejméně obsazenou kategorií byl věk 26 - 30 let a o jednoho respondenta více měla skupina 18 - 25 let.

Tabulka č. 1: Složení výzkumného vzorku respondentů

Věk	Domov pro seniory		Hospice	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
18-25 let	6	23%	1	4%
26-30 let	3	12%	3	12%
31-40 let	3	12%	8	32%
41-50 let	7	27%	10	40%
51-60 let	7	27%	2	8%
61 a více	0	0%	1	4%

Graf č. 2: Věk respondentů



6.5 Metoda sběru dat

Pro zjišťování požadovaných dat bylo použito výzkumné metody dotazníku. Jedná se o metodu rozhovoru v písemné podobě. Jak ve své publikaci píše M. Chráska, má tento způsob získávání informací i své nevýhody, jednou z nich je neobjektivnost odpovědí. „Dotazníkové metodě bývá často oprávněně vytýkáno, že nezjišťuje to, jací respondenti skutečně jsou, ale to, jak sami sebe vidí, nebo chtějí, aby byli viděni.“⁸⁰ Dotazník obsahoval celkem 39 položek a místo pro případné poznámky respondenta. Zahrnoval otevřené i uzavřené otázky s více možnostmi a jednu škálovací položku. Součástí dotazníku byl i test indikace vyhořívání z knihy B. A. Potterové.⁸¹ Bohužel ne všichni respondenti odpověděli na všechny otázky, někteří vynechali položky týkající se víry a názoru na smrt.

⁸⁰ CHRÁSKA M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. s. 163.

⁸¹ Viz. POTTEROVÁ B. A. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání*. Olomouc : Votobia, 1997. s. 12-13.

7 Zpracování dotazníků

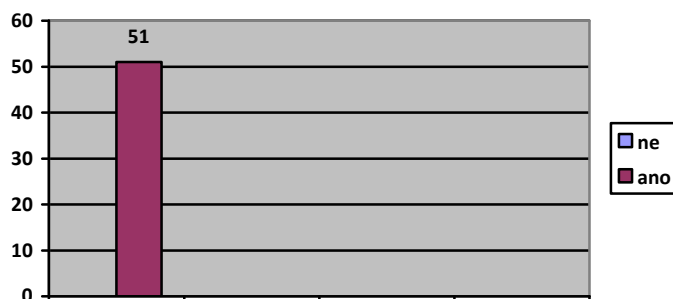
7.1 Analýza získaných dat

Otázka č. 1: Slyšel/a jste o syndromu vyhoření?

Tabulka č. 2: Informovanost o syndromu vyhoření

	Četnost	relativní četnost
Ano	51	100 %
Ne	0	0 %

Graf č. 3: Informovanost o syndromu vyhoření



Komentář:

Z 51 respondentů jich 51, tedy 100 %, odpovědělo, že o syndromu vyhoření již slyšelo. Z toho lze usuzovat, že v těchto zařízeních je informovanost o burnout vysoká. Otázkou ovšem, jak kvalitní tyto informace jsou.

Otázka č. 2: Co si představíte pod slovem syndrom vyhoření?

Komentář:

Tato otázka je otevřená a tak měli respondenti možnost odpovědět podle vlastního vnímání. Většina odpovědí si byla podobná a nejčastější představy o burnout byly: psychické vyčerpání, nezájem o práci, nechut' k práci, přepracovanost, neuspokojení z práce, rozladěnost, beznaděj ke zlepšení, únava, apatie, zbytečnost, nezájem, ztráta smyslu, pocit zmaru, marnost, únava, ztráta radosti, lhostejnost, spojení psychického i fyzického vyčerpání a ztráta schopnosti empatie s klienty. Další představy respondentů vyvolané slovem syndrom vyhoření byly: nesoustředěnost, roztržitost, alergie na práci, úplná únava z práce, psychické postižení, selhání organismu, ztráta ideálů

a profesionálního zájmu o klienty, ztráta smyslu své práce, celkový úpadek v pracovní oblasti, vyčerpání v důsledku přemrštěných nároků na sebe samu, absolutní ztráta zájmu o práci o všechno, člověk nemůže vůbec nic, cítí se naprosto vyčerpaný a vyřízený.

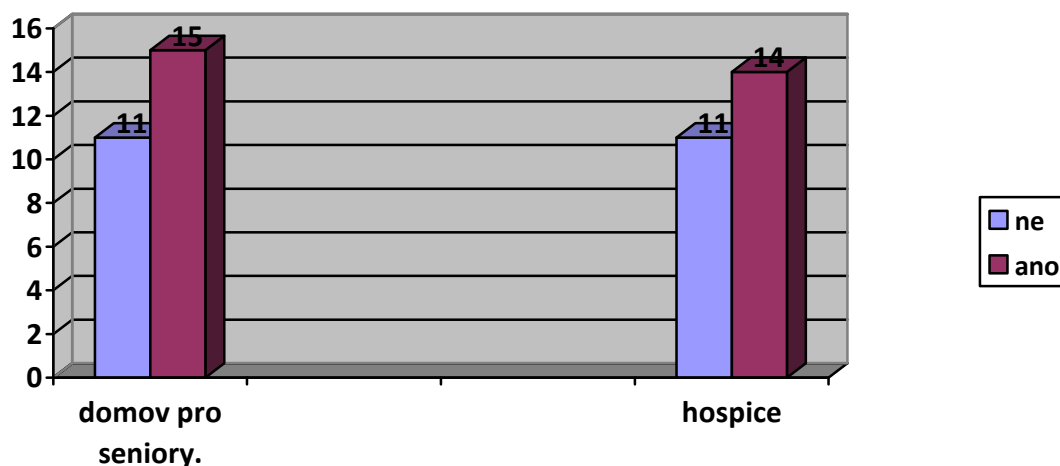
Z odpovědí bylo zřejmé, že veskrze všichni respondenti vnímali burnout syndrom negativně. Většina uváděla jeho projevy a důsledky, někteří vlastní definice. Velmi často zmiňovali práci a vliv vyhoření na ni. Jen jeden respondent má o syndromu vyhoření jiné představy: „dají se za něj schovat veškeré problémy-pracovní, vztahy, děti atd.“

Otázka č. 3: Setkal/a jste se s osobou postiženou burnout syndromem?

Tabulka č. 3: Zkušenost s vyhořelou osobou

	domov pro seniory		Hospice	
	Četnost	relativní četnost	Četnost	relativní četnost
Ano	15	58%	14	56%
Ne	11	42%	11	44%

Graf č. 4: Zkušenost s vyhořelou osobou



Komentář:

Z celkového počtu respondentů 51 se jich 29 tedy 57 % setkala s osobou trpící syndromem vyhoření a zbylých 21, tedy 43 % nikoliv. V domově pro seniory se s takto nemocnou osobou setkalo 15, tedy 58 % respondentů, zatímco 11, tedy 42 % ne. V hospicích se jich s takovou osobou neseťkalo, tedy 44 % a 14, tedy 56 % respondentů

se s ní setkala. Většina respondentů a to jak celkově, tak i v domově i v hospicích se s osobou trpící burnout setkala, o dva respondenty je rozdíl větší v domově.

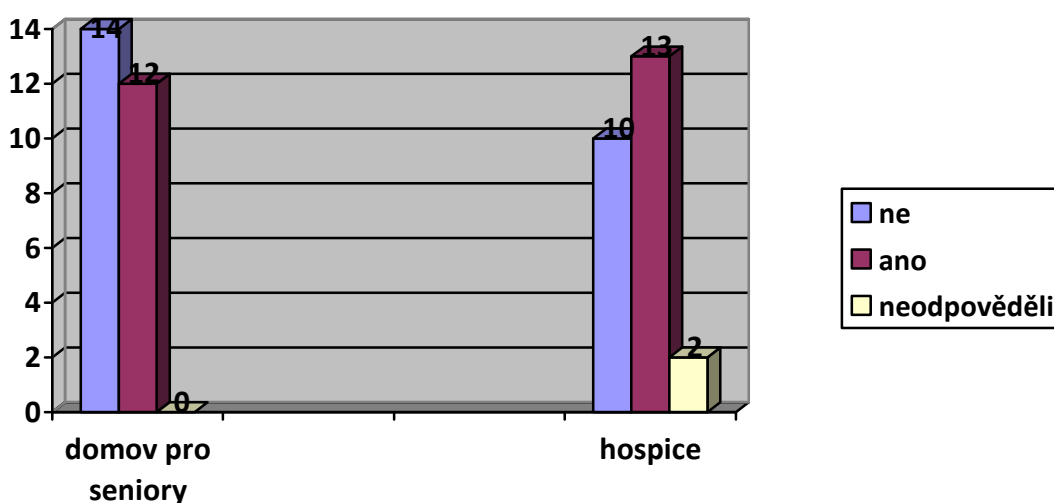
Otázky č. 4-28 budou analyzovány až v následující části. Poněvadž se budou porovnávat s dalšími otázkami.

Otázka č. 29: Jste věřící? Jakého vyznání?

Tabulka č. 4: Poměr věřících respondentů

	domov pro seniory		Hospice	
	Četnost	relativní četnost	Četnost	relativní četnost
Ano	12	46%	13	52%
Ne	14	54%	10	40%
Neodpověděli	0	0%	2	8%

Graf č. 5: Poměr věřících respondentů



Komentář:

Na tuto otázku neodpověděli všichni, 2 respondenti z hospiců, tedy 4 % z celkového počtu, ji vynechali. 25 respondentů z 51, tedy 49 % odpovědělo, že jsou věřící. 24 respondentů z celkového počtu, tedy 47 % odpovědělo, že věřící nejsou. V domově pro seniory převažovala odpověď ne a to počtem 14, tedy 54 %. Ano odpovědělo 12 respondentů, tedy 46 %. V hospicích převažovala odpověď ano, kterou zaškrtno 13

respondentů, tedy 52 %, zatímco ne odpovědělo 10 respondentů, tedy 40 % a 8 %, tedy 2 respondenti na tuto otázku neodpověděli.

Někteří respondenti nevyplnili vyznání. Z vyplněných odpovědí převažovala Římskokatolická církev, jeden respondent uvedl, že patří k Církvi adventistů sedmého dne a další, že je věřící ovšem bez vyznání.

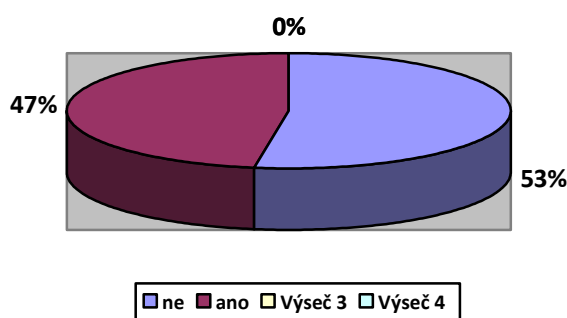
Otázka č. 30: Věříte, že smrt není koncem?

Tabulka č. 5: Postoj ke smrti

	domov pro seniory	Hospice
Ano	9	16
Ne	10	8

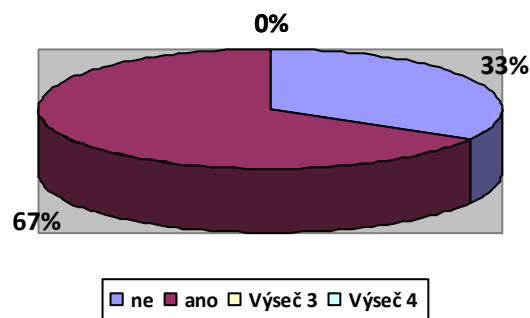
Graf č. 6: Postoj ke smrti

Domov pro seniory



Graf č. 7: Postoj ke smrti

Hospice



Komentář:

Na tuto otázku mnoho respondentů neodpovědělo, z celkového počtu 51 ji jich zodpovědělo pouze 43, z toho důvodu zde nebudou uvedena procenta. Z oněch 43 vyplněných 25 respondentů věří, že smrt není koncem a 18 respondentů věří, že smrt koncem je. V domově pro seniory převažuje odpověď ne a to o jednoho respondenta, zatímco v hospicích převažuje odpověď ano o 8 respondentů. Jeden respondent uvedl, že neví. Že smrt není koncem, uváděli v této odpovědi i někteří respondenti, kteří v předchozí otázce zaškrtnuli, že nejsou věřící. Všichni, kteří zde zodpověděli, že smrt není koncem zaškrtnuli v předcházející otázce, že jsou věřící, kromě jednoho respondenta, který uvedl, že jak pro koho.

Otázka č. 31: Pochybujete o své víře?

Komentář:

Tato otázka byla škálovací, respondenti mohli na škále od 1 do 5 vybrat, která hodnota lépe vystihuje jejich pochyby. 1 znamenala, že nepochybují, 5, že ano a 3, že někdy. Tuto otázku zodpovědělo pouze 32 respondentů z celkových 51, nebudou zde proto opět uvedena procenta. 18 respondentů uvedlo, že nepochybují, 3, že spíše nepochybují, 9, že pochybuje někdy a 2, že spíše pochybují. Z výsledků se nedá říci, ve kterých zařízeních pochybují více. Odpověď, že nepochybují, vybírali jak věřící i nevěřící ti, kteří věří, že smrt je koncem i ti kteří ne bez výrazného rozdílu. Stejně to bylo u těch, kteří pochybují. Jediné, co se dá říci, je, že většina respondentů si je svým postojem jistá a příliš nepochybuje.

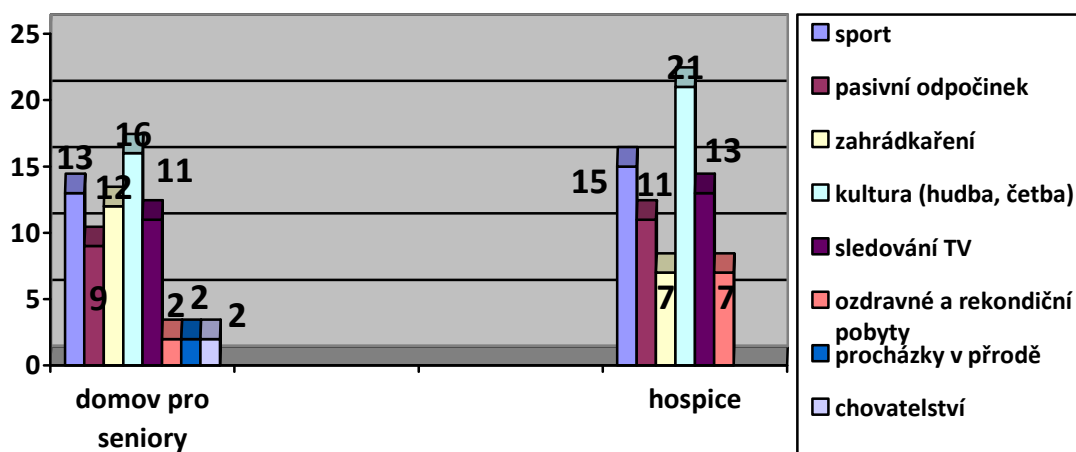
Otázka č. 32: Jakým způsobem relaxujete?

Graf č. 8: Způsob relaxace



Rozdělení způsobů relaxace podle toho, jestli je označili pracovníci domova pro seniory nebo hospiců.

Graf č. 9: Způsob relaxace hospice/domov pro seniory



Komentář:

Tato otázka se snažila zjistit, jakým způsobem respondenti nejčastěji relaxují. Mohli zatrhnout své oblíbené způsoby z 6 nabízených možností a na volné místo dopsat další. Z těchto dalších byly dva nejčastější (procházky v přírodě a chovatelství psů a koček) přidány do grafů. Graf č. 8 zobrazuje poměr oblíbených způsobů relaxace v celé skupině respondentů. Nejvyšší hodnotu má položka kultura, 37 respondentů rádo relaxuje při hudbě či četbou. Následuje sport, kterému se rádo věnuje 28 respondentů. Další oblíbeným relaxačním způsobem je sledování televize, 24 respondentů, poté pasivní odpočinek, 20 respondentů a zahrádkaření, 19 respondentů. Ozdravné a rekondiční pobyty označilo pouze 9 respondentů. Z respondentů přidanych relaxačních činností byly nejčastější procházky v přírodě, které označili 2 respondenti stejně jako sex a chovatelství psů a koček. Další připsané činnosti byly: vyšívání, houbaření, vaření, internet, pobyt na chatě, turistika, akce pro děti, divadelní představení, tanec, počítač, automobil, duševní cvičení a fyzická práce.

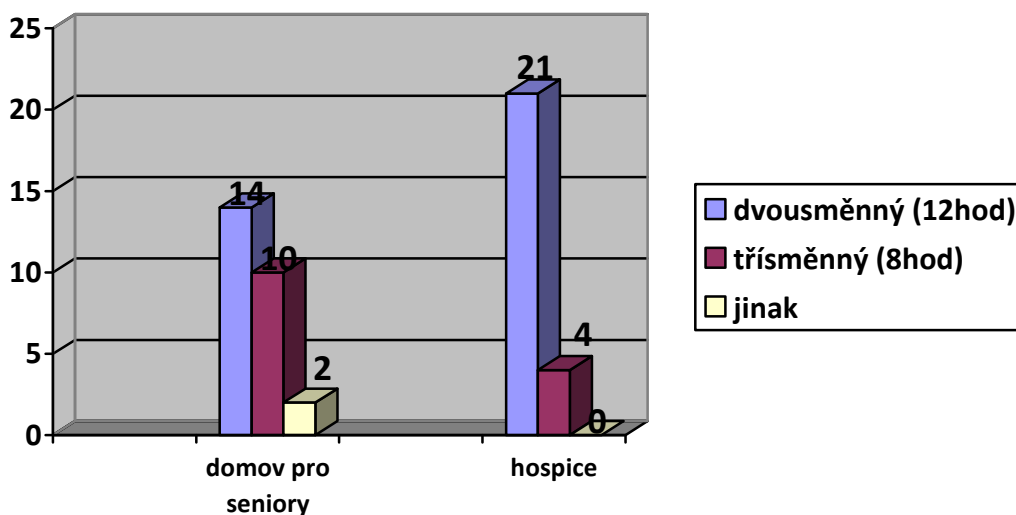
Graf č. 9 zobrazuje rozdíl mezi relaxačními činnostmi v domově a hospicích. V domově pro seniory byly činnosti různorodější, v hospicích jich mnoho nepřipisovali. V obou případech je na prvním místě hudba a četba a na druhém sport. Třetí místo má v domově pro seniory zahrádkaření, zatímco v hospicích je až na pátém místě. Na třetím místě tam je sledování televize a na čtvrtém pasivní odpočinek. Sledování televize a pasivní odpočinek následují po sobě také v domově pro seniory, kde se pak o šesté místo dělí ozdravné a rekondiční pobyty a respondenty připsané procházky v přírodě a chovatelství psů a koček. V hospicích jsou na posledním místě již zmíněné zahrádkaření a ozdravně rekondiční pobyty.

Otázka č. 33: Na jaký provoz pracujete?

Tabulka č. 6: Pracovní provoz

Provoz	Domov pro seniory		Hospice	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
dvousměnný (12hod)	14	54%	21	84%
třisměnný (8hod)	10	38%	4	16%
Jinak	2	8%		

Graf č. 10: Pracovní provoz



Komentář:

V domově pro seniory pracuje většina respondentů, 54 % na dvousměnný provoz po 12 hodinách. 38 % respondentů na třisměnný provoz po 8 hodinách a 8 % uvedlo jiný údaj a to; třisměnný provoz po 12 hodinách a jednosměnný provoz. V hospicích pracuje 84 % respondentů na dvousměnný provoz po 12 hodinách a zbylých 16 % na třisměnný po 8 hodinách.

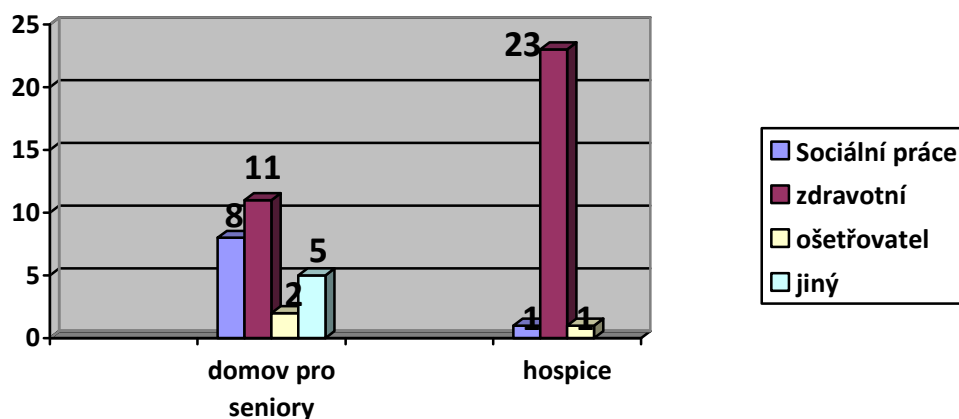
Otázka č. 34 bude analyzována až v následující části. Bude se totiž zkoumat její vliv na otázky 4-28.

Otázka č. 35: Obor studia

Tabulka č. 7: Obor studia

Obor studia	Domov pro seniory		Hospice	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
Sociální práce	8	31%	1	4%
Zdravotní	11	42%	23	92%
Ošetřovatel	2	8%		
Jiný	5	19%	1	4%

Graf č. 11: Obor studia



Komentář:

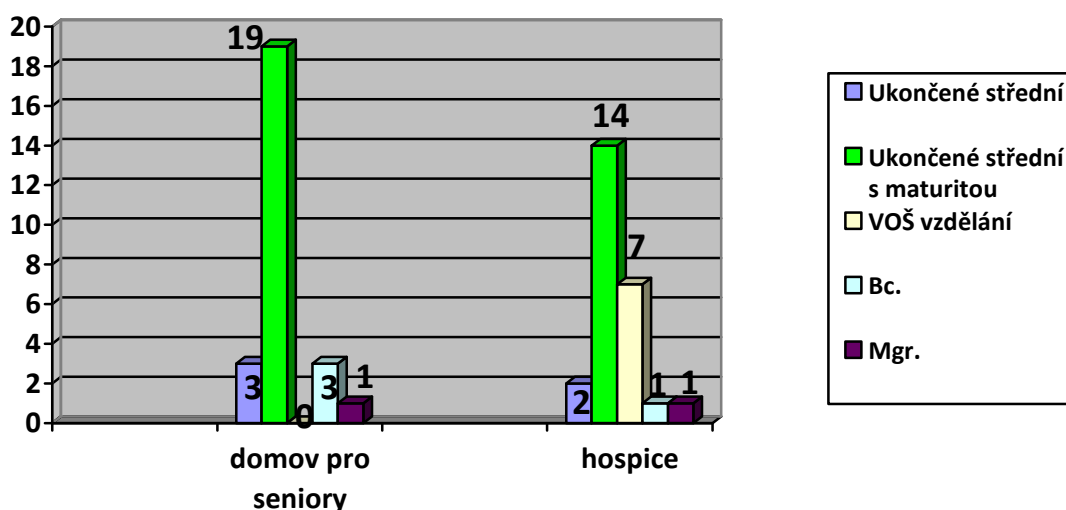
V hospicích převažuje s 92 % obor studia respondentů zdravotní obor. Jeden respondent uvedl, že má vystudovány sociální práci v kombinaci se zdravotnictvím a jeden, že vystudoval pedagogický směr. V domově pro seniory není tento rozdíl tak značný, převažuje také zdravotní obor, 42 % respondentů, následuje sociální práce 31 % respondentů a 19 % uvedlo jiný obor. Tyto obory jsou ekonomický, sociální pečovatelský, gymnázium, rodinná škola a sociální pedagogika. 8 % respondentů uvedlo jako obor studia ošetřovatelství.

Otázka č. 36: Dosažené vzdělání

Tabulka č. 8: Dosažené vzdělání

Dosažené vzdělání	Domov pro seniory		Hospice	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
Ukončené střední	3	12%	2	8%
Ukončené střední s maturitou	19	73%	14	56%
VOŠ vzdělání			7	28%
Bc.	3	12%	1	4%
Mgr.	1	4%	1	4%

Graf č. 12: Dosažené vzdělání



Komentář:

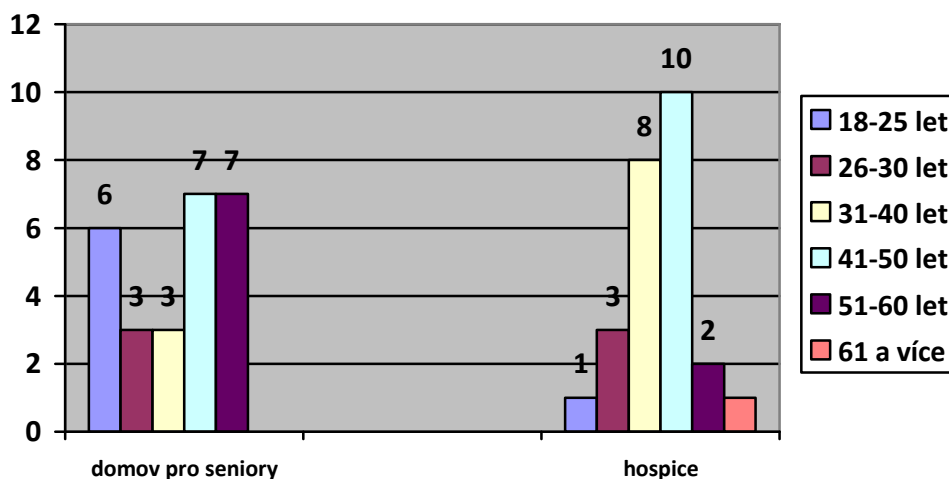
V domově pro seniory převažuje mezi respondenty ukončené střední vzdělání s maturitou, 73 %, dále následují s 12 % ukončené střední vzdělání a vysokoškolské vzdělání zakončené bakalářskou zkouškou. Pouze čtyři procenta respondentů mají magisterské vzdělání. V hospicích také převažuje ukončené střední vzdělání s maturitou, 56 % a 28 % následuje vyšší odborné vzdělání. 8 % respondentů uvedlo ukončené střední vzdělání a po 4 % mají respondenti bakalářské i magisterské vzdělání.

Otázka č. 38: Jaký je váš věk?

Tabulka č. 1: Složení výzkumného vzorku respondentů (viz. taktěž s.X)

Věk	Domov pro seniory		Hospice	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
18-25 let	6	23%	1	4%
26-30 let	3	12%	3	12%
31-40 let	3	12%	8	32%
41-50 let	7	27%	10	40%
51-60 let	7	27%	2	8%
61 a více	0	0%	1	4%

Graf č. 2: Věk respondentů (viz. taktěž s.X)



Komentář:

Této tabulky a grafu již bylo využito k demonstraci výzkumného vzorku. V domově pro seniory bylo 27% respondentů ve věku 41 - 50 i 51 - 60 let, společně tam tak tvoří dvě největší skupiny. Další s 23 % tvoří respondenti ve věku 18 - 25 let a nejméně, 12 % mají dvě skupiny a to 26 - 30 let a 31 - 40 let. Nebyl tam žádný respondent starší 61 let. V hospicích převažuje 40 % skupina 41 - 50 let a hned po ní s 32 % skupina 31 - 40 let. 12 % respondentů náleželo ke skupině 26 - 30 let a 8 % ke skupině 51 - 60 let. 4 % mají skupiny 18 - 25 let stejně jako starší 61 let.

Otázky č. 39 a č. 37 již byly analyzovány v části věnující se výzkumnému vzorku. Jednalo se o pohlaví respondentů a o tom, kolik jich je z hospiců a kolik z domova pro seniory.

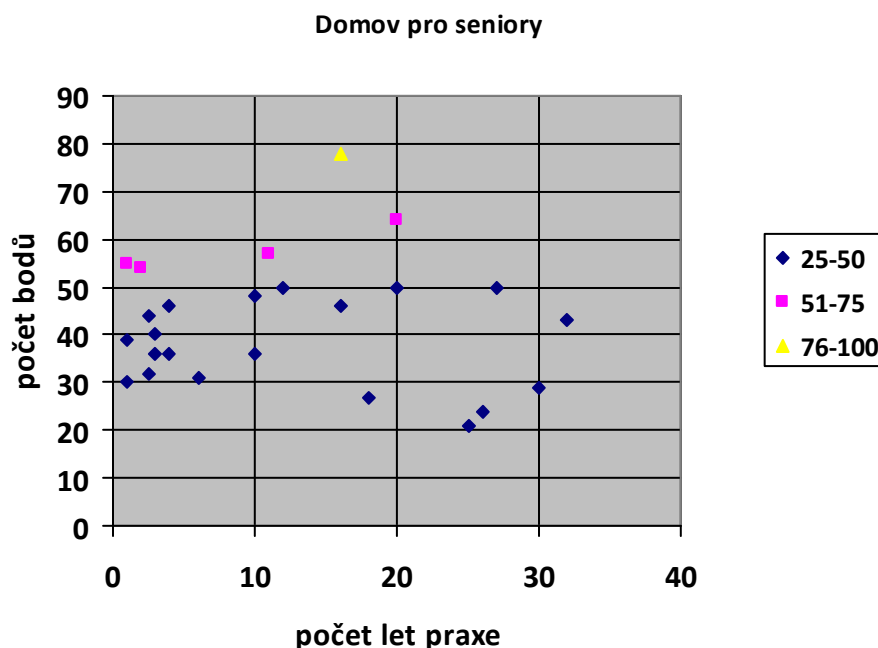
7.2 Test indikace vyhořívání

Otázky č. 4-28 jsou převzaty z knihy B. A. Potterové, *Jak se bránit pracovním vyčerpáním*.⁸² Jedná se o sadu šalovacích otázek, které odpovídají příznakům vyhoření či deprese. Škála obsahuje 5 bodů, které se na konci sčítají. Čím větší je počet bodů, tím nepříjemněji se respondent cítí. Pokud má velký počet bodů, měl by podniknout něco k překonání svých problémů. Otázka č 34 zjišťovala dobu praxe v oboru jednotlivých respondentů. Grafy porovnávají dobu praxe a počet bodů dosažených v testu indikace vyhořívání.

Tabulka č. 9: Náchylnost k vyhoření

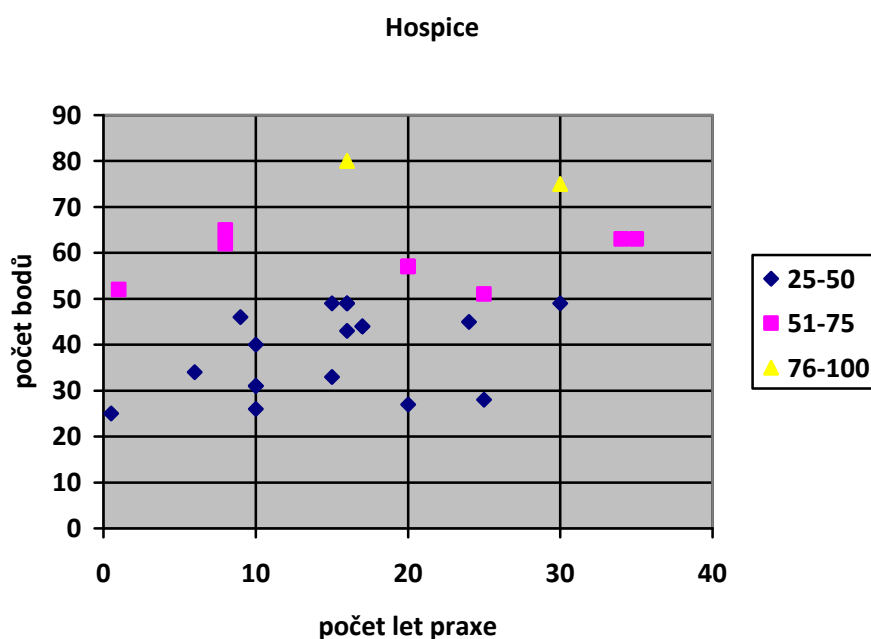
Výsledky v bodech	Domov pro seniory		Hospice	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
25-50	21	81%	16	64%
51-75	4	15%	8	32%
76-100	1	4%	1	4%
101-125				

Graf č. 13: Náchylnost k vyhoření v domově pro seniory



⁸² Viz. POTTEROVÁ B. A. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání*. Olomouc: Votobia, 1997. s. 12-13.

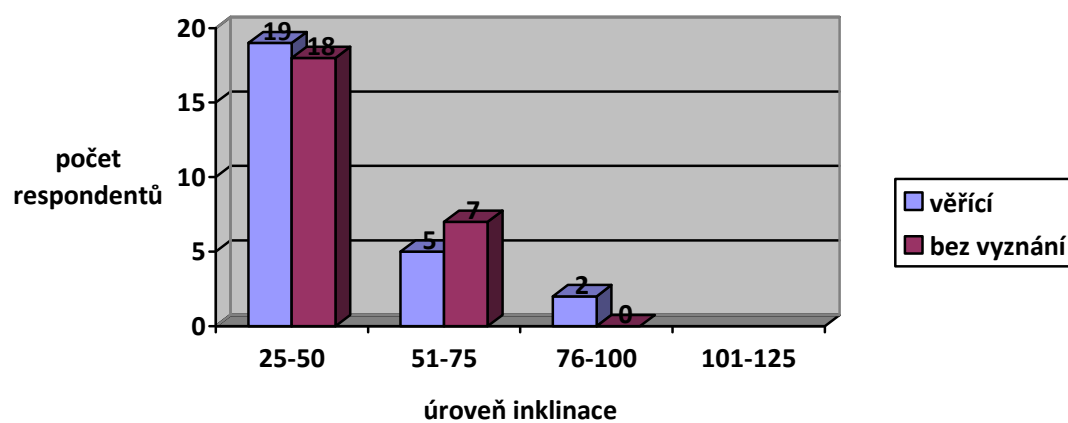
Graf č. 14: Náhylnost k vyhoření v hospicích



Tabulka č. 9: Poměr inklinace k burnout respondentů věřících a bez vyznání

Výsledky v bodech	Bez vyznání		Věřící	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
25-50	18	35 %	19	37 %
51-75	7	14 %	5	10 %
76-100			2	4%
101-125				

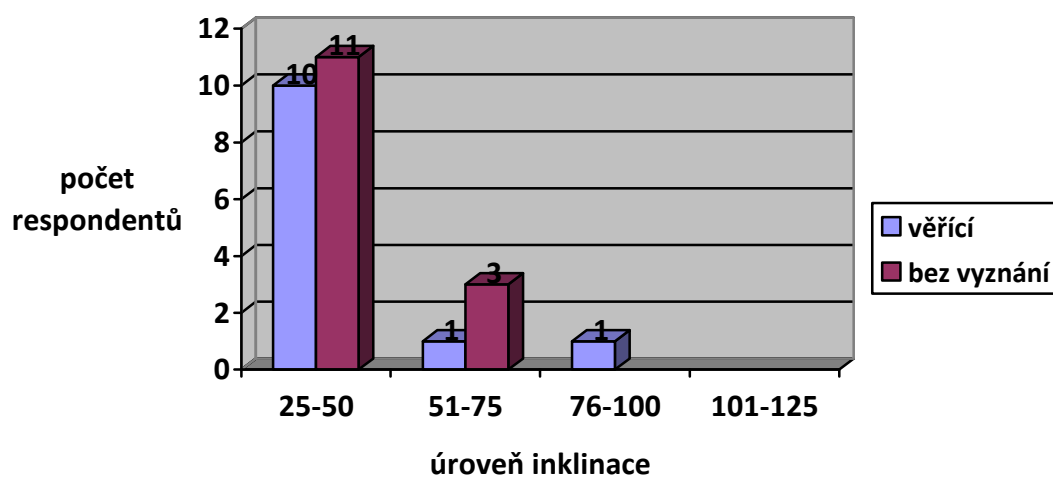
Graf č. 15: Poměr inklinace k burnout



Tabulka č. 10: Poměr inklinace k burnout v domově pro seniory

Výsledky v bodech	Bez vyznání		Věřící	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
25-50	11	42 %	10	38 %
51-75	3	12 %	1	4 %
76-100			1	4%
101-125				

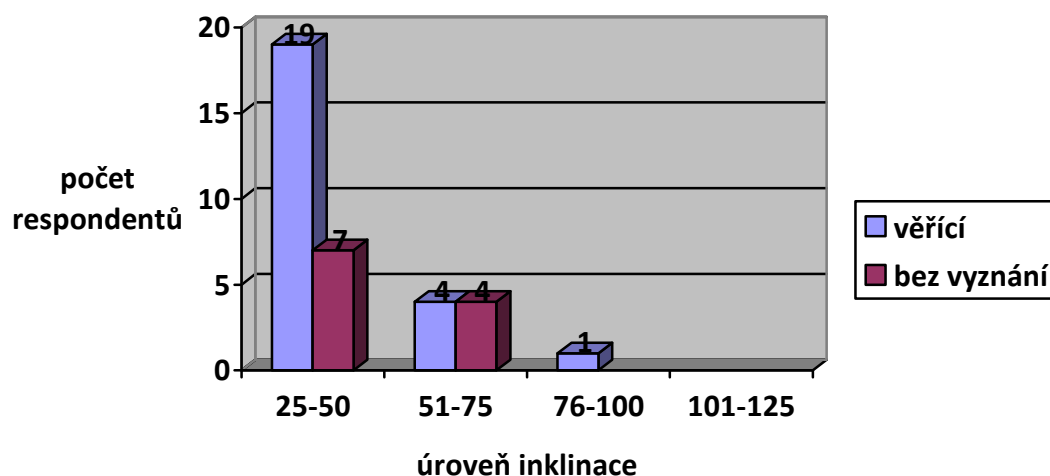
Graf 4. 16: Poměr inklinace k burnout v domově pro seniory



Tabulka č. 11: Poměr inklinace k burnout v hospicích

Výsledky v bodech	Bez vyznání		Věřící	
	Četnost	Relativní četnost	Četnost	Relativní četnost
25-50	7	28 %	19	36 %
51-75	4	16 %	4	16 %
76-100			1	4%
101-125				

Graf č. 17: Poměr inklinace k burnout v hospicích



Komentář:

Potterová ve své knize rozděluje bodové výsledky podle vážnosti situace. Pokud respondent získá 25 - 50 bodů, je relativně v pořádku. 51 - 75 bodů znamená, že pokud respondent uskuteční preventivní opatření, bude v pořádku a 76 - 100 bodů označuje, že respondent má k pracovnímu vyhoření velmi blízko. Jestli respondent získá 101 - 125 bodů, znamená to, že již vyhořívá.⁸³ Poslední skupina se v dotaznících vůbec neobjevila, předposlední minimálně, druhá více a první naprosto převažuje. V domově pro seniory se ve skupině 25 - 50 bodů nachází 81 % a v hospicích 64 %. Skupina 51 - 75 bodů má v domově pro seniory 15 % a v hospicích 32 %. Skupina 76 - 100 bodů má v hospicích i v domově pro seniory stejný počet 4 %. Grafy se snaží zjistit, zda má doba praxe vliv na náchylnost k vyhoření. Z těchto výsledků se to ovšem nedá potvrdit. Je ovšem zřejmé, že více respondentů inklinujících k vyhoření se nacházelo v hospicích a to o 17 %.

Tabulky a grafy 15, 16 a 17 se snaží zjistit vliv víry na inklinaci k vyhoření. Celkově odpovědělo 25 respondentů, tedy 49 %, že jsou bez vyznání a 26 respondentů, tedy 51%, že jsou věřící. Ve skupině 25 - 50 bodů bylo 18 respondentů, tedy 35 % bez vyznání a 19 respondentů, tedy 37 % věřících. Ve skupině 51 - 75 bodů 7 respondentů bez vyznání, tedy 14 % a 5 respondentů věřících, tedy 10 %. Ve skupině 76 - 100 bodů byli pouze dva respondenti, tedy 4 % a to věřící.

⁸³ POTTEROVÁ B. A. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání.*, 1997

8 Diskuze

Metodou dotazníkového šetření byly zjišťováno, co má vliv na vznik syndromu vyhoření a výzkumné cíle, jelikož počet vrácených dotazníků není příliš vysoký a jako zástupce domovů pro seniory slouží pouze jedno zařízení, je výpovědní hodnota dotazníků pouze orientační.

Nejčastější věk respondentů byl 41 - 50 let, druhou nejčastější skupinu tvořili respondenti ve věku 31 - 40 let. Výzkumný předpoklad byl tedy správný.

Výzkumný předpoklad tvrdí, že pracovníci o burnout syndromu již slyšeli. Povědomí o syndromu vyhoření se ukázalo obrovské, neboť 100 % respondentů odpovědělo, že již o něm slyšelo, 57 % respondentů se dokonce setkala s osobou trpící vyhořením. Když měli dotazovaní popsat, co si pod pojmem burnout představují, uváděli příznaky a důsledky vyhoření, kromě jednoho respondenta, který byl poměrně skeptický a uvedl, že to je něco, za co se dají skrýt veškeré problémy v práci i v rodině.

Nejčastější způsob relaxace je četba a poslech hudby, následován sportem, sledováním televize a zahrádkařením. Respondenti uváděli i další vlastní způsoby jako vycházky do přírody či péče o domácí mazlíčky. Zde se výzkumný předpoklad považující za hlavní relaxační činnost sledování televize ukázal mylným.

Otázky týkající se víry a postoje ke smrti byly nejčastěji přeskokovány. 49 % uvedlo, že jsou věřící, převažovalo katolické vyznání, ale objevil se i jeden adventista sedmého dne a jeden věřící respondent bez vyznání. Otázku zda věří, že smrt není koncem zodpovědělo nejméně respondentů. Mezi těmi, kteří odpověděli, převažovala víra, že smrt není koncem. O svém přesvědčení nepochybují, pouze 2 respondenti uvedli, že spíše pochybují.

Co se týče inklinace k vyhoření celkově pouze 4 % dotazovaných se nacházela v pásmu, které Potterová označuje pro kandidáty na vyhoření. Ukázalo se, že délka praxe nemá přímý vliv na syndrom vyhoření. Vliv víry na náchylnost k vyhoření se také přímo neprokázal. Ve skupině, která by dle Potterové měla podniknout preventivní opatření je více procent respondentů bez vyznání ovšem ve skupině Potterovou označovanou za kandidáty na vyhoření jsou pouze respondenti věřící i když jen 4 %.

ZÁVĚR

Přestože se syndromu vyhoření věnuje nespočet publikací a diplomových prací, je to neustále důležité téma, zvláště se dotýkající pomáhajících profesí. Pracovníci hospicových zařízení a domovů pro seniory pracují v prostředí poměrné psychické zátěže a bývají často vystavováni zátěžovým situacím. Slovy jedné respondentky je to „psychicky náročná a málo placená práce.“

V teoretické části jsem díky odborné literatuře shromáždila informace o příčinách, průběhu a prevenci syndromu vyhoření i o chodu domovů pro seniory a hospicových zařízení. V praktické části jsem dotazníkovým šetřením mezi zaměstnanci těchto zařízení zjišťovala jejich povědomí o burnout syndromu, způsoby, kterými relaxují, jejich postoj k víře a ke smrti. Nakolik jsou ohroženi burnout syndromem a zda délka praxe a víra ovlivňují náchylnost k vyhoření.

Ukázalo se, že zaměstnanci těchto zařízení mají o syndromu vyhoření velké povědomí, znají víceméně jeho příčiny a projevy. Častokrát se také setkali s osobou vyhořením trpící. Nejobvyklejšími způsoby relaxace jsou poslech hudby, četba, sport, sledování televize a zahrádkaření. To že by víra či délka praxe měla větší vliv na náchylnost k vyhoření se mi přímo neprokázalo. Zajímavou skutečností bylo, že 4 % respondentů se podle testu indikace vyhoření od B. A. Potterové nachází v kritickém pásmu a mají blízko k vyhoření.

Vzhledem k malému počtu zařízení, které se mnou spolupracovaly a následně velmi malému počtu dotazníků, které jsem zpracovávala se jedná pouze o orientační šetření. Nabízí se tedy možnost rozpracovat toto téma hlouběji, což však přesahuje možnosti bakalářské práce.

Seznam literatury

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

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. 1.vyd. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32 s. ISBN 80-86991-74-1.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. 2.vyd. Praha : SZÚ, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.

KEBZA, ŠOLCOVÁ, Přehledové studie. In *Československá psychologie*, ročník XLII, č. 5, r. 1987, 222 s.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 2.vyd. Praha : Portál, 1997. 152 s. ISBN 80-7178-291-2.

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5.vyd. Praha:Portál, 2006. 348 s. ISBN 80-7367-122-0.

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

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

MALKOVSKÁ, N. *Sociálně ekonomické aspekty typologie hospicových domů*. 1. vyd. Praha : Vydavatelství ČVUT, 2007. 198 s. ISBN 978-80-01-03800-0.

MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.

POTTEROVÁ, B. A. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání*. Olomouc : Votobia, 1997. 259 s. ISBN 80-7198-211-3.

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

SANDTNER, P. *Doprovázení v hospicové péči a logoterapie: diplomová práce*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Katolická, teologická fakulta, 2004. 100 s., vedoucí diplomové práce Ing. Aleš Opatrný, Th. D.

ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Psychoneuroimunologie a zvládání stresu. *Československá psychologie*, 1998, roč. 42, č. 1, s. 32-39. ISSN 0009-062X.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6.vyd. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2008. 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.

TOŠNEROVÁ, T., TOŠNER, J. *Burn-out syndrom/Syndrom vyhoření. Pracovní sešit pro účastníky kursů*. Praha : Hestia, 2002. 16 s. Bez ISBN.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

Zákon č. 108/2006Sb o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Elektronické zdroje

Co je hospic. [online]. [cit. 2011-05-06]. Dostupné z WWW: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>.

Co je paliativní léčba, péče a medicína? [online]. [cit. 2011-05-06]. Dostupné z WWW: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Použitý dotazník

Příloha č. 2: Inventář syndromu vyhoření převzatý z POTTEROVÁ, B. A. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání*. Olomouc : Votobia, 1997. s. 12-13

Příloha č. 1: Použitý dotazník dotazník

Vybrané odpovědi **zakroužkujte**.

1) Slyšel/a jste o syndromu vyhoření? a) ano b) ne

2) Co si představíte pod slovem syndrom vyhoření?

.....
.....

3) Setkal/a jste se s osobou postiženou burn out syndromem?

a) ano b) ne

Místo pro Vaše případné poznámky:

.....

U otázek 4-28 zakroužkujte prosím na škále 1 – 5 (1=zřídka, 2=občas ano, 3=neutrální odpověď, 4=často ano, 5=téměř vždy ano) hodnotu, která nejvíce odpovídá Vaším pocitům.

- | | |
|---|-----------|
| 4) Jsem nespokojený(á) se svou prací. | 1 2 3 4 5 |
| 5) Jsem unavený(á), i když mám dostatek spánku. | 1 2 3 4 5 |
| 6) Cítím se smutný(á) bez jasného důvodu. | 1 2 3 4 5 |
| 7) Snadno se rozčílím a utrhuji se na lidi. | 1 2 3 4 5 |
| 8) Vyhýbám se lidem v práci a v soukromém životě. | 1 2 3 4 5 |
| 9) Mám potíže se spaním, protože mám starosti v práci | 1 2 3 4 5 |
| 10) Jsem více nemocen(ná) než dříve. | 1 2 3 4 5 |
| 11) Jsem zapomnětlivý(á). | 1 2 3 4 5 |
| 12) Práce mě nudí. | 1 2 3 4 5 |
| 13) Pilně pracuji, ale s malými výsledky. | 1 2 3 4 5 |
| 14) Cítím se znechucený(á) ze své práce. | 1 2 3 4 5 |
| 15) Můj přístup k práci lze definovat: „Proč se namáhat?“ | 1 2 3 4 5 |
| 16) Dostávám se do konfliktů. | 1 2 3 4 5 |
| 17) Moje výkony v práci nejsou nejlepší. | 1 2 3 4 5 |
| 18) Piji alkohol a beru léky, abych se cítil(a) lépe. | 1 2 3 4 5 |
| 19) Komunikace s lidmi mě vyčerpává. | 1 2 3 4 5 |
| 20) Nemohu se soustředit na práci tak jako dříve. | 1 2 3 4 5 |
| 21) Nerad(a) chodím do práce. | 1 2 3 4 5 |
| 22) Společenská zábava mě unavuje. | 1 2 3 4 5 |
| 23) Sexuální život nestojí za vynaložené úsilí. | 1 2 3 4 5 |

- 24) Většinou se ve svém volném čase dívám na televizi. 1 2 3 4 5
- 25) Není toho moc, na co se mohu ve své práci těšit. 1 2 3 4 5
- 26) Práce mi dělá starost i v době volna. 1 2 3 4 5
- 27) Moje pracovní pocity zasahují i do mého soukromého života. 1 2 3 4 5
- 28) Práce se mi zdá bezúčelná. 1 2 3 4 5
- 29) Jsem věřící a) ano, jaké vyznání..... b) ne
- 30) Věřím, že smrt není koncem. a) ano b) ne
- 31) Pochybuji o své víře. 1 2 3 4 5 (1=ne, 3=někdy, 5=ano)
- 32) Jakým způsobem relaxujete? (vybraný způsob podtrhněte)
- sport, pasivní odpočinek, zahrádkaření, kultura (hudba, četba), sledování televize, ozdravné a rekondiční pobyty
 - jiné (jaký)
-
-
- 33) Pracujete na a) dvousměnný provoz (12 hodin)
b) třisměnný provoz (8 hodin)
c) jinak (jak)
- 34) Doba praxe v oboru (roky) roků
- 35) Obor studia a) sociální práce
b) zdravotní
c) ošetřovatel
d) jiný (jaký)
- 36) Dosažené vzdělání a) ukončené střední
b) ukončené střední s maturitou
c) VOŠ vzdělání
d) VŠ vzdělání Bc. Mgr.
- 37) Pracuji v a) domově pro seniory b) hospici
- 38) Jaký je váš věk? a) 18-25let b) 26-30let c) 31-40let
d) 41-50let e) 51-60let d) 61 a více
- 39) Jaké je vaše pohlaví? a) muž b) žena

Vaše poznámky:

.....

.....

Příloha č. 2: Inventář syndromu vyhoření

Vyhořívám?

INSTRUKCE: Projděte si svůj pracovní i mimopracovní život za posledních šest měsíců. Potom si přečtete následující výroky a určete, jak často se u vás jednotlivé příznaky projevovaly. Nakonec body sečtete.

HODNOCENÍ: 1 = zřídka, 2 = občas ano, 3 = napůl ano, 4 = často ano, 5 = téměř vždy ano

- 1) Jsem nespokojený(á) se svou prací.
- 2) Jsem unavený(á), i když mám dostatek spánku.
- 3) Cítím se smutný(á) bez jasného důvodu.
- 4) Snadno se rozčílím a utrhnu se na lidi.
- 5) Vyhýbám se lidem v práci a v soukromém životě.
- 6) Mám potíže se spaním, protože mám starosti v práci
- 7) Jsem více nemocen(ná) než dříve.
- 8) Jsem zapomnětlivý(á).
- 9) Práce mě nudí.
- 10) Pilně pracuji, ale s malými výsledky.
- 11) Cítím se znechucený(á) ze své práce.
- 12) Můj přístup k práci lze definovat: „Proč se namáhat?“
- 13) Dostávám se do konfliktů.
- 14) Moje výkony v práci nejsou nejlepší.
- 15) Piji alkohol a beru léky, abych se cítil(a) lépe.
- 16) Komunikace s lidmi mě vyčerpává.
- 17) Nemohu se soustředit na práci tak jako dříve.
- 18) Nerad(a) chodím do práce.

- 19) Společenská zábava mě unavuje.
- 20) Sexuální život nestojí za vynaložené úsilí.
- 21) Většinou se ve svém volném čase dívám na televizi.
- 22) Není toho moc, na co se mohu ve své práci těšit.
- 23) Práce mi dělá starost i v době volna.
- 24) Moje pracovní pocity zasahují i do mého soukromého života.
- 25) Práce se mi zdá bezúčelná.

VÝSLEDKY:

- 25 – 50 Jste na tom dobře.
- 51 – 75 Jste v pořádku, pokud podniknete preventivní opatření.
- 76 – 100 Jste kandidátem na pracovní vyhoření.
- 101 – 125 Už vyhoříváte.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Lucie Holmanová
Katedra:	Speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. et Mgr. Marie Chrásková
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Syndrom vyhoření v pomáhajících profesích
Název v angličtině:	Burn-out syndrome-danger in the helping profession
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá syndromem vyhoření mezi pracovníky hospicových zařízení a domovů pro seniory. Teoretická část obsahuje popis a charakteristiku syndromu vyhoření, hospiců a domovů pro seniory. Praktická část je založena na výzkumném šetření pomocí dotazníků. Snaží se zjistit jaká je realita.
Klíčová slova:	syndrom vyhoření, domov pro seniory, hospic, prevence, zátěžová situace, stres, duševní hygiena, paliativní péče
Anotace v angličtině:	Bachelor thesis is focused on issues of burnout syndrome among employees in hospices and retirements homes. Theoretical part includes description and characteristics of burnout, hospices and retirements homes. Practical part is based on survey using questionnaires.
Klíčová slova v angličtině:	burnout syndrome, retirement home, hospice care, prevention, stress situation, stress, mental hygiene, palliative care
Přílohy vázané v práci:	dotazník, inventář syndromu vyhoření
Rozsah práce:	50
Jazyk práce:	český

