

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA  
Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Monika Kotrlová

ASPEKTY KVALITY ŽIVOTA OSOB PEČUJÍCÍCH O OSOBY  
SENIORSKÉHO VĚKU

Olomouc 2013

vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem „Aspekty kvality života osob pečujících o osoby seniorského věku“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce a za použití pramenů uvedených v závěru bakalářské práce.

V Olomouci dne 10. února 2013

.....

Děkuji Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za odborné vedení práce a za poskytnutí cenných rad. Poděkování patří také sociálním pracovnícím, zdravotním sestřám, pracovníkům v sociálních službách a ostatním zaměstnancům prostějovského domova pro seniory za pomoc při sběru dat pro empirickou část práce.

Monika Kotrlová

## Obsah

ÚVOD.....	5
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	7
1 OSOBA SENIORSKÉHO VĚKU.....	7
1.1 Stárnutí a stáří .....	7
1.2 Eriksonova vývojová teorie .....	9
1.3 Periodizace stáří.....	10
2 KVALITA ŽIVOTA .....	12
2.1 Pojetí kvality života a definice .....	12
2.2 Metody zjišťování kvality života.....	13
3 PÉČE O SENIORY .....	15
3.1 Rodina seniora .....	15
3.2 Služby pro seniory .....	16
4 PEČUJÍCÍ O OSOBY SENIORSKÉHO VĚKU.....	19
4.1 Prestiž a náročnost profese .....	19
4.2 Specifika profese .....	20
4.3 Syndrom vyhoření .....	21
4.3.1 Historie a definice.....	21
4.3.2 Symptomy a fáze .....	23
4.3.3 Prevence .....	24
4.4 Zkušenost pečujícího s úmrtím klientů.....	26
II. EMPIRICKÁ ČÁST .....	28
5 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ .....	28
5.1 PŘEDPOKLADY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	28
6 METODIKA.....	29
7 MÍSTO ŠETŘENÍ A VÝZKUMNÝ VZOREK.....	30
8 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ .....	31
9 DISKUZE .....	38
10 ZÁVĚR.....	41
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	43
Přílohy .....	48

## ÚVOD

Demografický vývoj a stárnutí populace jsou v dnešní době často diskutovaná témata. Osob seniorského věku v naší společnosti přibývá. Navíc stárnutí a stáří se týkají každého z nás, našich blízkých, rodinných příslušníků, klientů či pacientů. Celou řadu odborníků zajímá kvalita jejich života. Že jde o problém aktuální, svědčí mimo jiné i celá řada prací, vypracovaných na toto téma. Také já jsem se rozhodla zabývat se touto problematikou, tentokrát však z úhlu pohledu osob, které o osoby seniorského věku pečují profesionálně, osob, které tuto náročnou činnost vykonávají jako povolání a věnují svůj pracovní i osobní potenciál péči o tyto osoby.

Péče o osoby seniorského věku není jen otázkou zdravotnictví. Společně se zdravotníky se na péči o tuto cílovou skupinu významně podílejí např. i sociální pracovníci, speciální pedagogové, či pracovníci v sociálních službách. Hlavním důvodem výběru tématu pro mě byla šestiletá praxe v péči mimo jiné i o osoby seniorského věku a zájem o problematiku gerontologie. Jako zdravotní sestra už vím, že syndrom vyhoření není jen teorie z knih a že vztah, který s klientem či pacientem navážete, Vás může v mnohém ovlivnit. K tématu stáří patří i problematika umírání a smrti. Konfrontace pečujících s umíráním, se smrtí, tedy s konečností lidského života je častou zátěžovou situací, kterou s sebou nese výkon tohoto povolání.

Hlavním cílem této bakalářské práce je rozpracovat některé aspekty kvality života osob pečujících o osoby seniorského věku.

V teoretické části bakalářské práce jsou popisovány pojmy, které jsou s tímto tématem spojené: stárnutí, stáří, Eriksonova vývojová teorie, periodizace stáří, kvalita života a metody jejího zjišťování, možnosti péče o seniory, specifika profese pečujících o osoby seniorského věku, syndrom vyhoření a věnuji se dopadu zkušenosti s úmrtím klientů na pečujícího. Informace v teoretické části bakalářské práce jsem čerpala z dostupné odborné literatury. V praktické části bakalářské práce se snažím o:

- zachycení rozdílných názorů osob pečujících o osoby seniorského věku na otázku, který z jevů, spojených s výkonem povolání má největší negativní dopad do kvality jejich života.

- srovnání, zda osoby pečující o osoby seniorského věku s delší praxí hodnotí dopad konfrontace se smrtí do kvality jejich života rozdílně než osoby s kratší praxí.
- zjištění, jaká konkrétní opatření realizují osoby pečující o osoby seniorského věku v prevenci výskytu syndromu vyhoření nebo v boji se syndromem vyhoření.

V empirické části práce jsem použila metodu dotazníkového šetření. Dotazník byl určen pro skupinu zaměstnanců domova pro seniory, pečujících o osoby seniorského věku. Otázky jsem se snažila sestavit tak, aby z nich bylo možné zjistit rozdíl v názorech osob pečujících o osoby seniorského věku na otázku, který z jevů, spojených s výkonem povolání má největší dopad do kvality jejich života. Další otázky zjišťovaly, co si respondenti představují pod slovním spojením „syndrom vyhoření“ a co konkrétně dělají pro to, aby se u nich neobjevil syndrom vyhoření či v boji se syndromem vyhoření. Zjišťování jednotlivých názorů pomocí dotazníku se jeví jako nejvhodnější forma, protože bylo třeba oslovit větší množství respondentů. Dotazník byl anonymní a zcela dobrovolný. Doufám, že moje práce bude přínosem hlavně pro osoby, které toto záslužné a náročné povolání vykonávají.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 OSOBA SENIORSKÉHO VĚKU

### 1.1 Stárnutí a stáří

Východiskem každé práce o seniorech je vymezení této skupiny osob. V tomto však nepanuje jednoznačná shoda. V odborné literatuře je v tomto kontextu používáno mnoho různých termínů. Kozáková a Müller (2006) uvádějí, že v gerontologii se např. můžeme setkat s pojmem *geront* (což však může evokovat spíše nesoběstačného člověka), v psychologii s pojmem *senescent* (což bývá považováno za již zastaralý termín). V běžné mluvě lze zaslechnout pojmy typu *důchodce* nebo *starý*. Termín *důchodce* však označuje pouze člověka pobírajícího důchod, proto není příliš vhodný. Pojem *starý* má negativní citový náboj. V současné době se ustálil termín *senior*, který je považován za významově neutrální a nahrazuje specifické označení starého člověka z pohledu různých vědeckých disciplín. Další možné termíny, se kterými se můžeme setkat, jsou např. *postproduktivní věk*, *ekonomicky postaktivní věk*, *třetí věk*, či termín *čtvrtý věk*, který označuje fázi závislosti. Jak uvádí Haškovcová (2010), v poslední době se můžeme také setkat s označením *50+*, *60+*, *70+* atd., event. s variantou *50plus*, *60plus*, *70plus* atd. Evropskou komisí jsou pak aktuálně navrhovány i termíny *zkušenější* nebo *věkově pokročilý občan*. Haškovcová se přiklání k označování seniorů jednoduše jako *starších občanů*.

V této práci a v celé problematice, která se týká osob seniorského věku, se intenzivně používají pojmy „stárnutí“ a „stáří“. Rovněž pokusů o definování těchto pojmů najdeme v literatuře mnoho. Mühlpachr a Staníček (2001) popisují stárnutí jako celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřejmějšími zhruba od přelomu 4. a 5. decenia, a to v závislosti na náročnosti prostředí. Tvaroh (1983) tvrdí, že stárnutí může být přirovnáno k pochodu, který obecně vede k úbytku sil, ke zpomalení až uhasnutí životních pochodů a jeho zakončení je přirozená smrt. Topinková a Neuwirth (in Malíková, 2011) uvádějí, že stárnutí je specifický, nezvratný a neopakovatelný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem. Délka života je přitom geneticky determinovaná a pro každý druh specifická.

Mühlpachr (2008, s. 22) uvádí: „*stárnutí (také gerontogeneze) je zákonitý, druhově specifický celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřejmější ve 4. deceniu, event. na přelomu 4. a 5. decenia.*“. Mühlpachr dále v tomto díle tvrdí, že jde o proces individuální,

který probíhá se značnou interindividuální variabilitou danou nejen genetickou výbavou, ale také různými životními podmínkami, interakcemi s prostředím, odlišným zdravotním stavem i životním stylem. Jde o proces heterogenní, postihující nerovnoměrně různé struktury a funkce organismu. Velký sociologický slovník (1996) definuje stárnutí mimo jiné jako postupující opotřebování, negativní změny projevující se ubýváním energie, únavou, stagnací, funkčními výpadky až degenerací. Primárně jde o biologický proces v živých organismech, jehož základem je pokračující odumírání tělesných buněk, event. jejich nahrazování buňkami horší kvality. O něco níže se v textu můžeme dočíst, že jakmile úvahy o stárnutí překročí biologické hranice, tzn. uvažuje-li se o psychice nebo též o sociálním organismu, spojuje se s kategorií stárnutí i řada pozitivních vlastností, např. nárůst zkušeností, rozvahy, moudrosti, intelektuální zdokonalování, stabilizace pozitivních hodnotových vzorců apod. Velký psychologický slovník (2010) definuje stárnutí jako involuci, proces negativních změn, k nimž dochází po dosažení dospělosti. Stárnutí je provázeno zmenšenou přizpůsobivostí v mezních zátěžích již po třicítce; s věkem klesá výbavnost nových materiálů, učení se novým symbolům, vstřípivost čísel, bezsmyslných slabik a přepojování pozornosti; naopak další růst s věkem uchovává paměť pro jednoduché materiály i profesní paměť, paměť pro tóny, slovní zásobu a všeobecnou informovanost.

Značnou variabilitu lze pozorovat i v pokusech o definování pojmu stáří. Velký sociologický slovník (1996) definuje stáří mimo jiné jako závěrečnou etapu života, u člověka často vymežovanou jako dobu od skončení ekonomické aktivity do smrti, nazývanou též třetím věkem. Stáří nelze spolehlivě definovat biologickým věkem, protože interindividuální rozdíly fyzického a psychického stavu stejně starých lidí jsou značné. Stáří lze charakterizovat jako období, kdy u lidí probíhají (různou rychlostí) postupné změny na úrovni molekulární až orgánové, v důsledku čehož ubývá schopnosti realizovat jednotlivé funkce organismu. Ve stáří se zmenšuje schopnost adaptace, adaptační mechanismy se mění i kvalitativně, ubývá rezervy fyzických a duševních sil. Multifaktoriálním způsobem se starý člověk uvolňuje z dosavadních struktur, s jeho rostoucí společenskou izolovaností roste jeho soustředění na stále užší okruh zájmů. Řada těchto rysů stáří však může být do značné míry kompenzována psychickou připraveností i vlivem sociálního okolí. Mühlpachr (2008, s. 18) uvádí, že *„stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných změn sociálních (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí).*



*Všechny změny příčinné i následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné, a jednotné vymezení a periodizace stáří se tak stávají velmi obtížnými.“ Velký psychologický slovník (2010, s. 549) definuje stáří jako „konečnou etapu geneticky vyměřeného trvání života“. Slovník sociální práce (Matoušek, 2008, s. 214) definuje stáří jako “věkové období začínající v současné západní kultuře v 60 – 65 letech, kdy lidé odcházejí do důchodu. Někteří z nich pak mají větší spotřebu zdravotní péče nebo postupně ztrácejí soběstačnost. Jen menší část lidí dožívajících se 80 let je zdravá a soběstačná. Neplatí však obecně, že každý starý člověk je bezmocný, nemocný, depresivní, trpí poruchami paměti a pohybového ústrojí. Je lepší obecně popisovat psychické a tělesné změny ve stáří jako změnu schopností než jako jejich úbytek. Individuální kompetence jsou totiž významnější než fyzický věk.”*

Je tedy zřejmé, že existuje mnoho pohledů na stárnutí a stáří. Většina z nich vychází ze změn, ke kterým v tomto období dochází.

## **1.2 Eriksonova vývojová teorie**

Podle teorie psychosociálního vývoje E. H. Eriksona (2002) lidský život probíhá od narození do smrti ve vývojových etapách. V každé etapě se jedná o určité dilema, jedinec prochází krizí mezi dvěma protichůdnými tendencemi. Pro každou tuto etapu jsou typické určité zákonitosti, určitá specifika, každá z nich má svůj význam. Etap je celkem osm, a nás zajímá nejvíce právě ta osmá, závěrečná – období stáří. Erikson ji pojmenoval *ego integrita proti zoufalství*. Na základě interakce s prostředím si člověk z daného období osvojí určitou - dobrou či špatnou – zkušenost. Hlavním vývojovým úkolem stáří je dosáhnout integrity ega, integrity v pojetí vlastního života. Zkušenost, i když mnohdy draze zaplacená, umožňuje člověku nalézt řád světa a ducha. Je to přijetí života člověka jako něčeho, co muselo být a co nebylo možné nijak nahradit. Toto období umožňuje člověku zažít vztah sounáležitosti s tím, co dávalo řád dávným časům. Člověk ve stáří se ohlíží za svým uplynulým životem s pocitem naplnění a dobře vykonané práce. Határ (2011) uvádí, že E. Erikson a jeho manželka J. Eriksonová v pokročilém věku zjistili, že vývoj člověka pokračuje i po 65. roce života. Po smrti manžela Eriksonová doplnila k této periodizaci ještě deváté vývojové stádium a konstatovala, že jen úspěšným završením této úrovně dojde k posunu k gerotranscendenci. Határ (2011) zmiňuje Tornstama, který tuto vývojovou teorii dále rozpracoval a popisuje posun v perspektivě starších lidí, kteří se stávají více zaměřenými spíše na duševní život než na materiální či fyzické aspekty světa.

### 1.3 Periodizace stáří

V odborné literatuře lze najít mnoho klasifikací životních etap člověka. Kalendářní, chronologické stáří vychází z kalendářního věku a je vymezeno dosažením určitého, arbitrárně stanoveného věku.

Kozáková a Müller (2006) uvádějí, že Světová zdravotnická organizace vychází z patnáctiletých věkových cyklů a podle nich uvádí následující rozdělení:

Rané stáří: 60 – 74 let - starší, stárnoucí člověk, vyšší věk

Vlastní stáří: 75 – 89 let - pokročilé pravé stáří, senium

Dlouhověkost: 90 let a více.

Mühlpachr a Staníček (2001) uvádějí další, v dnešní době často používané členění:

65 – 74 let: mladí senioři (dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit, seberealizace)

75 – 84 let: staří senioři (změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob)

85 a více let: velmi staří senioři (na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení).

Vágnerová (1999) rozlišuje období raného stáří (60–75 let) a pravé stáří (75 let a více). Jak uvádí Jesenský (2000, s. 279) „kalendářní, matriční, chronologický věk je limitním pro nejrůznější normy, např. pro vymezení postproduktivního nebo důchodového věku. Involuční změny, které výrazněji začínají působit od 40 let života, se projevují u různých funkcí s různou intenzitou a časovou prodlevou, i když mají i určitou obecnou tendenci. Ukazuje se, že matriční věk může, ale spíše nebude korespondovat s tzv. funkčním věkem. Tento představuje významnou kategorii, ale nebude u různých jedinců a z hlediska různých funkcí u téhož jedince stejný. Tím se do značné míry vysvětlují klasifikační rozdíly věku stáří u různých autorů.“ Rovněž Haškovcová (2010, s. 25) upozorňuje: „V lékařství se používá i termín skutečný, tedy biologický nebo také funkční věk. Určité lékařské metody umožňují poznat, jak je na tom člověk doopravdy, bez ohledu na matoucí první dojem spojený s kalendářním věkem.“ Dále Haškovcová tamtéž dodává, že v běžném životě je obvyklou praxí, že za starého člověka je považován člověk, který dosáhl penzijního věku, a tím je, i přes rozdíly penzijních systémů různých států, většinou 65letý občan. Se zvyšující se věkovou hranicí pro odchod do penze se „posunuje“ i věkové pásmo, označované jako stáří.

Co se týče subjektivního vnímání počátku stáří, názory samotných lidí se zpravidla s „oficiální“ hranicí stáří neshodují. Např. Rabušic (in Vohralíková, Rabušic, 2004) zjistil, že

podle mínění respondentů z řad předseniorské a seniorské populace (starších 50 let) se člověk stává starým kolem 67 roků. Vnímání hranice, kdy se člověk stává starým, je závislé na samotném věku člověka, který tuto hranici stanovuje, proto mladší lidé určují hranici stáří níže než lidé starší. K obdobnému závěru došla i Sýkorová (2007), která v percepci vlastního stáří vyzorovala jistou relativitu. Na otázku „od kdy je člověk starý“ se odpověď mění s přibývajícím věkem. Věková identita je subjektivním měřítkem a zahrnuje více sociální a psychologický význam než chronologický věk. Lidé si stáří připouštějí teprve s výrazným zhoršením svého zdravotního stavu.

## 2 KVALITA ŽIVOTA

### 2.1 Pojetí kvality života a definice

Hnilicová (in Payne a kol, 2005) uvádí, že termín „kvalita života“ byl poprvé v historii zmíněn již ve 20. letech minulého století v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. Opět se objevil v 60. letech, kdy tehdejší americký prezident Johnson prohlásil zlepšování kvality života za cíl své politiky a myslel tím, že ukazatelem společenského blaha není prostá kvantita spotřebovaného zboží. Dnes se jedná o termín velice frekventovaný. O kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a pronikl do různých vědních disciplín, jako jsou např. psychologie, sociologie, kulturní antropologie, ekologie, medicína. Proto i v literatuře lze najít řadu definic kvality života. Na nejobecnější úrovni lze kvalitu života chápat jako důsledek interakce mnoha faktorů, např. sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních a má svou objektivní a subjektivní dimenzi. Subjektivní kvalita života souvisí s lidskou emocionalitou a všeobecnou spokojeností, objektivní kvalita života se týká splnění požadavků na sociální, materiální podmínky života, sociálního statusu a fyzického zdraví.

Prokešová (2008) udává, že pojem kvalita života se opírá o definici zdraví, tj. cítit se dobře z fyziologického, psychického (duševního) i sociálního hlediska, ale současně i o mezilidské vztahy, sociální postavení, materiálně-ekonomické podmínky k životu, přehled denních aktivit včetně volného času, atd. Souhrnné měřítko je možno vymezit jako životní spokojenost. Do rámce životní spokojenosti lze taktéž zahrnout postoje, hodnoty a hodnotové orientace, které jsou individuálně odlišné. Ve vztahu k hodnotové orientaci píše o kvalitě života také Vážanský (2010), který udává, že kvalita života je ve vztahu k potřebám, hodnotám a hodnotovým žebříčkům. Hodnotová orientace pak zahrnuje cíl jednání, prostředky jeho dosažení a ovlivňuje životní styl a činnost člověka.

I já se domnívám se, že kvalita života a hodnoty člověka jsou ve velice těsném vztahu a pojetí kvality života tak může být velice relativní a subjektivní. Jak jsem zjistila, v literatuře lze také nalézt uvádění pojmu kvalita života v souvislosti s potřebami člověka a jejich uspokojováním, v souvislosti s volným časem, vztahy, vlastní autonomií, financemi, atd. Např. podle Prokešové (2008) jsou volný čas a kvalita života úzce souvisejícími pojmy a volný čas může být pro kvalitu života přínosem.

O vztahu kvality života a práce píše Adámek a Němec (in Kvalita pracovního života, rovné zacházení a řízení lidí, 2005, s. 8): „*Práce souvisí s pocitem prožívání kvalitního života. Práce je příčinou spokojenosti či naopak životního rozladění. V Evropě platí obecná rovnice,*

*že nezaměstnanost se rovná neštěstí. Jedním ze základů spokojenosti je také sebeúcta, které lidé dosahují na základě svých pracovních výkonů. Pracovně jsou spokojenější ti, kteří jsou svými vlastními pány, a to i za předpokladu, že pracují více než ostatní. Lidé, kteří vykonávají hůře placené práce, svou sebedůvěru zakládají víc na rodině, přátelství a příslušnosti k nějaké náboženské skupině. Možná bychom mohli říct, že pocit životní spokojenosti potřebujeme tak silně, že pokud jej nechceme či nemůžeme založit na pracovní výkonnosti a profesionalitě, zakotvíme jej v rodinných, kulturních či náboženských vazbách“.* Jak vyplývá ze studie, popisované Hnilicou (in Payne a kol, 2005, s. 484), pracovní spokojenost ovlivňuje, byť nepřímo, spokojenost se životem: „*pracovní spokojenost nemá přímý vliv na spokojenost se životem. Její vliv je dán její asociací s dimenzí kontroly (tj. pracovní autonomie a možnostmi uplatnit v práci své kompetence a zájmy a osobně se rozvíjet). Tato kontrola má přímé vlivy na celkovou spokojenost se životem.*“

## **2.2 Metody zjišťování kvality života**

Hnilicová (in Payne a kol, 2005) uvádí, že kvalitu života lze zjišťovat pomocí tří základních přístupů. Psychologický přístup se vztahuje ke snaze o postihnutí subjektivně prožívané životní pohody a spokojenosti s vlastním životem. Jde o zjišťování životní spokojenosti a zkoumání struktury faktorů, které ke spokojenosti přispívají a dále o „subjective well-being“ – prožívanou subjektivní pohodu, „happiness“ či „flow“ – štěstí. Metod pro měření aspektů subjektivní pohody je celá řada, často je používána SWLS (Satisfaction With Life Scale) čili Škála spokojenosti se životem nebo metoda PGWS (Psychological General Well-Being Scale). V medicíně se často používá pojem „health related quality of life“, tj. kvalita života ovlivněná zdravím. Vedle klinických ukazatelů terapie medicína sleduje i údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta, bolesti, únavu, úzkost, možnosti chůze, sebeobsahu atd. Měřicí instrumenty jsou zejména dotazníkového typu. V sociologickém pojetí se zdůrazňují atributy sociální úspěšnosti, např. status, majetek, vzdělání, vybavení domácnosti atd. Důležitým termínem je zde „životní úroveň“, jako měřítko kvantity a kvality zboží a služeb, jež má člověk k dispozici. Indikátorem jsou pak např. hrubý domácí produkt, počet lékařů na 1000 obyvatel, počet televizorů a telefonů na domácnost atd.

Křížová (in Payne a kol, 2005) udává, že mezi nejčastěji sledované sociologické proměnné patří vzdělání, ekonomická situace, etnická příslušnost, profese, rodinný stav, partnerství a rodičovství.

Křivohlavý (2002) zmiňuje Engela a Bergsmu, kteří rozlišili tři sféry v měření kvality života: makro-rovinu, mezo-rovinu a personální rovinu. V mako-rovině jde o otázky kvality života

velkých společenských celků (např. některé země), v mezo-rovině se měření týká menších sociálních skupin (škola, nemocnice,...) a v personální rovině se zájem soustředí na život jednotlivce, měření je zpravidla subjektivní a ovlivněné osobními hodnotami, představami a přesvědčením jednotlivce.

Vaňurová a Mühlpachr (2005) rozlišují subjektivní a objektivní dimenzi kvality života a udávají, že odborníci se dnes přiklánějí spíše k subjektivnímu hodnocení kvality života.

## 3 PÉČE O SENIORY

### 3.1 Rodina seniora

Kuchařová (in Rabušic, 1997) udává, že v péči o seniory mají svou roli jednotlivci, rodiny a rozmanité sociální subjekty – od příbuzenských sítí přes místní komunity a obce po státní instituce. Jako stěžejní problém vidí dělbu rolí v péči o seniory mezi rodinou, státem, neformálním sektorem i komerčními institucemi. Rodina hraje historicky rozhodující roli v zabezpečení svých členů. Je nutné tuto její roli posilovat, na druhou stranu jsou možnosti rodiny limitovány mnoha faktory. Stát je pak v roli garanta zajištění sociální ochrany seniorů, a má jednak podpořit rodinu v péči o své členy, a jednak ji nahradit nebo doplnit tam, kde její síly nedostačují, nebo kde rodina a rodinné vazby chybí. Jako ukazatele, zasahující do podmínek péče o seniory uvádí skutečnosti:

1. fertilita: budoucí domácí péče je ohrožena snižováním počtu potenciálních pečovatelů z řad vlastních dětí
2. rozvodovost a opakované sňatky: dochází ke zvyšování počtu rozvedených a tedy osaměle žijících, kteří jsou ochuzeni o šanci, že o ně bude pečovat partner a také fakt, že rozvedení mohou snižovat potenciální míru loajality a odpovědnosti za rodičovskou generaci
3. migrace: migrační trendy a jejich dopady jsou v naší společnosti spíše okrajové
4. zdravotní stav – fyzické a psychické zdraví: do podmínek péče o seniory má dopad vývoj zdravotního stavu obyvatelstva a vyšší výskyt zdravotních problémů samotných pečujících
5. rozsah a charakter sociálních služeb pro starší občany – ten Kuchařová vnímá jako spoluurčující možnost volby rodinné péče
6. míra zaměstnanosti: vysoká zaměstnanost žen v naší republice a vysoké pracovní zatížení na úkor aktivit v rodině. Roste počet osamělých žen, většinou matek. Tradice zaměstnanosti a hodnoty, které ženy své profesní kariéře připisují, působí proti potenciálu rodiny pečovat o své příslušníky
7. zatížení rodiny péčí o děti: se vzrůstajícím věkem při porodu dětí se zvyšuje věk rodičů, do kterého jsou na nich jejich děti závislé. U nás to souvisí také s prodlužováním vzdělanostní přípravy. Zvyšuje se pravděpodobnost, že zvláště dospělé ženy se dostanou do situace, kdy musí současně pečovat o dvě generace ve svých rodinách.

Haškovcová (2010) uvádí, že má-li být nemocný senior ošetřován v rodině, pak tato rodina musí chtít, umět a moci potřebnou péči poskytnout a předpokládá, že perspektivně se bude zvyšovat počet seniorů, kteří nenajdou pomoc v rodině a budou nárokovat profesionální péči. Rodina může mít překážky v péči o jejího člena seniorského věku z důvodu složitých rodinných vztahů, nezvládnutí fyzické a psychické zátěže, vzrůstající únavy, vzdálenosti místa bydliště seniora a jeho rodiny. V případech společného bydlení jsou zpravidla nutné úpravy bytu a denního režimu, omezení soukromí. Namáhavá práce pečujících, většinou žen, nazývaná jako „druhá směna“ není žádným způsobem ohodnocena. Navíc i pečující z řad rodiny stárnou a začínají sami potřebovat pomoc. Oproti tomu Drápal (in Týmová péče o seniory: sborník z konference: Zlín 26. listopadu 2009) přichází s následujícím tvrzením: *„V každodenní praxi se na geriatrických pracovištích často setkáváme s nezájmem a neochotou dospělých dětí podílet se na péči o své zdravotně postižené staré rodiče. Veškerou péči přenechávají na zdravotnických a sociálních pracovnících se zdůvodněním či výmluvami na časové zaneprázdnění, nevyhovující bytovou situaci a řadu dalších subjektivních, ale i objektivních překážek.“* Dále v textu Drápal uvádí, že stále existuje mnoho příkladů obětavé péče, nicméně stoupající trend nezájmu o seniory ve společnosti je zřejmý a alarmující. Minibergerová (in Minibergerová, Dušek, 2006) upozorňuje, že rodina, pečující o seniora, se dostává do sociální izolace a ztrácí kontakt s okolním světem v důsledku závislosti a nutnosti neustálé „pohotovosti“. Jak upozorňuje Kalvach (in Týmová péče o seniory: sborník z konference: Zlín 26. listopadu 2009), přístup k „seniorské problematice“ je obtížnější z důvodu její výrazné heterogenity, věkové, osobnostní, ekonomické i zdravotní. Z funkčního hlediska existují senioři elitní, zdatní, nezávislí, křehcí, závislí, zcela závislí, příp. umírající. Závislí a křehcí senioři potřebují převážně podporu, kontakt, chráněné prostředí atd. a teprve závislí, zcela závislí, případně umírající starší lidé potřebují převážně „péči“, chápanou jako určitý nadlimitní objem podpory s vyšší mírou ošetrovatelských služeb a s omezením autonomie ovšem při zachování respektu k vyšším potřebám psycho-sociálním a spirituálním.

### **3.2 Služby pro seniory**

Druhy sociálních služeb definuje Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Z hlediska tématu této práce uvádím jen některé z těch služeb, u kterých je cílovou skupinou osoba seniorského věku.



Pečovateľská služba – jde o službu terénnej či ambulantnej. Uživateľom služby je osoba se sníženou sobeštacnosťou z dôvodu veku, chronického onemocnenia alebo zdravotného postihnenia a rodiny s deťmi vyžadujúcej pomoc inej osoby. Služba obsahuje úkony jako napr. pomoc pri každodennej péči o vlastnú osobu, pri osobnej hygieně, pri zajišťovaní chodu domácnosti, stravy, zprostredkování kontaktu se spoločenským prostredím.

Osobnej asistencie – jde o terénnej službu poskytovanou v prirodzenom sociálnom prostredí uživateľa služby. Uživateľom služby je osoba se sníženou sobeštacnosťou z dôvodu veku, chronického onemocnenia alebo zdravotného postihnenia. Obsahom služby je pomoc uživateľovi pri každodenných činnostiach (napr. pomoc pri osobnej hygieně, pri zajišťovaní stravy, chodu domácnosti), pomoc pri prosazovaní práv a zájmov a pri obstarávaní osobných záležitostí.

Centra denných služieb – ambulantnej služba určená pro osoby se sníženou sobeštacnosťou, ktoré potrebujú pomoc pri osobnej hygieně, poskytovaní stravy, aktivizačnej a inej činnosti. Denní stacionáre – služba je poskytovaná ambulantnej formou osobám se sníženou sobeštacnosťou, ktoré potrebujú pravidelnou pomoc v oblasti péče o vlastnú osobu, pri osobnej hygieně, poskytovaní stravy, aktivizačnej činnosti atd.

Týdenní stacionáre – jedná se o pobytovú službu, užívateľ pobýva v zariadení ve všední dny. Uživateľom služby jsou osoby se sníženou sobeštacnosťou.

Podpora samostatného bydlenia – tato terénnej služba je poskytovaná s cieľom podpory osob se sníženou sobeštacnosťou žijících ve vlastnej domácnosti využitím podpory inej fyzickej osoby. Jejím složkou je pomoc pri zajišťovaní chodu domácnosti, zprostredkování kontaktu se spoločenským prostredím atd.

Domovy pro seniory – umožňujú pobytovú, zpravidla dlhodobou službu pro osoby se sníženou sobeštacnosťou zejména z dôvodu veku. Součástí je také poskytnutí stravy, pomoc pri péči o vlastnú osobu, zprostredkování kontaktu se spoločenským prostredím, aktivizačnej činnosti aj.

Domovy se zvláštním režimem – jsou opět pobytovú službou. Uživateľom služby jsou osoby se sníženou sobeštacnosťou, vyplývající z jejich onemocnenia (chronické duševní onemocnenia, závislost na návykových látkách, stařecká demencia apod.).

Chráněné bydlenie – tato pobytová služba je určená osobám se sníženou sobeštacnosťou, ktoré potrebujú pomoc v oblasti osobnej péče a péče o domácnosť, pri zprostredkování kontaktu se spoločenským prostredím, atd. Užívateľ služby tak môže vést relativně samostatný život pri zachovaní soukromí. Má formu individuálneho alebo skupinového bydlenia.

Sociálne služby poskytované ve zdravotnických zariadeniach ústavnej péče - jsou poskytované pobytovú formou osobám, ktoré sice již nevyžadujú ústavnej zdravotnej péči, ale vzhľadom ke

svému zdravotnímu stavu se neobejdou bez pomoci cizí osoby a nemohou být propuštěny do domácího prostředí. Služba je poskytována přechodně do doby, než je zajištěna péče jiným způsobem.

Odlehčovací služby – mohou být poskytovány jak formou terénní, tak i ambulantní či pobytovou. Cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek a zastoupit ji v poskytované péči.

Tlumočnické služby – jsou terénní, příp. ambulantní služby určené osobám s poruchami komunikace. Služba umožňuje jejímu uživateli zejména zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením – tato služba je poskytována jak formou ambulantní, tak i terénní. Základními činnostmi při poskytování této služby je zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Matoušek (2011) uvádí, že v rezortu zdravotnictví se na péči o seniory podílejí hospice a specializovaná zdravotnická zařízení. Hospice jsou nestátními zdravotnickými zařízeními, která fungují na principu paliativní medicíny. Sociální práce se soustřeďuje nejen na potřeby umírajícího člověka, ale také na potřeby jeho rodiny. Dále Matoušek tamtéž uvádí, že specializovaná zdravotnická zařízení, tzv. léčebny dlouhodobě nemocných dlouhodobě hospitalizují zejména osoby seniorského věku z důvodu nedostatečné kapacity návazných ústavních služeb. Specializovanou péči zajišťují oddělení geriatric. Weber (in Malíková, 2011) udává, že geriatric je samostatným medicínským oborem, vyznačujícím se interdisciplinárním přístupem k diagnostice, léčbě a rehabilitaci chorob ve stáří. Malíková (2011) upozorňuje na tzv. geriatric medicíny, ke které dochází vzhledem k faktu stárnutí populace. Je patrné stále vyšší zastoupení seniorů jako klientů téměř ve všech lékařských oborech.

## 4 PEČUJÍCÍ O OSOBY SENIORSKÉHO VĚKU

### 4.1 Prestiž a náročnost profese

Velký sociologický slovník (1996) definuje „prestiž“ jako relativní hodnotu, je to důležitost a vážnost, která může být připisována skupinám, povoláním i jejich příslušníkům na základě obecně uznaného měřítka. Posuzování prestiže silně závisí na sociální pozici posuzující osoby, nicméně v moderních společnostech je relativní konsensus v posuzování překvapivě vysoký. Prestiž se obvykle odvozuje z profese, kterou posuzovaná osoba či skupina vykonává. Domnívám se, že společnost ne vždy plně doceňuje práci osob, které pečují profesionálně o osoby seniorského věku. Haškovcová (2010) dokonce uvádí, že tato potřebná péče o osoby seniorského věku je negativně vnímána a kritizována. I pokud se dostaví úspěchy v jejich léčbě, je jisté, že perspektiva uzdravených seniorů má své limity. Péče bývá dlouhodobá, její poskytování náročné a vysilující. Ze strany rodiny padá na hlavy profesionálních pečujících místo uznání především kritika. Ošetřujícím se úspěch a uznání vyhýbá, a mnohdy volbu svého povolání považují za omyl. Geriatrie je nadále opomíjena a je neatraktivní. Dále tamtéž Haškovcová píše o psychické zátěži. Ta pramení ze zvláštního koloritu konfliktně přijímaného stáří a z konfrontace s ním. Jako nezbytnou shledává péči o psychický komfort pečujících, to se projeví i v psychické pohodě ošetřovaných. Je důležité dodržovat zásady duševní hygieny, vhodná je intervence psychologů, kteří jsou součástí ošetrovatelských týmů. K dalším způsobům pomoci patří tzv. „balintovské skupiny“, či supervize, zejm. její podpůrná funkce. Také Malíková (2011) dospívá k závěru, že vysoká náročnost při poskytování péče o osoby seniorského věku s sebou nese i vysokou zátěž pečujících. Navíc ve většině pobytových sociálních zařízení neodpovídá personální obsazení této skutečnosti. Mühlpachr (2008) píše o nízké motivaci poskytovatelů služeb v oblasti péče o seniory a jejich nedostatečném společenském ohodnocení. Příčinu spatřuje v postojích, stavějících občany s postižením na okraj společnosti. Ze strany veřejnosti není dostatečně vnímána důležitost a náročnost této péče. Zmiňuje malý respekt ze strany společnosti, kdy veřejnost tuto práci považuje za okrajovou. Také tento autor tvrdí, že pečující při zajištění péče pociťují stres z důvodu chronického nedostatku personálu. Bužgová (2011) vyjmenovává zátěžové faktory pracovního prostředí v souvislosti s péčí o umírající. Jsou to neustálá přítomnost smrti a umírání, identifikace pečujícího s trpícím (zejména, pokud připomíná pečujícímu někoho z blízkých), pocit bezmoci, pocit nedostatku kontroly nad situací, zážitek mnohočetných ztrát spojený s nahromaděním smutku, chronickým zármutkem a depresi, problémy v týmu a konflikty s kolegy. Upozorňuje na faktory spojené s

prostředím, což je vysoká pracovní zátěž plynoucí často z nedostatku personálu, nedostatečná podpora a malé uznání ze strany vedení.

## 4.2 Specifika profese

Vágnerová (2008) v obecné rovině tvrdí, že z profesní role vyplývají pro zaměstnance různé požadavky a očekávání. Ty mohou být subjektivně neuspokojivé nebo nadměrné a mohou být zdrojem stresu stejně tak jako kvalita vztahů mezi nadřízeným a podřízeným, mezi spolupracovníky apod. Jak jsem vypožadovala během své praxe, pečující o osoby seniorského věku mnohdy zažívají pocity zmaru. Důvodem bývá skutečnost, že navzdory investovanému úsilí, zkušenostem a schopnostem pečujících se nedostavují adekvátní úspěchy. Deprimující pocity mnohdy pramení i z osobního vztahu s klientem. Většinou dlouhodobě, po dlouhé měsíce a častěji roky se pečující osoba stává svědkem nezvratných degenerativních změn klienta, provází jej průběhem onemocnění a často zažívá pocity frustrace a bezmoci. K tomuto tématu se vyjadřuje i Minibergerová (in Minibergerová, Dušek, 2006), která tvrdí, že péče (v rámci psychoterapeutického přístupu) znamená vztah. Aby byl vztah opravdový, musí zahrnovat dimenzi fyzickou, psychickou, sociokulturní i duchovní. Rheinwaldová (1999) dodává, že pečující o seniory vykonávají práci náročnější než mnohá jiná zaměstnání. Jejimi hlavními cíli jsou zpříjemnit a ulehčit klientům poslední etapu života, pomoci jim využívat všech schopností, které mají k dosažení pocitu vlastní hodnoty, smyslu života a harmonie. Vedle rutinní práce by se měli podílet na rekreačně – terapeutických programech a trávit s klienty většinu své pracovní doby. To je ovšem velmi náročné a stresující. Vykonávání této profese s sebou nese další specifika. Minibergerová (in Minibergerová, Dušek, 2006) popisuje u seniorů v psychické oblasti změny v oblasti percepce zrakové i sluchové a s tím související omezení v činnostech, komunikaci, bezpečnosti, zhoršení zejm. krátkodobé paměti, prodloužení doby potřebné k naučení se úkolu, pokles psychomotorického tempa. Z toho vyplývají pro ošetřující nároky na způsob zacházení se seniory a na komunikační dovednosti. V oblasti emocí se u osob seniorského věku objevuje labilita až dojetí, intenzita emocí se snižuje. Zvýšené sebepozorování může vést až k hypochondrii. Častá je zhoršená adaptace na změny, obtíže v rozhodování. V sociální oblasti nastává řada změn v rodinném životě, mnohdy sociální izolace. Z medicínského pohledu jsou zásadní změny fyziologických funkcí, do popředí vystupuje polymorbidita neboli multimorbidita, kumulace chronických nemocí, sklon ke komplikacím a protražovanějšímu průběhu nemocí. Zřetelný je nárůst onkologických onemocnění.

Vyskytuje se inkontinence. Z výše uvedeného vyplývá pro pečující osoby nutnost asistence při fyzických aktivitách. Jarošová (2006) uvádí v oblasti psychických změn jako jeden z nejzávažnějších problémů demenci (především Alzheimerova choroba), delirium (akutní zmatenost), deprese, smyslové poruchy, instabilitu v důsledku zhoršené funkce muskuloskeletárního systému a oslabení smyslového a prostorového vnímání, pády a poruchy mobility, dekubity, inkontinenci moče, poruchy výživy, dehydrataci, poruchy spánku a bolest. Rovněž tyto skutečnosti mají dopad na značnou ošetrovatelskou zátěž pečujících osob.

### **4.3 Syndrom vyhoření**

Venglářová (2011) uvádí, že pomáhající na sebe často přebírají problémy druhých lidí, snaží se co nejlépe splnit jejich potřeby a své odsouvají. Jejich povolání se stává i jejich celoživotní náplní. Pomáhající profese jsou nejvíce ohroženy syndromem vyhoření.

#### **4.3.1 Historie a definice**

Kebza a Šolcová (2003) uvádějí, že psychologové a lékaři se zabývají stavem celkového, především pak psychického vyčerpání již od 70. let 20. století. Pojem „burnout“ použil poprvé H. Freudenberger roku 1974. Bužgová (2011) udává, že Freudenberger za rizikovou skupinu, ohroženou syndromem vyhoření pokládal právě zaměstnance, kteří pečovali o seniory, upozorňoval na jejich emocionální vyčerpání a ztrátu energie. Kebza a Šolcová (2003) dále uvádějí, že termín syndrom vyhoření (burnout syndrome) vznikl jako metafora, spojení „burn out“ znamená dohořet, vyhasnout. Burnout syndrom kromě oblastí psychiky podstatně ovlivňuje kvalitu života osob, u nichž se vyskytl a dokonce vykazuje některé podobné charakteristiky s příznaky a důsledky některých duševních poruch. Vyskytuje se u profesí, které „pracují s lidmi“, symptomy jsou nejen v oblasti psychické, ale i fyzické a sociální. Zásadní složkou je emoční exhausce, kognitivní vyčerpání i celková únava a příčinou syndromu je chronický stres. Tito autoři dále zdůrazňují, že základní charakteristikou je vazba na zaměstnání, jde o syndrom situačně-specifický. Jako příčinu uvádějí mj. každodenní, nevyhnutelnou povahu chronického stresu, kontakt s lidmi a požadavek na vysoký a nekolísající výkon s malou možností úlevy a závažnými důsledky v případě chyb a omylů. Akutní stres k vyhoření nevede. Křivohlavý (2010) poznamenává, že dnešní pojetí vlivu stresu lidské zdraví spočívá v pohledu na stres jako na startér či spouštěč nemoci. Musil (2010) zmiňuje Švingalovou, podle níž se syndrom vyhoření vyskytuje zejména u profesí pracujících s lidmi, u nichž je vyvíjen tlak na kvalitu i kvantitu výkonu a

významně ovlivňuje zdraví i kvalitu života postižených osob. Bužgová (2011, s. 97) odkazuje na Christinu Maslachovou a její definici syndromu vyhoření: „*Syndrom vyhoření je psychologický syndrom emočního vyčerpání, depersonalizace a poklesu osobní výkonnosti, který se vyskytuje u lidí, kteří pracují profesionálně s lidmi.*“ Jak však upozorňuje Venglářová a kol. (2011), tento termín se v současné době rozšířil i na další skupiny osob, např. na manažery nebo ženy na mateřské dovolené. Minibergerová (in Minibergerová, Dušek, 2006, s. 37) tvrdí, že „*syndrom vyhoření popisuje psychický stav, prožitek vyčerpání. Syndrom vyhoření tvoří řada symptomů v oblasti psychické, fyzické i sociální. Je to stav masivního vyčerpání, který je pociťován jako citová vyprahlost.*“ Minibergerová dále rozlišuje syndrom vyhoření akutní a chronický. Akutní je způsobený nadměrnou pracovní zátěží s nutností většího nasazení, je přechodný a odezní po odpočinku. Chronický syndrom vyhoření nastupuje po letech praxe, kdy se místo nadšení dostávají stagnace a frustrace. Pracovník se ptá po smyslu práce a srovnává výsledky svého snažení a ocenění práce. Příčiny hledá v osobních charakteristikách (více ohroženy jsou osoby nadměrně zodpovědné, úzkostlivé a osoby s rysy perfekcionismu) a v konkrétních pracovních podmínkách (riziková pracoviště jsou ta, kde zaměstnanci pracují s vysokým osobním nadšením a dostává je jim málo ocenění, uznání, nebo vidí málo uspokojivých výsledků práce). Röhr (2001) upozorňuje, že v životě je nutná zdravá míra sebelásky. Mnozí lidé vnímají větu „Miluj bližního svého jako sebe samého“, zkráceně, a slyší jen část: „Miluj bližního svého“. V životě je tedy nutné nastolení jisté rovnováhy jako předpokladu šťastného a naplněného života. Se zajímavou úvahou přichází Kopřiva (2006), který vidí souvislost syndromu vyhoření i s „terorem příležitostí“. Někteří aktivní lidé nezvládají objem práce, ta se jim hromadí z toho důvodu, že s každým úkolem, který přijmou, se jim po čase objeví několik dalších, které vidí jako lákavé příležitosti. Časem nemohou dostát závazkům ze všech rozpracovaných záležitostí, ubývá jim času a energie a neschopnost slevit či odmítnout, přivede pracovníka k syndromu vyhoření. Slovník sociální práce (Matoušek, 2008, s. 246) definuje syndrom vyhoření jako „*soubor příznaků vyskytujících se u pracovníků pomáhajících profesí odvozovaný z dlouhodobé nekompensované zátěže, kterou přináší práce s lidmi. Je to stav psychického, někdy i celkového vyčerpání doprovázený pocity beznaděje, obavami, případně i zlostí. Pracovní motivace klesá, výkon se zhoršuje, klesá i sebevědomí. V chování ke klientům je patrný zvětšující se odstup, důraz na pravidla a disciplínu, na formální stránky programů, na racionalitu, někdy i vysloveně odmítavé nebo negativní postoje. V MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Pozn. autora) je syndrom vyhoření veden jako samostatná nozologická jednotka.*“ Rheinwaldová (1999) uvádí, že mnohé osoby, pečující o osoby

seniorského věku trpí syndromem vyhoření, který se projevuje ve stresových reakcích jako je únava, nedostatek energie, podrážděnost, negativní přístup k sobě, k druhým i k práci. Součástí syndromu je chuť od všeho utéct, vyčerpanost, pocit prázdnoty a osamělosti. Práci se seniory považuje za náročnější než jiná povolání, hlavně její psychologickou stránku, jako je zpříjemnění poslední etapy života, pomoc ve využívání schopností seniorů, snahy o dosažení pocitu vlastní hodnoty, smyslu života a harmonie. Trávení většiny pracovní doby mezi seniory považuje za velmi náročné a stresující.

#### 4.3.2 Symptomy a fáze

Přehledný popis jednotlivých symptomů uvádějí Kebza a Šolcová (2003). Symptomy jsou popsány na jednotlivých úrovních, a to psychické, fyzické a na úrovni sociálních vztahů. Na psychické úrovni jsou uvedeny symptomy jako pocit, že úsilí je dlouhodobé, namáhavé a neefektivní, pocit duševního a emocionálního vyčerpání, pocit vyčerpání i v oblasti kognitivní, ztráta motivace, útlum celkové aktivity a spontaneity. Převažuje depresivní ladění, pocity marnosti a nízká smysluplnost, sebelítost. Ve vztahu k druhým osobám je možné pozorovat projevy negativismu, cynismu a hostility, ve vztahu k profesi je běžný snížený zájem o témata související s profesí, iritabilita a převaha rutinních postupů. Na fyzické úrovni se objevují symptomy jako stav celkové únavy, ochablost, rychlá unavitelnost, vegetativní obtíže (např. bolesti u srdce, zažívací a dýchací potíže), bolesti hlavy, poruchy spánku, bolesti svalů, zvýšené riziko závislostí a změny tělesné aktivity. Na úrovni sociálních vztahů jsou pozorovatelné nezáměr o hodnocení druhých, redukování kontaktů s klienty i s kolegy, nechť k profesi, nízká empatie, narůstání konfliktů nejčastěji v důsledku nezáměru a lhostejnosti.

Rush (2003, s. 40) rozděluje symptomy vyhoření na vnější a vnitřní. „*Mezi vnější symptomy patří skutečnost, že aktivita vzrůstá, ale produktivita zůstává zpočátku stejná, podrážděnost, fyzická únava, neochota riskovat. Vnitřními symptomy bývá: ztráta odvahy, ztráta osobní identity a sebeúcty, ztráta objektivnosti, emocionální vyčerpanost, negativní duševní postoj.*“

Minibergerová (in Minibergerová, Dušek, 2006) upozorňuje, že škála symptomů je velmi široká a obraz syndromu vyhoření je u každého postiženého velice individuální, někdy mohou převažovat reakce tělesné, jindy emoční. Důsledkem je pak zhoršení kvality práce a promítnutí negativních postojů do osobního života.

Syndrom vyhoření se vyvíjí postupně. Kebza a Šolcová (2003) uvádějí, že po iniciační fázi původního zapálení pro věc dojde k „vystřízlivění“, a poznání, že ideály nejsou plně realizovatelné. Následuje frustrace, zklamání, negativní vnímání klienta či osob, s nimiž je

člověk v kontaktu a na jejichž hodnocení je závislý. Pro další fázi je typický nástup apatie, hostilita vůči klientovi a vůči všemu, co souvisí s profesí. V posledním stadiu dojde k úplnému vyhoření, provázenému cynismem a odosobněním. Venglářová a kol. (2011) zmiňuje členění na 5 fází dle Kraska-Lüdecke. V první fázi převládá nadšení, jasný cíl, kvalita práce, hojnost nápadů, člověk se přetěžuje. Ve druhé fázi nastupuje stagnace. Nadšení opadá a postižený člověk ze svých ideálů slevuje. Frustrace je třetí fází, objevují se otázky ohledně efektivity a smyslu vlastní práce, tunelové vidění (v hlavě má jen práci), osamělost a deziluze. Jako čtvrtá fáze nastupuje apatie, povolání je vnímáno jen jako zdroj obživy, pracovník vykonává jen nejnnutnější práce, vyhýbá se komunikaci s klientem, můžou se vyskytnout pocity bezmoci a beznaděje. V pátém stádiu dochází k vyhoření, přítomny jsou symptomy jako vyčerpání, negativismus, lhostejnost a vyhýbání se profesním požadavkům.

Edelwich a Cherniss (in Schmidbauer, 2008) rozlišují počáteční fázi, kterou charakterizuje nadměrná angažovanost. Postižený si idealizuje práci, pracuje téměř neustále, vzdává se relaxace a uvolnění. U kolegů je neoblíbený, protože snižuje jejich postavení v kolektivu. Ve fázi propuknutí se objevují se symptomy jako chronická únava a nechut' k práci, distance k vlastním úkolům i klientům, cynismus, přesvědčení o nepoměru mezi vynakládanou námahou a platem, agresivita. Ve fázi slábnutí výkonnosti se postižený už nedokáže koncentrovat, dopouští se stále více chyb. Pracovní angažovanost mizí. Často dojde k onemocnění, objevují se tělesné symptomy jako chronické bolesti v zádech, kloubech, nespavost, zvyšuje se náchylnost k infekcím, kardiovaskulární problémy. Postižený může zneužívat alkohol a drogy. V soukromém životě přerušuje kontakty s přáteli. Častější než závěrečná fáze syndromu vyhoření je kompenzované vyhoření, kdy pracovník pracuje podle předpisů a snaží se skrývat svoji pracovní neangažovanost. Bužgová (2011) upozorňuje, že v důsledku syndromu vyhoření dochází k dehumanizaci postojů pečujících ke klientovi.

### 4.3.3 Prevence

Podle Slovníku sociální práce (Matoušek, 2008) je prevencí syndromu vyhoření udržování optima angažovanosti ve vztahu ke klientům, oddělování práce a osobního života, pestrý režim práce, supervize a případové porady. Schmidbauer (2008, s. 225) se domnívá, že „*kdo se může profesionálně vyvíjet, ten nevyhoří*“. Podle něj je důležité nejen speciální vzdělání, ale také přijímání a zpracování zpětné vazby ve vykonávané profesi a umění učit se od svých klientů. Křivohlavý (2009) rozlišuje interní a externí metody prevence. Interní metody obsahují zásady přiměřeného riskování, stanovování cílů i nástrojů jejich dosažení, zájem o



zpětnou vazbu, plánování práce a pojetí úspěchu jako vedlejšího produktu své činnosti. Externí přístupy zahrnují sociální oporu a zkušenosti lidí, kteří sami byli ohroženi vyhořením nebo lidí zodpovědných za pracovníky, nacházející se v takovémto nebezpečí. Jako protektivní faktory ve vztahu k syndromu vyhoření uvádějí Kebza a Šolcová (2003) tyto: asertivita, dovednost relaxace, time-management, pracovní autonomie, pestrost práce, víra ve vlastní schopnosti, optimismus, sociální podpora, pocit osobní pohody, pocit adekvátního hodnocení společenského i ekonomického,... V oblasti psychoterapie vidí jako účinnou metodu daseinsanalýzy, která se snaží pomoci nalézt osobě postižené syndromem vyhoření cestu k pochopení jeho existence a klade důraz na jedinečnost jeho individuality, a metodu logoterapie, pomáhající postiženému nalézt smysl vlastního života objevováním a naplňováním hodnot. Neopomínají ani důraz na intervenci ze strany organizace, spočívající např. ve zvýšení participace pracovníků na rozhodování, vytváření příznivého sociálního prostředí, spokojenost s nadřízenými, se spolupracovníky, s finančním ohodnocením, jasný kariérní řád. Tito autoři zmiňují Maslachovou, která vyslovuje předpoklad, že syndrom vyhoření je záležitostí spíše systémovou než osobní, a že syndrom vyhoření je signálem něčeho, co v organizaci nefunguje dobře. Vychází ze zkušenosti, že v určitém podniku může být na jednom oddělení více postižených, zatímco na ostatních jsou lidé bez potíží. Také Rush (2003) vidí jako jednu z příčin výskytu syndromu vyhoření špatné manažery a nadřízené, kteří z důvodu svého ohrožení aktivním zaměstnancem snižují jeho rozhodovací pravomoci a demotivují jej. Stres na pracovišti se pak násobí napětím ve vztahu s manažery nebo nadřízenými. Domnívám se tedy, že preventivní opatření syndromu vyhoření by se měla realizovat i ze strany zaměstnavatele. U osob pečujících o osoby seniorského věku vidí Rheinwaldová (1999) možnou prevenci v tom, že nebudou mít nerealistická očekávání ve vztahu k osobám seniorského věku a nebudou se rozčilovat, pokud se nechovají dle jejich očekávání. Také udává, že syndrom vyhoření neplyne jen z chování seniorů, ale také z nepochopení ředitele, který si není vědom psychické a fyzické zátěže až přetížení zaměstnanců. Důvodem stresující atmosféry může být také řevnivost pracovníků mezi sebou. Ke snížení stresu ze strany vedení vede ocenění práce zaměstnanců, péče o jejich rekreaci a znovuoobnovení sil. Zaměstnanci sami by pak měli pečovat o své zdraví, pravidelně cvičit, vhodné jsou masáže a rekreační pobyty, výhodou je klidné domácí prostředí. Případné symptomy je třeba co nejdříve řešit, dovolenou, relaxačním cvičením, návštěvou psychoterapeuta. Bužgová (2011) spatřuje prevenci kromě jiného také ve vyvarování se syndromu mesiáše a nepřebírání na sebe odpovědnosti za všechny a za všechno. Venglářová (2007) navíc uvádí i supervizi, zaměřenou na rozvoj profesionálních dovedností a podporu

pracovníků, zlepšení pracovní atmosféry a organizace. Krivohlavý a Pečenková (2004) tvrdí, že předcházení stavu vyhoření pomáhá, pokud žijeme smysluplným životem, máme reálný cíl a pořádek v žebříčku hodnot včetně uvědomění si, co je a co není v životě důležité.

#### **4.4 Zkušenost pečujícího s úmrtím klientů**

Haškovcová píše o tom, že dříve pečovala o seniora a to i v terminálním stádiu především rodina. V současnosti je však situace jiná. *„Faktem je, že ve vyspělých zemích včetně České republiky umírá až 80 procent lidí v institucích. Aktuální snahy o návrat procesu umírání domů mají zatím jen skromné výsledky.“* (Haškovcová, 2010, s. 319).

Dle mé zkušenosti pečující musí vždy s klientem navázat osobní vztah. Ten může být ukončen smrtí klienta nebo jeho přeložením do jiného typu zařízení a následným úmrtím, pečující jsou tedy nutně se smrtí klienta konfrontováni.

Haškovcová (2010) dále uvažuje o problému akceptace smrti v souvislosti s vytěsněním, jehož výsledkem je, že lidé neumí akceptovat vlastní konečnost a neumí se smířit se smrtí druhých lidí. Toto se týká i profesionálů, kteří jsou stykem s umírajícím rovněž zneklidněni, jen jejich úzkost má jinou formu, je totiž oslabena opakovanou konfrontací s umíráním a smrtí. Současně zkušenost z doprovázení při umírání považuje za cennou, umožňující pečujícím dospět k životní moudrosti a přijetí vlastní konečnosti. Elias (1998) navíc rozlišuje ve vytěsnění nejen rovinu individuální, ale i rovinu sociální. Na individuální rovině je smrt druhého člověka připomínkou naší vlastní smrti. Pohled na umírajícího boří obrannou zeď proti myšlenkám na vlastní smrt a bezprostřední kontakt s umírajícím ohrožuje vytěsnění smrti. Ve vytěsnění na sociální rovině se spojují pocity studu a trapnosti a jsou vykazovány z veřejného života společnosti do zákulisí. Toto vytěsnění vidí jako směr, jímž se v současnosti ubírá chování lidí vůči umírajícím. O složitosti lidského doprovázení na sklonku života píše Virt (2000) a považuje ho za zvláštní umění, které vyžaduje mnoho sil a konfrontuje člověka s vlastní konečností. Jde o humánní utváření terénu pro všechny zúčastněné, umírajícího, terapeutický tým, příbuzné, přátele, ... Při této činnosti se může stát nebezpečnou vlastní nepřiznaná úzkost před smrtí. Konflikt může vyplynout z nepříjemných citových výbuchů či ze situace, že mnozí lidé neumí otevřeně mluvit o svých citech. Vzniká problém v otevřenosti komunikace a pro všechny je zdrojem stresu. Pro doprovázející je obtížné nalezení rovnováhy mezi empatií a věcností a ubránění se vtažení do deprese. Jsou ohroženi syndromem vyhoření. Také Bužgová (2011) upozorňuje, že i když senioři o své smrti hovoří nebo chtějí hovořit, pečující osoby o smrti hovořit nechtějí a senioři jsou mnohdy umlčováni.

Haškovcová (2007) uvádí, že negligace neboli vytěsnění smrti je pravidelné a také fyziologické. Dále tvrdí, že v péči o strádajícího lidská dimenze nechybí, ale je často nezvládnutá. U pečujícího se může často objevit thanatofobie, tedy chorobný strach ze smrti. Může se objevit emotivní reakce na smrt. V průběhu praxe opakovaná konfrontace se smrtí vede ke korekci původních odmítavých postojů a ke kultivaci těch vstřícných. Také Venglářová (2007) upozorňuje na citovou náročnost v péči o seniory a na skutečnost, že obranou před smutkem se může stát podvědomá tendence zůstat chladnějším a příliš se emočně neangažovat. Bužgová (2011) udává, že zmírňování utrpení a doprovázení klientů v nejtěžším období jejich života může být pro pečující osoby obohacující zkušeností, ale na druhé straně může mít také negativní dopad na psychiku pečujících. Někteří pečující akceptaci vlastní smrti nezvládnou a trpí thanatofobií.

Z výše uvedeného vyvozují, že konfrontace se smrtí působí jako nepříjemná připomínka vlastní smrtelnosti pečujících osob, současně však uvědomění si vlastní konečnosti jim může pomoci s rozlišením podstatného a nepodstatného v životě.

## II. EMPIRICKÁ ČÁST

### 5 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Hlavním cílem této části práce bylo:

- zachycení rozdílných názorů osob pečujících o osoby seniorského věku na otázku, který z jevů, spojených s výkonem povolání má největší negativní dopad do kvality jejich života,
- srovnání, zda osoby pečující o osoby seniorského věku s delší praxí hodnotí dopad konfrontace se smrtí do kvality jejich života rozdílně než osoby s kratší praxí,
- zjištění, jaká konkrétní opatření realizují osoby pečující o osoby seniorského věku v prevenci výskytu syndromu vyhoření nebo v boji se syndromem vyhoření.

Pro dotazníkové šetření byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- Výzkumná otázka č. 1: Který z jevů, spojených s výkonem povolání bude respondenty nejčastěji uváděn pro svůj negativní dopad do kvality jejich života ?
- Výzkumná otázka č. 2: Jaký je vztah mezi délkou praxe a hodnocením dopadu konfrontace se smrtí do kvality života respondentů?
- Výzkumná otázka č. 3: Které konkrétní opatření realizují osoby pečující o osoby seniorského věku v prevenci výskytu syndromu vyhoření nebo v boji se syndromem vyhoření nejčastěji?

#### 5.1 PŘEDPOKLADY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Pro dotazníkové šetření mezi pečujícími o osoby seniorského věku byly stanoveny tyto předpoklady:

1. Pro většinu respondentů má konfrontace s umíráním negativní dopad do kvality jejich života.
2. Osoby pečující o osoby seniorského věku s delší praxí hodnotí dopad konfrontace se smrtí do kvality jejich života rozdílně než osoby s kratší praxí.
3. Většina osob pečujících o osoby seniorského věku realizuje opatření v prevenci výskytu syndromu vyhoření nebo v boji se syndromem vyhoření.

## 6 METODIKA

K dosažení stanovených cílů byla zvolena metodika kvantitativního výzkumu. Pro šetření a pro zpracování této části práce jsme zvolili metodu dotazníku. Dotazník je velmi frekventovaná výzkumná metoda. Tvoří jej soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba odpovídá písemně (Chráška, 2007). Dotazník byl členěn do dvou částí. První část zjišťovala informace o skupině respondentů, jejich pohlaví, věk, pracovní pozici a délku praxe. Druhá část dotazníku se věnovala konkrétním situacím a zátěžím, spojeným s výkonem tohoto povolání. Použité otázky byly zvoleny s ohledem na cílovou skupinu respondentů. Dále respondenti odpovídali na dvě otázky, jejichž cílem bylo zjistit, co je podle nich syndrom vyhoření a co konkrétně dělají pro to, aby se syndrom vyhoření u nich neobjevil, popř. jak s ním bojují. Dotazník tvořilo celkem 19 otázek. Většina z nich byly otázky uzavřené, respondent si vybíral z předem stanovených odpovědí. V dotazníku byly použity 3 otázky otevřené, dotazované osobě poskytující možnost se k dotazu dále vyjádřit. Vyplnění dotazníku bylo anonymní. Šetření proběhlo v době od 20. 10. 2012 do 1. 11. 2012 v Domově pro seniory v Centru sociálních služeb Prostějov, příspěvková organizace, nacházející se v Prostějově, na ulici Lidická 2924/86.

## 7 MÍSTO ŠETŘENÍ A VÝZKUMNÝ VZOREK

Stanovili jsme základní kritéria pro výběr respondentů:

- respondentem musí být osoba pečující o osoby seniorského věku
- respondent musí vykonávat péči o osobu seniorského věku jako své současné povolání.

Celkem byly osloveny tři domovy pro seniory v olomouckém kraji. Z uvedeného počtu jen jeden z domovů pro seniory souhlasil se spoluprací. Další dva domovy pro seniory odmítly spolupráci z důvodu často probíhajících obdobných dotazníkových šetření.

Výzkumným vzorkem byli pracovníci v Domově pro seniory v Centru sociálních služeb Prostějov, příspěvková organizace, nacházející se v Prostějově, na ulici Lidická 2924/86. Domov pro seniory je umístěn ve dvou samostatných budovách. Péči o osoby seniorského věku v domově zajišťuje odborný personál, sociální pracovníci, střední zdravotničtí pracovníci – zdravotní sestry, dále pracovníci v sociálních službách, aktivizační pracovníci a sanitáři.

Ze 70 dotazníků se jich vrátilo 59, tedy 84,29 %. Respondenty byly převážně ženy různého věku, zastávající různé pracovní pozice. Všichni respondenti byli v úvodní části dotazníku seznámeni s účelem šetření a informováni o jeho anonymitě.

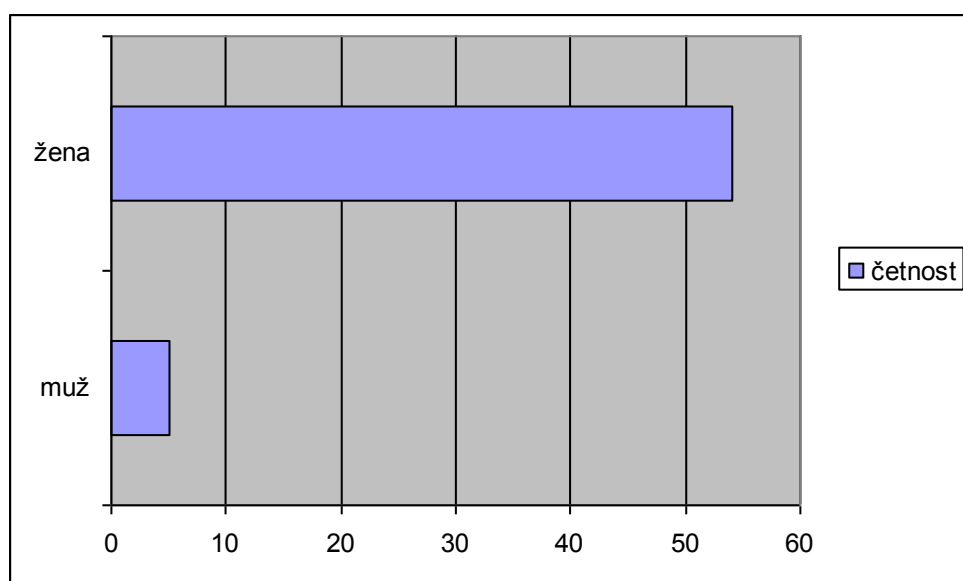
## 8 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Výsledky dotazníkového šetření jsme zpracovali do tabulek a grafů, sloupcových a pruhových. Zjištěné údaje byly vyjádřeny buď v absolutních číslech, nebo v procentech.

Otázka č. 1 zjišťovala pohlaví dotazovaného.

pohlaví	četnost	procenta
muž	5	8,47 %
žena	54	91,53 %

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů



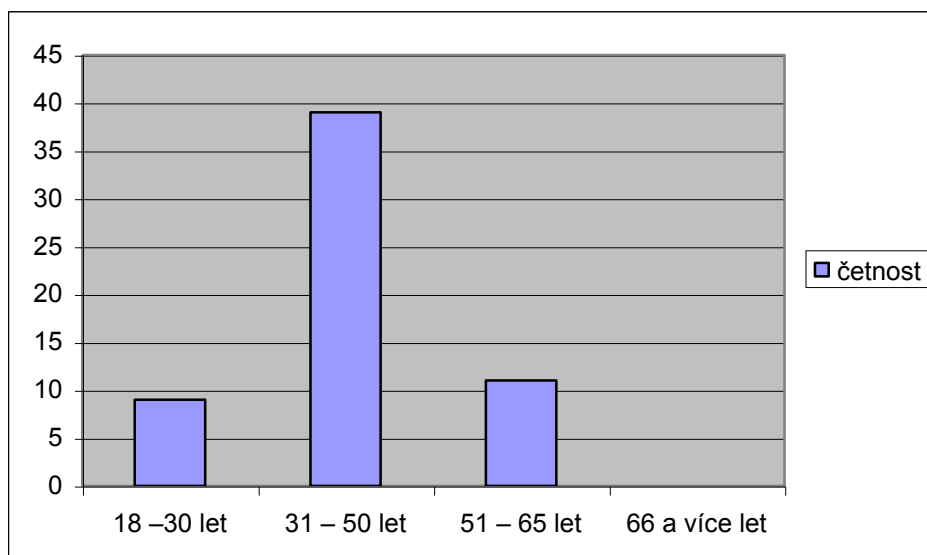
Graf č. 1 Pohlaví respondentů

Z celkového počtu 59 respondentů bylo 5 z nich mužského pohlaví, 54 respondentů bylo pohlaví ženského. Mezi respondenty z řad osob pečujících o osoby seniorského věku tedy převažovaly ženy.

Otázka č. 2 se dotazovala na věk respondenta.

věkové rozhraní	četnost	procenta
18 – 30 let	9	15,26 %
31 – 50 let	39	66,10 %
51 – 65 let	11	18,64 %
66 a více let	0	0 %

Tabulka č. 2 Věk respondentů



Graf č. 2 Věk respondentů

Mezi dotazovanými bylo nejvíce těch, kteří spadají do věkového rozhraní 31–50 let. Tuto skupinu tvoří 39 dotazovaných. Druhou nejpočetnější skupinou jsou pečující ve věku 51 - 65 let, tato skupina je zastoupena 11 respondenty. Následuje věkové rozhraní 18 - 30 let, ve kterém se nachází 9 respondentů. Ve věku 66 let a více nebyl ani jeden z respondentů.

Otázka č. 3 zjišťovala pracovní pozici respondenta.

Nejvíce zastoupenou pracovní pozicí byla pozice pracovníků v sociálních službách s 35 respondenty. Další uváděné pozice byly zdravotní sestra (15 respondentů), aktivizační pracovníci (5 respondentů), koordinátoři pracovníků v sociálních službách (2 respondenti), sanitář (1 respondent) a vedoucí sociálně zdravotního úseku (1 respondent). Mezi respondenty převažovali pracovníci, pracující na pozici pracovníků v sociálních službách, tvořili 59,32 % dotazovaných. Druhou nejpočetnější skupinou byly zdravotní sestry, které tvořily 25,42 % dotazovaných. Aktivizační pracovníci tvořili 8,47 % dotazovaných, koordinátoři pracovníků v sociálních službách 3,39 % dotazovaných. Pracovní pozice sanitář tvořila 1,70 % a vedoucí sociálně zdravotního úseku také 1,70 % respondentů.

pracovní pozice	četnost	procenta
pracovník v sociálních službách	35	59,32 %
zdravotní sestra	15	25,42 %
aktivizační pracovník	5	8,47 %
koordinátor pracovníků v sociálních službách	2	3,39 %
sanitář	1	1,70 %
vedoucí sociálně zdravotního úseku	1	1,70 %

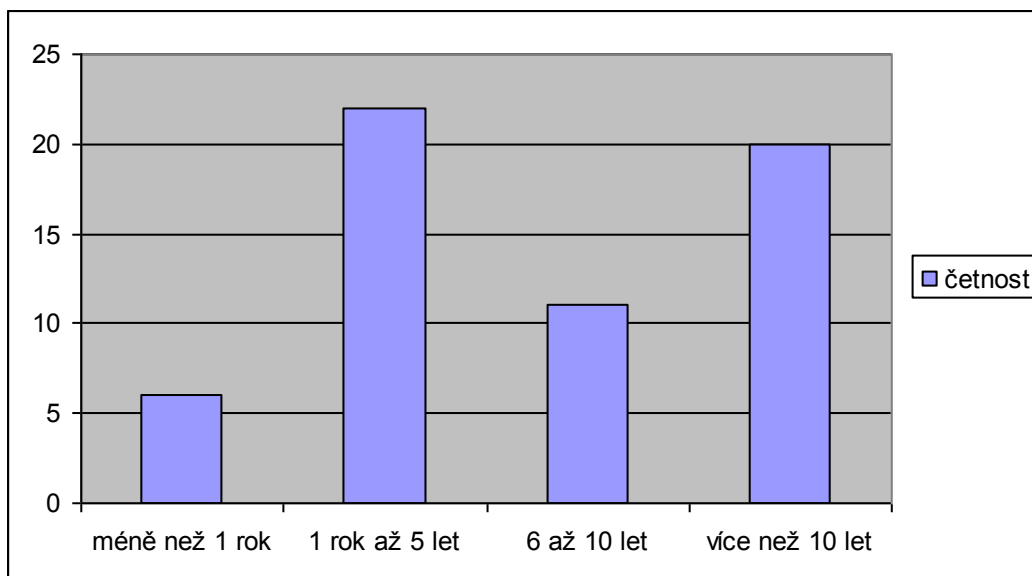
Tabulka č. 3 Pracovní pozice



Otázka č. 4 zjišťovala délku praxe respondenta v oblasti péče o osoby seniorského věku.

délka praxe	četnost	procenta
méně než 1 rok	6	10,17 %
1 rok až pět let	22	37,29 %
6 až 10 let	11	18,64 %
více než 10 let	20	33,89 %

Tabulka č. 4 Délka praxe respondentů



Graf č. 3 Délka praxe respondentů

Z tabulky je patrné, že největší skupinu dotazovaných tvořily osoby s délkou praxe 1-5 let, druhou nejpočetněji zastoupenou skupinou byly osoby s délkou praxe více než 10 let, třetí nejpočetnější skupinou byly osoby s délkou praxe 6 – 10 let a nejméně dotazovaných bylo s délkou praxe kratší než 1 rok.

Otázka č. 5 zjišťovala názor respondenta na to, zda jej obtěžuje fyzická zátěž spojená s výkonem povolání.

otázka	počet odpovědí ano	počet odpovědí ne
Obtěžuje Vás fyzická zátěž spojená s Vaším povoláním?	2	57

Z celkového počtu 59 respondentů jich na tuto otázku odpovědělo kladně 3,39 %.

Otázka č. 6 zjišťovala názor respondenta na to, zda má problémy se vztahy se seniory.

otázka	počet odpovědí ano	počet odpovědí ne
Máte problémy se vztahy se seniory?	3	56

Z celkového počtu 59 respondentů jich na tuto otázku odpovědělo kladně 5,08 %.

Otázka č. 7 zjišťovala názor respondenta na to, zda má problémy se vztahy s rodinami seniorů.

otázka	počet odpovědí ano	počet odpovědí ne
Máte problémy se vztahy s rodinami seniorů?	2	57

Z celkového počtu 59 respondentů jich na tuto otázku odpovědělo kladně 3,39 %.

Otázka č. 8 zjišťovala názor respondenta na to, zda má problémy ve vztazích s kolegy.

otázka	počet odpovědí ano	počet odpovědí ne
Máte problémy se vztahy s kolegy?	4	55

Z celkového počtu 59 respondentů jich na tuto otázku odpovědělo kladně 6,78 %.

Otázka č. 9 zjišťovala názor respondenta na to, zda má problémy se vztahy s nadřízenými.

otázka	počet odpovědí ano	počet odpovědí ne
Máte problémy se vztahy s nadřízenými?	1	58

Z celkového počtu 59 respondentů jich na tuto otázku odpovědělo kladně 1,69 %.

Otázka č. 10 zjišťovala názor respondenta na to, zda je jeho práce dostatečně finančně ohodnocená.

otázka	počet odpovědí ano	počet odpovědí ne
Je Vaše práce dostatečně finančně ohodnocená?	24	35

Z celkového počtu 59 respondentů jich na tuto otázku odpovědělo záporně 59,32%.

Otázka č. 11 zjišťovala názor respondenta na to, zda má dostatek času na vykonávanou práci.

otázka	počet odpovědí ano	počet odpovědí ne
Máte dostatek času na vykonávanou práci?	15	44

Z celkového počtu 59 respondentů jich na tuto otázku odpovědělo záporně 74,58 %.

Otázka č. 12 zjišťovala názor respondenta na to, zda jej obtěžuje velké množství administrativy.

otázka	počet odpovědí	počet odpovědí	bez odpovědí
	ano	ne	
Obtěžuje Vás velké množství administrativy?	14	44	1

Z celkového počtu 59 respondentů jich na tuto otázku odpovědělo kladně 23,73 %.

Otázka č. 13 zjišťovala názor respondenta na to, zda je spokojený s oceněním (prestiží) povolání ve společnosti.

otázka	počet odpovědí	počet odpovědí
	ano	ne
Jste spokojená/ý s oceněním (prestiží) tohoto povolání ve společnosti?	19	40

Z celkového počtu 59 respondentů jich na tuto otázku odpovědělo záporně 67,80 %.

Otázka č. 14 zjišťovala názor respondenta na to, zda má jeho povolání negativní dopad do rodinného života.

otázka	počet odpovědí	počet odpovědí	bez odpovědí
	ano	ne	
Má Vaše povolání negativní dopad do rodinného života?	17	41	1

Z celkového počtu 59 respondentů jich na tuto otázku odpovědělo kladně 28,81 %.

Otázka č.15 zjišťovala, zda je respondent spokojený s charakterem pracovního prostředí.

otázka	počet odpovědí	počet odpovědí
	ano	ne
Jste spokojený s charakterem pracovního prostředí?	56	3

Z celkového počtu 59 respondentů jich na tuto otázku odpovědělo záporně 5,08 %.

Otázka č. 16 zjišťovala názor respondenta na to, zda má konfrontace s umíráním negativní dopad do jeho života.

otázka	počet odpovědí	počet odpovědí
	ano	ne
Má konfrontace s umíráním negativní dopad do Vašeho života?	18	41

Z celkového počtu 59 respondentů jich na tuto otázku odpovědělo kladně 30,51 %.

Z 18 respondentů, kteří na tuto otázku odpověděli kladně, byli 2 respondenti s délkou praxe kratší než 1 rok. 6 respondentů s délkou praxe 1-5 let, 4 respondenti s délkou praxe 6-10 let a

6 respondentů s délkou praxe více než 10 let. Následující tabulka ukazuje, jaké procento osob, nacházejících se společně v daném intervalu, odpovědělo kladně na tuto otázku.

délka praxe	počet osob, nacházejících se v patřičném intervalu z celkového počtu 59 respondentů	počet osob, které odpověděly kladně	procento osob, které odpověděly kladně
méně než 1 rok	6	2	33,33 %
1 – 5 let	22	6	27,27 %
6 – 10 let	11	4	36,36 %
více než 10 let	20	6	30 %

Tabulka č. 5

Na otázku č. 16 odpovědělo kladně 33,33 % z respondentů s délkou praxe méně než 1 rok, 27,27 % z respondentů s délkou praxe 1-5 let, 36,36 % z respondentů s délkou praxe 6-10 let, 30 % z respondentů s délkou praxe více než 10 let.

Otázka č. 17 zjišťovala, zda má respondent problém s omezenou možností samostatného rozhodování při vykonávání práce.

otázka	počet odpovědí ano	počet odpovědí ne
Máte problémy s omezenou možností samostatného rozhodování při vykonávání práce?	11	48

Z celkového počtu 59 respondentů jich na tuto otázku odpovědělo kladně 18,64 %.

Otázka č. 18 byla otevřená, respondent měl uvést, co je podle něj syndrom vyhoření. Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti. Z dotazníkového šetření vyplývá, že všichni respondenti mají představu, co znamená syndrom vyhoření.

Respondenti při popisu syndromu vyhoření používali slova: vyčerpanost a únava spojená s výkonem povolání, psychický a fyzický stav vyčerpání u lidí v pomáhajících profesích, porucha soustředění kvůli práci, negativní postoj k práci, celková únava, chronická únava, trvalý stres, ztráta empatie, ztráta radosti ze života, pochybnosti o smyslu vykonávané práce, ztráta profesního zájmu, stav vyčerpání spojený s pocitem beznaděje, stav, kdy pracovník myslí na práci i doma, pocit ztráty smyslu a perspektivy, emoční opotřebení, lhostejnost, apatie, podrážděnost, ztráta schopnosti vykonávat dobře svoji práci, pocit, že práce člověka nenaplnuje, ztráta elánu a radosti z práce, ztráta motivace, ztráta chuti do práce, netečnost, emoční vyprahlost, stav, kdy člověk nechce vstát a jít do práce, nezájem, přepracovanost a stereotyp, práce pořád dokola a ocenění žádné.

Otázka č. 19 byla otevřená a respondent měl uvést, co konkrétně dělá pro to, aby se u něj neobjevil syndrom vyhoření nebo jak s ním bojuje.

Také na tuto otázku odpověděli všichni respondenti. Respondenti při popisu svých aktivit, které realizují v souvislosti s prevencí či bojem se syndromem vyhoření uváděli následující:

pomáhají mi rodina, přátelé (uvedeno 38 x)

koníčky, ruční práce (uvedeno 38 x)

nepřepínání se, kvalitní odpočinek, odreagování (uvedeno 36 x)

pravidelný pohyb, sport (uvedeno 8 x),

oddělení pracovního a soukromého života (uvedeno 7 x)

četba, dobrá kniha (uvedeno 5 x)

kultura (uvedeno 5 x)

supervize (uvedeno 4 x)

radosti s vnoučaty (uvedeno 4 x)

dobrý pracovní kolektiv (uvedeno 2 x)

dobrá organizace práce (uvedeno 2 x)

spánek (uvedeno 2 x)

pítí vína (uvedeno 2 x).

Další, jedenkrát zmíněné aktivity, byly: práce na zahradě, pozitivní myšlení, horká vana, mluvení o problémech s kolegy, péče o sebe, drobná radost každý den, pomoc psychologa, naučení se říkat ne, stanovování si jen reálných cílů, udržení si profesního odstupu, dbaní na proměnlivost práce, semináře a vzdělávání, pobyt na chalupě, úsměv na rtech, čerpání dovolené.

Jen jeden z respondentů uvedl, že pro to, aby se u něj neobjevil syndrom vyhoření, nebo v boji s ním nedělá nic.

V průměru každý respondent uvedl 3 aktivity.

## 9 DISKUZE

Hlavním cílem této části bylo zachycení rozdílných názorů osob pečujících o osoby seniorského věku na otázku, který z jevů, spojených s výkonem povolání má největší negativní dopad do kvality jejich života, dále srovnání, zda osoby pečující o osoby seniorského věku s delší praxí hodnotí dopad konfrontace se smrtí do kvality jejich života rozdílně než osoby s kratší praxí a nakonec zjištění, jaká konkrétní opatření realizují osoby pečující o osoby seniorského věku v prevenci výskytu syndromu vyhoření nebo v boji se syndromem vyhoření.

Otázky č. 5 - 17 zjišťovaly, který z jevů, spojených s výkonem povolání má největší negativní dopad do kvality jejich života. Zjistili jsme, že:

- 74,58 % respondentů udává nedostatek času na vykonávanou práci.
- 67,80 % respondentů vnímá negativně nedostatečné ocenění (prestiž) povolání ve společnosti.
- 59,32 % respondentů se domnívá, že je jejich práce nedostatečně finančně ohodnocená.
- 30,51 % respondentů se domnívá, že konfrontace s umíráním má negativní dopad do jejich života.
- 30,51 % respondentů udává negativní dopad povolání do rodinného života.
- 23,73 % respondentů obtěžuje velké množství administrativy.
- 18,64 % respondentů má problémy s omezenou možností samostatného rozhodování při vykonávání práce.
- 6,78 % respondentů má problémy se vztahy s kolegy.
- 5,08 % respondentů má problém se vztahy se seniory.
- 5,08 % respondentů není spokojeno s charakterem pracovního prostředí.
- 3,39 % respondentů obtěžuje fyzická zátěž spojená s jejich povoláním.
- 3,39 % respondentů má problémy se vztahy s rodinami seniorů.
- 1,69 % respondentů má problémy se vztahy s nadřízenými.

Ve výzkumné otázce č. 1 jsme se ptali, která ze situací, spojených s výkonem povolání a uvedených v dotazníku bude respondenty nejčastěji uváděna pro svůj negativní dopad do kvality jejich života. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že nejvíce respondentů – konkrétně 74,58 % - udává nedostatek času na vykonávanou práci pro jeho negativní dopad do kvality jejich života.

Druhým respondenty nejčastěji uváděným jevem bylo nedostatečné ocenění (prestiž) povolání ve společnosti a na třetím místě bylo nedostatečné finanční ohodnocení. Domnívám se, že na

nedostatek času na vykonávanou práci a možné přetížení pracovníků má vliv jednak v dnešní době často diskutovaná ekonomická stagnace, která vede k hledání možných úspor i v oblasti sociální a dále důvody demografické. Zhoršuje se zdravotní stav a stupeň závislosti na péči u mnoha současných příjemců této péče a navíc je pravděpodobné, že osob seniorského věku závislých na péči bude přibývat. Nedostatečnou prestiž tohoto povolání spojují s hodnotovou orientací dnešní konzumně orientované společnosti. Nedostatečné finanční ohodnocení pak má zpětně dopad opět na vnímání prestiže tohoto povolání společností.

Před realizací dotazníkového šetření jsme stanovili předpoklad, že pro většinu respondentů má konfrontace s umíráním negativní dopad do kvality jejich života.

Tento předpoklad se nepotvrdil. Méně než polovina – konkrétně 30,51 % respondentů - se domnívá, že konfrontace s umíráním má negativní dopad do jejich života.

Pokusili jsme se o srovnání, zda osoby pečující o osoby seniorského věku s delší praxí hodnotí dopad konfrontace se smrtí do kvality jejich života rozdílně než osoby s kratší praxí.

Tuto skutečnost negativně hodnotí:

33,33 % z respondentů s délkou praxe méně než 1 rok

27,27 % z respondentů s délkou praxe 1-5 let

36,36 % z respondentů s délkou praxe 6-10 let

30 % z respondentů s délkou praxe více než 10 let.

Ve výzkumné otázce č. 2 jsme se ptali, jaký je vztah mezi délkou praxe a hodnocením dopadu konfrontace se smrtí do kvality života respondentů. Z výsledků dotazníkového šetření vztah nevyplývá, je nutné zdůraznit, že ve výzkumném vzorku nebylo rovnoměrné zastoupení respondentů s ohledem na délku praxe.

Před realizací dotazníkového šetření jsme stanovili předpoklad, že osoby pečující o osoby seniorského věku s delší praxí hodnotí dopad konfrontace se smrtí do kvality jejich života rozdílně než osoby s kratší praxí.

Tento předpoklad nemůžeme potvrdit. Tyto výsledky lze považovat za poměrně vyrovnané, domnívám se, že nelze tvrdit, že je patrná souvislost mezi negativním hodnocením dopadu konfrontace se smrtí do kvality života a délkou praxe. Pro přesnější výsledky by bylo potřeba větší množství respondentů a jejich rovnoměrnější zastoupení v souvislosti s délkou praxe.

Poslední oblastí, na kterou jsme se zaměřili, bylo zjištění, jaká konkrétní opatření realizují osoby pečující o osoby seniorského věku v prevenci výskytu syndromu vyhoření nebo v boji se syndromem vyhoření.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že většina respondentů realizuje konkrétní opatření. Výčet aktivit byl pestrý. Mezi nejčastěji zmiňované aktivity patřily:

pomáhají mi rodina, přátelé (uvedeno 38 x), koníčky, ruční práce (uvedeno 38 x), nepřepínání se, kvalitní odpočinek, odreagování (uvedeno 36 x), pravidelný pohyb, sport (uvedeno 8 x), oddělení pracovního a soukromého života (uvedeno 7 x), četba, dobrá kniha (uvedeno 5 x), kultura (uvedeno 5 x), supervize (uvedeno 4 x), radosti s vnoučaty (uvedeno 4 x), dobrý pracovní kolektiv (uvedeno 2 x), dobrá organizace práce (uvedeno 2 x), spánek (uvedeno 2 x), pití vína (uvedeno 2 x), atd.

Jen jeden z respondentů uvedl, že pro to, aby se u něj neobjevil syndrom vyhoření, nebo v boji s ním nedělá nic. V průměru každý respondent uvedl 3 různé aktivity.

Ve výzkumné otázce č. 3 jsme se zajímali, které konkrétní opatření realizují osoby pečující o osoby seniorského věku v prevenci výskytu syndromu vyhoření nebo v boji se syndromem vyhoření nejčastěji. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že nejčastěji zmiňovaným opatřením jsou dvě následující aktivity: hledání pomoci u rodiny a přátel (uvedeno 38 x), a také aktivity jako koníčky a ruční práce (uvedeno také 38 x).

Respondenti jsou seznámeni s problematikou syndromu vyhoření a už v tom lze vidět velký přínos z pohledu prevence. Respondenti využívají zejména sociální opory a možností pevného zakotvení ve vztazích v sociální síti. Nezapomínají na pěstování svých koníčků a zálib. Odreagování bylo další, často zmiňovanou aktivitou, konkrétní náplň však respondenti neuvedli. Jistou opatrnost je třeba doporučit u pití vína. Vágnerová (2008) uvádí, že alkohol má obvykle anxiolytický účinek a v malých dávkách může působit stimulačně, nicméně nadměrné užívání alkoholu s sebou nese riziko rozvoje závislosti.

Předpoklad, že většina osob pečujících o osoby seniorského věku realizuje opatření v prevenci výskytu syndromu vyhoření nebo v boji se syndromem vyhoření se potvrdil.



## 10 ZÁVĚR

V této práci jsme se zaměřili na problematiku některých aspektů života osob pečujících o osoby seniorského věku, a to těch osob, které tuto péči poskytují profesionálně - v rámci svého povolání.

V teoretické části bakalářské práce jsme se zaměřili na pojmy, které jsou s tímto tématem spojené: stárnutí, stáří, Eriksonova vývojová teorie, periodizace stáří, kvalita života a metody jejího zjišťování, možnosti péče o seniory, specifika profese pečujících o osoby seniorského věku, syndrom vyhoření a také na dopad zkušenosti s úmrtím klientů na pečujícího. Informace v teoretické části bakalářské práce jsou čerpány z dostupné odborné literatury.

V praktické části bakalářské práce jsme se pokusili o:

- zachycení rozdílných názorů osob pečujících o osoby seniorského věku na otázku, který z jevů, spojených s výkonem povolání má největší negativní dopad do kvality jejich života,
- srovnání, zda osoby pečující o osoby seniorského věku s delší praxí hodnotí dopad konfrontace se smrtí do kvality jejich života rozdílně než osoby s kratší praxí,
- zjištění, jaká konkrétní opatření realizují osoby pečující o osoby seniorského věku v prevenci výskytu syndromu vyhoření nebo v prevenci jeho zhoršení

a zpracování výsledků dotazníkového šetření.

Byla použita metoda kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření. Dotazník vyplnilo 59 respondentů - osob pečujících o osoby seniorského věku z řad zaměstnanců Domova pro seniory v Centru sociálních služeb Prostějov, příspěvková organizace, nacházející se v Prostějově, na ulici Lidická 2924/86. Výsledky dotazníku jsou zpracovány v přehledných tabulkách a grafech a následně jsou rozvedeny v diskusi.

Podařilo se nám splnit hlavní cíle práce v oblasti zachycení rozdílných názorů osob pečujících o osoby seniorského věku na otázku, který z jevů, spojených s výkonem povolání má největší negativní dopad do kvality jejich života a ve zjištění, jaká konkrétní opatření realizují osoby pečující o osoby seniorského věku v prevenci výskytu syndromu vyhoření nebo v boji se syndromem vyhoření. V oblasti srovnání, zda osoby pečující o osoby seniorského věku s delší praxí hodnotí dopad konfrontace se smrtí do kvality jejich života rozdílně než osoby s kratší praxí, se nepodařilo potvrdit vztah mezi délkou praxe a hodnocením dopadu konfrontace se

smrtí do kvality života respondentů. Ve výzkumném vzorku nebylo rovnoměrné zastoupení respondentů s ohledem na délku praxe.

V předložené práci jsme se snažili postihnout některé aspekty kvality života osob, které pečují o osoby seniorského věku, je však nutno podotknout, že kvalita života pečujících osob může být ovlivněna mnoha různými dalšími faktory, kterými se tato práce podrobně nezabývala a které by jistě stály za hlubší výzkum.

Určitě by bylo zajímavé provést srovnání kvality života osob pečujících o osoby seniorského věku pracujících v několika různých zařízeních. Toto by mohlo být námětem pro další práci. Domnívám se, že problém nedostatku času na vykonávanou práci, uváděný respondenty, by mohlo zlepšit využívání dobrovolníků. Jak uvádějí Tošner a Sozanská (2006), je povědomí o dobrovolnictví a zejména zapojení veřejnosti do dobrovolných aktivit v naší zemi na nízké úrovni. Dobrovolníci se mohou stát trvalým zdrojem pomoci.

Nedostatečnou prestiž tohoto povolání, kterou respondenti negativně vnímají, by mohlo alespoň částečně vykompenzovat poděkování, ocenění a zpětná vazba ze strany vedení, pomoci by mohly i psychoterapeutické metody a supervize.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče v geriatrici*. VYD. 1. OSTRAVA: OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ, 2011. 101 S. ISBN 978-80-7368-835-6.

DORKOVÁ, Zlatica, ed. *Týmová péče o seniory: sborník z konference: Zlín 26. listopadu 2009* [CD-ROM]. VYD. 1. VE ZLÍNĚ: UNIVERZITA TOMÁŠE BATI, FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ, 2009. ISBN 978-80-7318-895-5.

ELIAS, Norbert. *O osamělosti umírajících v našich dnech*. Vyd. 1. Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998. 66 s. Člověk v zrcadle; č. 6. ISBN 80-85844-39-7.

ERIKSON, Erik H. *Dětství a společnost*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2002. 387 s. ISBN 80-7203-380-8.

HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4., V Portálu 1. Praha: Portál, 2010. 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, ©2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HATÁR, Ctibor. *Seniori v systéme rezidenciálnej sociálno-edukačnej starostlivosti*. 1. vyd. Praha: Rozlet, 2011. 130 s. Česká a slovenská andragogika; sv. 6. ISBN 978-80-904824-1-8.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 265 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1369-4.

JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 96, 12 s. ISBN 80-7368-110-2.

JESENSKÝ, Ján. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2000. 354 s. ISBN 80-7184-823-9.

KEBZA Vladimír a ŠOLCOVÁ Iva. *Syndrom vyhoření*. Praha: SZÚ, 2003

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: [psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese]*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka a MÜLLER, Oldřich. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 54 s. Monografie. ISBN 80-244-1552-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. Psyché. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a PEČENKOVÁ, Jaroslava. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2004. 78 s. Sestra. ISBN 80-247-0784-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 119 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3149-0.

LINHART, Jiří, ed. *Velký sociologický slovník. Sv. 2, P-Ž*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1996. s. 749-1627. ISBN 80-7184-310-5.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008. 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. 194 s. ISBN 978-80-262-0041-3.

MINIBERGEROVÁ, Lenka a DUŠEK, Jiří. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.

MÜHLPACHR, Pavel a STANÍČEK, Petr. *Geragogika pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. 115 s. ISBN 80-210-2510-7.

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

MUSIL, Jiří V. *Stres, syndrom vyhoření a mentálně hygienická optima v dynamice lidského sociálního chování*. Vyd. 1. Olomouc: Jiří Musil - Psychologická a výchovná poradna, 2010. 60 s. ISBN 978-80-903449-9-0.

PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

PROKEŠOVÁ, Miriam. *Volný čas z hlediska kvality života*. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. 68 s. ISBN 978-80-7368-555-3.

RABUŠIC, Ladislav. *Česká společnost a senioři: sociální, ekonomické a politické aspekty demografického stárnutí české společnosti: texty celostátní konference*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1997. 189 s. ISBN 80-210-1729-5.

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

RÖHR, Heinz-Peter. *Narcismus - vnitřní žalář: vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. 158 s. Spektrum. ISBN 80-7178-450-8.

RUSH, Myron D. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2003. 129 s. Moudrost do kapsy; sv. 2. ISBN 80-7255-074-8.

SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka: [podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 234 s. Spektrum; 58. ISBN 978-80-7367-369-7.

SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. 284 s. Studie; sv. 45. ISBN 978-80-86429-62-5.

TOŠNER, Jiří a SOZANSKÁ, Olga. *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2006. 149 s. ISBN 80-7367-178-6.

TVAROH, František. *Všichni stárneme*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1983. 248 s. Rodinný kruh

VÁDUROVÁ, Helena a MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-308-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÁŽANSKÝ, Mojmir. *Kvalita života starších dospělých a seniorů v kontextu výchovné a sociální pomoci*. Brno: MSD, 2010. 200, [14] s. ISBN 978-80-7392-130-9.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 184 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3174-2.

VIRT, Günter. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2000. 95 s. Cesty; sv. 6. ISBN 80-7021-330-2.

VOHRALÍKOVÁ, Lenka a RABUŠIC, Ladislav. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. [Praha]: VÚPSV, Výzkumné centrum Brno, 2004. 90, ix s. ISBN 80-239-4218-2.

*Kvalita pracovního života, rovné zacházení a řízení lidí*. V Praze: Oeconomica, 2005. 152 s. Acta oeconomica Pragensia; roč. 13, 2005, č. 8.

### Obecně závazné právní předpisy:

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

## **PŘÍLOHY**

Příloha č. 1: Dotazník pro osoby pečující o osoby seniorského věku.



# DOTAZNÍK PRO OSOBY, KTERÉ PEČUJÍ O OSOBY SENIORSKÉHO VĚKU

Vážený respondente,  
v souvislosti s přípravou bakalářské práce se na Vás obracím s žádostí o vyplnění dotazníku. Cílem je zjištění Vašeho názoru na otázky, které se týkají některých aspektů kvality Vašeho života. Označte prosím křížkem vybrané položky. U otázek, u kterých je prostor pro formulování Vaší odpovědi se prosím zamyslete a odpověď napište. Vyplnění dotazníku je anonymní.

Děkuji za spolupráci a za pochopení.

## část I.

Jaké je Vaše pohlaví?

- muž                       žena

Jaký je Váš věk?

- 18 –30 let             31-50 let             51-65 let             66 a více let

Jaká je Vaše pracovní pozice? .....

Jak dlouho ve svém profesionálním životě pečujete o osoby seniorského věku?

- méně než 1 rok     1 rok až 5 let     6 až 10 let     více než 10 let

## část II.

Obtěžuje Vás fyzická zátěž spojená s Vaším povoláním?                       ano                       ne

Máte problémy se vztahy se seniory?     ano                       ne

Máte problémy se vztahy s rodinami seniorů?     ano                       ne

Máte problémy se vztahy s kolegy?     ano                       ne

Máte problémy se vztahy s nadřízenými?     ano                       ne

Je Vaše práce dostatečně finančně ohodnocená?     ano                       ne

Máte dostatek času na vykonávanou práci?     ano                       ne

Obtěžuje Vás velké množství administrativy?     ano                       ne

Jste spokojená/ý s oceněním (prestiží) tohoto povolání ve společnosti?     ano                       ne

Má Vaše povolání negativní dopad do rodinného života?  ano  ne

Jste spokojená/ý s charakterem pracovního prostředí?  ano  ne

Má konfrontace s umíráním negativní dopad do Vašeho života?  ano  ne

Máte problémy s omezenou možností samostatného rozhodování při vykonávání práce?  ano  ne

Co je to podle Vás syndrom vyhoření?

.....  
.....

Co konkrétně děláte pro to, aby se u Vás neobjevil syndrom vyhoření nebo jak s ním bojujete?

.....  
.....

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Monika Kotrlová
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2013

<b>Název práce:</b>	Aspekty kvality života osob pečujících o osoby seniorského věku
<b>Název v angličtině:</b>	The aspects of life quality of people taking care of seniors
<b>Anotace práce:</b>	<p>Teoretická část práce se zaměřuje na problematiku kvality života osob pečujících o osoby seniorského věku. Zabývá se obdobím sénia, kvalitou života a péčí o seniory. Dále pojednává o lidech pečujících o osoby seniorského věku a o vlivu péče na kvalitu života pečujících. Předmětem druhé části práce je dotazníkové šetření.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Senior, péče, pečující, kvalita života.
<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>The theoretical part of this bachelor thesis is focused on the quality of life of people caring for seniors. It deals with old age, quality of life and care of the seniors. It further deals with caring for seniors and the impact on the quality of a caregiver's life. The second part is focused on the questionnaire method.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Senior, care, caregiver, quality of life.
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha č. 1 Dotazník pro osoby, které pečují o osoby seniorského věku
<b>Rozsah práce:</b>	48 s.
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk