

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Ústav pedagogiky a sociálních studií**

**Aktivizace osob s Alzheimerovou chorobou očima  
aktivizačních pracovníků**

**(se zaměřením na riziko syndromu vyhoření)**

**Bakalářská práce**

Tamara Janhubová

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně na základě zde uvedených zdrojů a literatury.

V Olomouci dne

.....

Tamara Janhubová

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Pavle Vyhnálkové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, vstřícnosti a věnovanému času při konzultacích.

<b>Obsah</b>	
Úvod .....	5
1 Stáří.....	7
2 Alzheimerova choroba.....	10
2.1 Historie.....	10
2.2 Příznaky .....	10
2.2 Stadia Alzheimerovy choroby .....	11
2.4 Diagnóza a léčba.....	12
3 Ústavní zařízení sociálních služeb.....	14
3.1 Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem.....	14
4 Aktivizace osob s Alzheimerovou chorobou.....	16
4.1 Smyslová aktivizace a reminiscence.....	16
4.2 Aktivizační pracovník.....	18
4.3 Komunikace a přístup aktivizačního pracovníka.....	18
5 Syndrom vyhoření .....	21
5.1 Příznaky syndromu vyhoření .....	22
5.2 Stadia syndromu vyhoření .....	23
5.3 Rizikové a protektivní faktory .....	25
5.4 Diagnostika syndromu vyhoření.....	26
5.5 Prevence.....	27
6 Empirická část .....	29
6.1 Výzkumné cíle a výzkumné otázky .....	29
6.2 Metodologie, výzkumný soubor, organizace výzkumu .....	30
6.3 Analýza rozhovorů.....	32
6.4 Porovnání výsledků dotazníků s rozhovorem.....	38
6.5 Shrnutí výzkumného šetření a diskuse.....	40
6.6 Srovnání s jinými pracemi .....	40
Závěr.....	41
Seznam tabulek.....	6
Seznam použité literatury .....	7
Seznam příloh.....	10

## Úvod

Téma bakalářské práce „Aktivizace osob s Alzheimerovou chorobou očima aktivizačních pracovníků (se zaměřením na riziko syndromu vyhoření)“ jsem si vybrala záměrně, protože jsem si sama zkusila, jaké to je se starat o seniory v domově pro seniory. Naskytla se mi i možnost podílet se na aktivizačním programu, tedy být součástí různých aktivit, které senioři vykonávali. Ve své bakalářské práci se zaměřuji na domov pro seniory se zvláštním režimem. Vybrala jsem si právě toto zařízení z důvodu, že člen mé rodiny právě v takovémto zařízení pracuje, avšak ne na pracovní pozici aktivizačního pracovníka.

Aktivizační pracovníky jsem si vybrala mimo jiné z důvodu, že ačkoli nevykonávají takovou práci jako například zdravotní sestry nebo ošetřovatelky, tak jsou součástí péče o seniory a musí se vyrovnávat s podobnými okolnostmi. A i je může potkat syndrom vyhoření. Protože jejich vynaložená snaha a aktivita na práci s klienty nemusí být tak oceněna, jak je očekáváno.

Hlavním cílem mé bakalářské práce, který bude naplněn prostřednictvím výzkumného šetření, je popsat a zhodnotit riziko syndromu vyhoření aktivizačních pracovníků při práci s klienty v domově se zvláštním režimem. Dílčím cílem v teoretické rovině je charakterizovat stáří a Alzheimerovu chorobu, na základě legislativy vymezit domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, specifikovat aktivizační přístupy v těchto zařízeních a rovněž popsat hlavní aspekty syndromu vyhoření. V empirické rovině je dílčím cílem charakterizovat motivaci aktivizačních pracovníků při práci se specifickými klienty, popsat jejich subjektivní vnímání důležitosti vykonávané práce, zjistit, jak se u aktivizačních pracovníků měnil jejich přístup k práci a jaké jsou demotivující prvky, které ovlivňují jejich práci.

Práce je dělena na dvě části – teoretickou a praktickou. V teoretické části popíšu pojmy týkající se tématu bakalářské práce. Bude členěna na pět kapitol. První kapitola bude definovat stáří a jeho periodizaci, ve druhé kapitole se zaměřím na Alzheimerovu chorobu, třetí kapitola bude zaměřena na ústavní zařízení sociálních služeb, a především na domov pro seniory se zvláštním režimem. Ve čtvrté kapitole si přiblížíme pojem aktivizace a poslední kapitola, tedy pátá, bude zaměřena na syndrom vyhoření.

V empirické části mé bakalářské práce se metodou rozhovoru budu snažit zjistit, zdali dotázaní aktivizační pracovníci pocítují nějaké příznaky syndromu vyhoření. Pro výzkum jsem zvolila všechny aktivizační pracovníky vybraného zařízení. V tomto zařízení se nachází pouze

tři aktivizační pracovníci. Mimo rozhovor použijí ještě dotazník BM syndromu vyhoření, který mi bude oporou pro zpracování výsledků.

# 1 Stáří

Stáří je poslední fází vývoje člověka, která uzavírá jeho vývoj a završuje lidský život. „*Souhrnně jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucí k typickému obrazu označovanému jako fenotyp stáří. Ten je modifikován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálně ekonomickými i psychickými*“ (Čevela, Kalvach, Čevelová, 2012, s. 19).

„*Stáří je přirozenou, ale poslední etapou ontogenetického vývoje. Stejně jako jiná vývojová stadia, má i stáří specifické (biologické) znaky, které je odlišují od předcházejících životních etap,*“ takto definuje stáří Pacovský (1990, s. 30). Stárnutí se pokládá za přechodné vývojové období mezi dospělostí a stářím. Stárnutí a stáří nelze nijak zastavit a jeho příchod je geneticky nakódován. Změny spojené a vzniklé se stářím jsou nevratné a neopakují se. Řídí se druhově specifickým časovým zákonem a podléhají vlivům prostředí (Pacovský, 1990, s. 30).

Stáří je velice těžké jasně chronologicky vymezit, proto si zde uvedeme několik vymezení etap stáří. Různí autoři pojmenovávají jednotlivé etapy jinak a dělí je na různý počet. Avšak věkové hranice vykazují určité podobnosti.

Světová zdravotnická organizace (WHO) dělí stáří na tři období:

- rané stáří 60–74 let,
- vlastní stáří 75–89 let,
- dlouhověkost 90 a více let (Mlýnková, 2011, s. 14).

Haškovcová (2010, s. 20) používá dělení stáří na tyto etapy:

- střední, též zralý věk 45–59 let,
- vyšší věk, nebo rané stáří 60–74 let,
- stařecký věk, sénuim 75–89 let,
- dlouhověkost 90 let a výše.

Mühlpachr (2004, s. 21) zmiňuje, že v poslední době se uplatňuje dělení stáří na tyto etapy:

- mladí senioři 65–74 let,
- staří senioři 75–84 let,
- velmi staří senioři 85 let a výše.

Příhoda (1974, s. 420) dělí stáří na období:

- senescentní 60–74 let,
- kmetské 75–89 let,
- patriarchální 90 let a výše.

V období stárnutí se odehrává spousta změn, které se odehrávají v rovině tělesné, psychické a také sociální. Jsou to například změny vzhledu, degenerativní změny kloubů, kardiopulmonální změny, zhoršení paměti, emoční labilita, zhoršení úsudku, odchod do penze, ztráta blízkých lidí, změna životního stylu a také osamělost (Venglářová, 2007, s. 12).

Se všemi změnami, které do života seniora vstoupí, se musí senior nějakým způsobem vyrovnat. Reakce na tyto změny je ovlivněna nejenom osobností seniora, ale také reakcemi lidí v jeho okolí. Jak uvádí Venglářová (2007, s. 12), dle této reakce přichází model adaptace na stáří. Prvním je konstruktivní přístup k stáří. Je to postupná příprava na stáří, která začíná už v produktivním věku, kdy si člověk může připravovat aktivity, které později rozvine. Snaží se dbát o své zdraví správnou životosprávou a udržením fyzické kondice. Udržuje kontakt s širším okruhem přátel, protože v pozdějším věku, při jejich odchodu se nedostane do bodu, kdy mu všichni jeho přátelé z velmi úzkého kruhu zemřou. V takovémto případě by se ocitl v těžké sociální izolaci. A je také důležité udržovat dobré vztahy s rodinou a také na nich neustále pracovat a pěstovat je. Druhý typ adaptace na stáří je závislost na okolí. Tuto závislost si vytvoří někteří lidé, především ti, kteří trpí zdravotními obtížemi. Takováto závislost se může vytvořit nejenom na rodinných příslušnících, ale také na zdravotnickém personálu. Zde seniori využívají právě jejich zdravotních obtíží k manipulaci s ostatními za účelem intenzivnějšího kontaktu. Posledním typem adaptace je nepřátelský postoj, který senior zaujme, když je situace obtížnější a nestačí na ni mechanismy zvládnutí. Tento nepřátelský postoj stojí za mnoha problémovými situacemi, které vznikají při péči o klienty ve vyšším věku (Venglářová, 2007, s. 12).

Změny spojené s tělesnými problémy mají za následek větší soustředění na somatický stav. Tato zvýšená pozornost je znatelná především v oblasti zdravotní péče, kdy je péče soustředěna na symptomy. Pacienti tak mohou nabýt dojmu, že personálu, který o ně pečuje, na nich nezáleží a řeší pouze jejich zdravotní stav. Pacienti toužící po uspokojení sociálního kontaktu si v takových případech nachází nové zdravotní problémy, právě za účelem péče, při které uspokojují tuto touhu. Dochází také ke zintenzivnění některých povahových rysů. Seniorovo okolí označuje tyto psychické změny jako zhoršování povahy, kde se zvýrazňují



převážně její negativní rysy. Sociální změny společně s těmi psychickými mohou seniorovi značně ztížit adaptaci na nové prostředí (Venglářová, 2007, s. 16).

Neopomenutelné jsou duševní poruchy ve stáří. Symptomy u starších lidí jsou méně nápadné, protože jsou schované za fyziologické změny, které stáří doprovází. Nejčastěji se vyskytují problémy s pamětí. Duševní poruchy jsou více pozorovatelné u seniorů žijících v zařízeních, protože klesá jejich schopnost žít bez podpory okolí. Spadá sem například deprese, demence a delirium nasedající na demenci (Venglářová, 2007, s. 18).

## 2 Alzheimerova choroba

*„Alzheimerova choroba způsobuje progresivní odumírání nervových buněk v mozkové hemisféře“ (Callone, 2008, s. 28).*

Způsobuje poruchy tzv. kognitivních funkcí – myšlení, paměti a úsudku. Prvotně se u nemocného zhoršuje paměť krátkodobá. Postupně má nemocný problémy s vyjadřováním a rozhodováním. Nedokončuje myšlenky a stává se zmatenějším (Česká alzheimerovská společnost, 2015, online).

Vývoj a postup nemoci je individuální, vázán na zdravotní stav člověka. Vývoj samotné nemoci může trvat v rozpětí 8 až 20 let, během kterých se mohou pozvolně objevovat jednotlivé příznaky. Zhoršení příznaků není jednotné, ani příznaky nejsou stejné. U každého jednotlivce se nemoc projevuje jiným tempem (Callone, 2008, s. 28).

### 2.1 Historie

Alzheimerova choroba byla poprvé popsána roku 1907 německým psychiatrem Aloisem Alzheimerem. V té době byla považována za nemoc velmi vzácnou a neobvyklou (Callone, 2008, s. 28).

V jiných zdrojích je uváděn rok 1906, jako v knize Demence, Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele, kde autor zmiňuje právě rok 1906, jakožto rok, kdy byla poprvé tato choroba popsána. Je zde i zmíněný první rozhovor Aloise Alzheimerera s „první“ pacientkou s Alzheimerovou chorobou. Na tomto rozhovoru je patrná zmatenost, ztráta krátkodobé paměti a neschopnost zodpovědět položenou otázku, například kvůli nepochopení významu slova. Ona první pacientka je paní Augusta D. Odpovídá na většinu otázek právě svým jménem (Buijssen, 2006, s. 14).

### 2.2 Příznaky

Zjištění Alzheimerovy choroby je velice obtížné a může být zaměnitelné za jiné onemocnění. Alzheimerovu chorobu však musí stanovit lékař na základě odborného vyšetření. První pozorovatelné těchto příznaků jsou ve většině případů rodinní příslušníci nebo osoby jinak blízké. Jak uvádí Regnault ve své knize, mezi varovné příznaky patří zmatenost, zapomínání, stavy duševní nepřítomnosti. Ovšem ani tyto příznaky nejsou jasnými důkazy o diagnóze Alzheimerovy choroby (Regnault, 2011, s. 16).

V samotných počátcích se i samotné příznaky mohou lišit, záleží na tom, které části mozku jsou zasaženy postupným poškozováním a odumíráním nervových buněk. U většiny pacientů se však vykytují poruchy krátkodobé paměti. Pacienti si nepamatují například, že u nich byl někdo na návštěvě, že vykonali nějakou činnost nebo že proběhla nějaká událost v jejich okolí. Začíná se také projevovat chvilková ztráta orientačního smyslu, která trvá zpravidla několik málo sekund až minut. Pacient bývá ztracen ve své vlastním bytě, domě. Po této chvilkové ztrátě se vše dá do pořádku. Dále sem patří tzv. afágie, což je porucha řeči a porozumění. Pacienti mají problém s použitím správných slov, které zaměňují za významově jiná slova nebo neví, co dané slovo znamená (Regnault, 2011, s. 17).

Osoba trpící těmito příznaky se může snažit tyto příznaky skrývat a všelijak je maskovat před svým okolím. Na základě své vnitřní nejistoty se může v některých situacích vyznačovat neobvyklou agresivitou. Dále je to také opakování činností a vět, které zapomněli v důsledku ztráty krátkodobé paměti, a také problém s rozeznáváním obličejů (Regnault, 2011, s. 19).

Na základě těchto varovných signálů by rodinný příslušník nebo jiná osoba blízká měla vyhledat lékaře a podstoupit společně s pacientem kroky vedoucí ke správné diagnostice onemocnění.

## **2.2 Stadia Alzheimerovy choroby**

Alzheimerova choroba může být dělena do několika stadií. Nejčastěji je dělena na tři stadia, v publikacích zabývajících se touto nemocí. (Odborníci obvykle používají rozdělení do tří, čtyř nebo pěti stadií.)

V publikaci Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe (Callone, 2008, s. 28) je dělena na tato tři stadia: rané stadium, mírné stadium a pokročilé stadium.

Jednotlivá stadia trvají v rozmezí od 3 do 5 let, ovšem může dojít k výraznému zhoršení i dříve.

- Rané stadium – dochází k odumírání nervových buněk v oblasti mozku, ve které se nachází paměť. Jedná se především o paměť krátkodobou. Nemocné osoby si nepamatují, zda danou činnost provedly nebo ne. Přichází také problémy s řečí a porozuměním, nemohou si vybavit, co chtěli říct, nenacházejí vhodná slova. Málokdo si v tomto období uvědomí, že se objevují příznaky nějakého problému.

- Mírné stadium – odumírání buněk se šíří do ostatních částí mozku. Nemocné osoby začínají mít problémy se soběstačností. Projevuje se to problémy s oblékáním, ztrátou orientace, neschopností vybavit si, jak se používají předměty, se kterými se dennodenně setkává a potřebuje je. Okolí si začíná všimnout, že s nemocnou osobou je něco v nepořádku a začínají tyto příznaky řešit.
- Pokročilé stadium – ztrácí se schopnost úsudku a logického myšlení a sociální dovednosti. Nemocná osoba tedy ztrácí schopnost správně reagovat. Nejvíce zachovaná oblast mozku, je oblast smyslů. O nemocné osoby se již nezvládají starat rodinní příslušníci. Tyto osoby již potřebují pomoc druhé osoby při každém úkonu. Proto se nemocné osoby umisťují do specializovaných zařízení, kde se o ně personál stará dennodenně, rodina nemocného už tuto péči není schopna zvládnout po delší dobu (Callone, 2008, s. 28).

Alzheimerova choroba se může projevit i u jedinců mladších 60 let. Avšak častěji se projevuje u jedinců starších 65 let. U jedinců starších 80 let se výskyt zvyšuje. Projevuje se častěji u žen než u mužů, v ČR je to až 2x více (*Zpráva o stavu demence*, 2016).

Jedinci, kterým je diagnostikována Alzheimerova choroba, se od této diagnózy dožívají v průměru 7 let. Tato doba se nazývá tzv. střední dobou přežití. Je to doba, za kterou zemře polovina pacientů. Z čehož vyplývá, že někteří jedinci nemusejí dospět do pokročilého stadia nemoci a mohou zemřít. Délka přežití v pokročilém stadiu závisí na kvalitě péče poskytované těmto osobám. Pacient není schopen pečovat sám o sebe, a proto tuto péči musí zastat někdo jiný. V mnoha případech je nemocná osoba upoutána na lůžko a stává se plně ležící.

Příčinou úmrtí je právě Alzheimerova choroba, která oslabuje kontrolu mozku nad tělem a dovoluje ostatním nemocem ukončit život nemocných osob (Callone, 2008).

## 2.4 Diagnóza a léčba

Jak už jsem se výše zmínila, stanovit diagnózu může pouze lékař. U Alzheimerovy choroby je správné stanovení diagnózy poněkud těžší a časově náročnější. Právě k rozlišení Alzheimerovy choroby od jiných druhů demence slouží diferenciální diagnostika (Glennner, 2012, s. 24).

Prvotní příznaky můžou být zpomaleny právě medikamenty, avšak Alzheimerova choroba nemůže být nikdy zcela vyléčena a vždy vede ke smrti. Léky průběh dokážou zpomalit, prodlouží rané stadium, někdy zmírní průběh i pokročilého stadia, vždy ale dojde ke zhoršení

stavu. V této době vědci zkoumají účinnost jiných léků, i přírodních, a vitamínů a jejich vliv na léčbu a prevenci Alzheimerovy choroby (Glennner, 2012, s. 25).

### 3 Ústavní zařízení sociálních služeb

Ústav nebo ústavní zařízení definuje Matoušek ve Slovníku sociální práce (2008, s. 239) jako „*instituci poskytující klientům nepřetržitou péči spojenou s ubytováním a stravováním.*“ Neopomenutelná je také kompetence daného personálu, přiměřenost stavby a přizpůsobení denního režimu potřebám klientů. Popisuje zde také trendy ve velikosti a umístění těchto ústavů. Některé země tyto ústavy spíše zmenšují a snaží se vytvořit je ve velikosti rodinných domů, kterých se však nachází více v areálu. A snaží se více otevřít tyto instituce. Naopak některé země, jako například Česká republika, tyto instituce staví pro větší počet klientů a situuje je spíše do malých obcí (Matoušek, 2008, s. 239).

Péči poskytovanou v těchto zařízeních, tedy ústavní péče, popisuje Matoušek (2008, s. 239) jako péči poskytovanou klientům profesionály nebo také dobrovolníky v ústavním zařízení. Má mnoho podob a cílů, které jsou patrné v institucích od poskytování náhrady chybějícího domova či chybějícího a jinak nedostupného komplexu služeb, až po represivní reakce společnosti na nepřijatelné chování (Matoušek, 2008, s. 239).

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsou v §34 vyjmenována tato zařízení sociálních služeb: centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, pracoviště rané péče, intervenční centra a zařízení následné péče (zákon č. 108/2006 Sb., §34).

Pro účel této bakalářské práce se zaměřím na domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem.

#### 3.1 Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem

**Domovy pro seniory** dle zákona č. 108/2006 Sb., §49, „*poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.*“ Dle zákona obsahuje tato služba poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc

při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Služba je poskytována za úhradu (Zákon č. 108/2006 Sb., §49).

Jak se uvádí v zákoně č. 108/2006 Sb., §50, **Domovy se zvláštním režimem** „*poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.*“ Tato služba dle zákona obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Tato služba je poskytována za úhradu (Zákon č. 108/2006 Sb., §50).

U obou těchto typů zařízení se jedná o celoroční pobytovou službu.

## 4 Aktivizace osob s Alzheimerovou chorobou

Aktivizace je „*proces uvedení do pohybu, rozvinutí nebo zesílení činnosti. V psychologii navození konkrétní úrovně aktivity, tzv. aktivace*“ (Průcha, Veteška, 2014, s. 27).

Aktivizace podněcuje potenciál klientů, v tomto případě seniorů a přispívá k jejich nejen fyzickému, ale i psychickému zdraví a celkové kvalitě života. V rámci aktivizace jsou zpracovávány aktivizační programy, které jsou zaměřeny na intervenci v oblasti udržování dovedností, vědomostí a schopností. Taktéž na prevenci poruch paměti, koncentrace a myšlení seniorů. Jedním z důležitých rozměrů aktivizačního programu je jejich sociální hledisko, ve smyslu potlačení sociální izolace seniorů. Z tohoto hlediska jsou upřednostňovány společné aktivity seniorů. Práce se seniory s demencí nebo s jiným onemocněním kognitivních schopností vyžaduje specifický přístup. V takovýchto případech je kladen důraz především na individuální přístup ke klientovi (Průcha, Veteška, 2014, s. 27).

Aktivizace je forma, jak udržovat klienty stále v dění. Senioři se necítí osamocení, nepotřební, izolovaní a znudění.

Při práci se seniory s Alzheimerovou chorobou se nejvíce využívá smyslová aktivizace a reminiscence.

### 4.1 Smyslová aktivizace a reminiscence

**Smyslová aktivizace** je zaměřena na vnímání pomocí smyslů. Smysly jsou chápány jako zdroje člověka.

Aktivizace znamená uvést do pohybu, pohnout a podnítit k činnosti, působením něčeho zesílit, něco vědomě udělat (Vojtová, 2014).

Podle Wehnera je smyslová aktivizace „*pojem, který lze chápat jako „uvedení do pohybu“ za účasti veškerých smyslů. Pozitivním výsledkem smyslové aktivizace je vytvoření motorické, kognitivní, verbální, skutečně komplexní činnosti*“ (Vojtová, 2014, s. 9).

Smyslová aktivizace se podle Vojtové zaměřuje na člověka jako na celek. Pracuje tedy se všemi složkami jeho života, biologickou, psychickou i transcendentální. Zapojuje do svého programu i životní příběh daného klienta a snaží se aktivity přizpůsobit jeho životu. Nesmí opomíjet ani jednu složku, protože by klientovi mohlo i přes veškerou péči stále něco chybět, jedno složka by nebyla uspokojena.



Snaží se aktivitami, pomůckami a prostředím připomenout klientům to, co zná a má uloženo v paměti. Využívají se buď předměty klientů, předměty volně dostupné v blízkosti, přírodní materiály nebo vzpomínkové a zájmové předměty. Můžou být využita i zvířata, která se mohou přivést do zařízení, kde je tato aktivizace provozována (Vojtová, 2014).

Cílem smyslové aktivizace je udržení, dlouhodobé zachování nebo obnovení vlastních kompetencí, sociálních kompetencí a věcných kompetencí.

- Vlastní kompetence – sebevědomí, sebehodnocení, sebedůvěra, sebeláska, aj. Přizpůsobení aktivit možnostem seniorů, aby zvládli například vytvořit výrobek, zodpovědět otázky, shodit kostky míčkem, zodpovědět otázky, které se týkají činnosti dne, které mají za sebou.
- Sociální kompetence – vytváření kontaktu a jeho prohlubování, zachování vazby s rodinou, integrace do nového prostředí. Vyvolávání vzpomínek jedinců nebo společnosti, poznávání ostatních členů, budování důvěry.
- Věcné kompetence – co nejdéle udržet samostatnost a obsluha např. spotřebičů denní potřeby. Trénink motoriky, asistovaný nácvik dané činnosti, cílené doprovázení v areálu za účelem nácviku orientace.

Všechny tyto aktivity jsou prováděny s aktivizačním pracovníkem, který má vytvořený plán práce s klienty (Vojtová, 2014, s. 24).

**Reminiscence** jako pojem je používán jako synonymum výrazu vzpomínka nebo vzpomínání. „*V literatuře je nejčastěji citována definice britského geriatra Roberta Woodse a jeho spolupracovníků. Reminiscenci definuje jako hlasité nebo tiché (skryté, vnitřní) vybavování událostí ze života člověka, které se uskutečňuje buď o samotě, nebo spolu s jinou osobou či skupinou lidí*“ (Janečková, Vacková, 2010, s. 21).

Obvykle se označuje jako reminiscenční terapií rozhovor terapeuta se seniorem nebo skupinou seniorů. Tento rozhovor se týká nejen jeho dosavadního života, také je zaměřen na jeho dřívější aktivity, události, které prožil a na jeho zkušenosti. V rámci této terapie se využívají pomůcky jako jsou staré fotografie, předměty, nástroje a pomůcky, které byly běžně používány v domácnostech. Dále to mohou být dobové filmy, hudba či módní doplňky. Tato aktivita může být i naprosto spontánní. Pokud je reminiscence využívána ve skupině seniorů je možné využití uměleckého projevu, ať už kreslení, zpěvu, tance, lze využít vše, co bude vyvolávat vzpomínky. Nejdůležitějším terapeutickým prvkem je navození pohody, radosti, dobrého pocitu a potěšení. Je třeba dbát na možnost vyrovnávání se s traumatickými

zkušenostmi, které klienti ve svém životě zažili, v průběhu reminiscence. V takovýchto případech získává reminiscenční terapie charakter psychoterapeutického procesu (Janečková, Vacková, 2010, s. 22).

Dle Matouška (2008, s. 173) je reminiscence chápána jako „metoda práce se starými lidmi, při níž se vyvolávají vzpomínky na události, které mají pro daného člověka hodnotu.“ Jsou preferovány především vzpomínky, které jsou emočně pozitivní, které se však nemusí týkat událostí vítaných. Reminiscenci je možno využívat jak při individuální práci, tak i ve skupinové práci. Při individuální reminiscenci není třeba využít žádného speciálního plánu klienta. Je možno ji provádět při ošetrovatelských nebo jiných úkonech. Pracovník vede klienta otázkami, které se týkají prováděné činnosti a zároveň přesahují do klientovi minulosti. Tato forma práce s klienty zlepšuje nejen vztahy pracovníků a klientů, ale také zlepšuje informovanost pracovníků o klientech. Senioři rádi vypráví, a proto je jim tato forma práce milá (Matoušek, 2008, s. 173).

## **4.2 Aktivizační pracovník**

Aktivizační pracovník má základní, středoškolské či vysokoškolské vzdělání řádně ukončené a absolvoval akreditovaný kvalifikační kurz nebo absolvoval zdravotnický či sociální obor, který ho uschopňuje pracovat s danou skupinou pacientů. Tito pracovníci se dále během vykonávání své profese dále účastní dalších akreditovaných kurzů, za účelem obnovy, upevnění a doplnění kvalifikace (zákon č. 108/2006 Sb.).

Jak je uváděno v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, aktivizační pracovník vykonává nepedagogickou výchovnou činnost, zabývající se především působením na klienta, vedením k soběstačnosti, působením na rozvoj každodenních návyků a jeho manuálních i kognitivních funkcí. Aktivizační pracovník tak vede volnočasové aktivity klientů, je průvodcem různých terapií, které buď sám provádí nebo je jejich zprostředkovatelem. Pracuje buď s jedincem nebo skupinou (zákon č. 108/2006 Sb.).

## **4.3 Komunikace a přístup aktivizačního pracovníka**

Aktivizační pracovník se řadí do kategorie pracovníků pomáhajících profesí. Mimo patřičného vzdělání by měl takovýto pracovník oplývat i osobnostními charakteristikami, které mu značně ulehčí práci s klienty. Taktéž by se takový pracovník měl angažovat ve své práci. Znamená to tedy, že by měl nejen vykonat náplň jeho práce, ale měl by se aktivně zajímat o další vzdělávání v této oblasti a také dát najevo klientům zapálení pro práci. Takový pracovník

je pro klienty daleko příjemnější než pracovník, který pouze vykoná svou práci bez většího zájmu.

Důležité je dodržování jistých hranic, které ovlivňují jak psychické zdraví pracovníka, tak i pocity klientů. Tato hranice je velice tenká a pracovník ji může překročit, avšak v dobré víře, že chce vyhovět zájmu klientů. Dalším porušením hranice je přílišné obětování se pro klienty. Pracovník se začne ke klientovi chovat tak, jako kdyby nebyl klient autonomním jedincem. Pracovník nabude dojmu, že jej klient potřebuje a že na něm závisí. Toto obětování může uškodit i samotnému klientovi, kdy jej tato péče spíše oslabuje, než aby ho povzbuzovala (Kopřiva, 2011, s. 18-20).

Hlavním bodem je správné porozumění lidem, v tomto případě klientům. Tímto porozuměním je myšlena schopnost vcítit se, empatie. Především umět si představit, čím si druhá osoba prochází, co se v ní odehrává a jak může situaci vnímat (Kopřiva, 2011, s. 107).

Jedním z hlavních předpokladů dobrého aktivizačního pracovníka pro práci s klienty je správná komunikace s klienty. Práce se seniory trpící Alzheimerovou chorobou je poněkud specifická. Záleží na mnoha faktorech, například na schopnostech samotných klientů daného zařízení, jejich fyzickém a psychickém stavu a v neposlední řadě na stadiu nemoci. Aktivizační pracovník by měl své klienty dobře znát a být seznámen s jejich historií, zvyklostmi a momentálním stavem. Je důležité, aby se personál těmito informacemi řídil a přizpůsoboval jim konverzaci. Tento způsob komunikace klientům pomáhá cítit se lépe a nedochází k pocitům izolace, úzkosti či deprese (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2004).

Komunikace s těmito klienty by měla být založena na jednoduchých a srozumitelných větách, které klient jednoduše pochopí a nebude mít problém s pochopením významu a sdělením věty. Důležité je také správné oslovení klienta, tak jak je zvyklý, jak si to přeje jeho rodina. Jedním z hlavních znaků dobré komunikace s klientem je postupné přidělování úkolů a individuální přístup. Klient by se neměl do ničeho nutit, zakazování by mělo být také co nejvíce omezeno, dále také rozkazování či jiné nevhodné způsoby komunikace s klientem. Ty jsou nežádoucí a neměly by se v zařízeních pečujících o seniory objevovat. Vhodná komunikace s klienty trpící Alzheimerovou chorobou, by měla být podporující, vstřícná, dobře pochopitelná, empatická (Pörtner, 2009).

Při komunikaci s klientem je důležité, aby byla komunikace pracovníka s klientem dobře načasovaná. Aby byly podmínky pro komunikaci nejvhodnější. Pracovník by měl zvážit také svou aktivitu a pasivitu v komunikaci s klientem. Je dobré dát klientovi prostor v komunikaci

a dosáhnout stejné míry kontaktu na obou stranách. Důležité je zde naslouchání. Pracovník by měl naslouchat klientovi a snažit se mu co nejvíce pomoci, avšak i zde je nutné dodržovat hranice. Měl by se řídit přáním klienta a neměl by se snažit převzít kontrolu nad komunikací (Kopřiva, 2011, s. 114-118).

## 5 Syndrom vyhoření

Jako první pojem „burnout“ uvedl Herbert Freudenberger, v roce 1974, ve své stati, která byla zveřejněna v časopise *Journal of Social Issues* (Kebza, Šolcová, 2003, s. 6).

Herbert Freudenberger definuje tento syndrom takto: „*Burnout je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly)*“ (Křivohlavý, 1998, s. 45).

Definice a vymezení syndromu vyhoření se liší autor od autora, avšak jisté znaky mají shodné. Martin Kupka ve své práci uvádí, že syndrom vyhoření, též známý jako burnout syndrom, „*je považován za reakci na mimořádně zatěžující práci, kdy dochází k úplnému vyčerpání fyzických, emočních a duševních sil, kdy takto postižený člověk dochází k závěru, že již nemůže dál. Je to stav pocitu beznaděje*“ (Kupka, 2008, s. 26).

Vzniká především působením dlouhodobé zátěže, a tedy chronického stresu. Převážně jsou tímto syndromem vyhoření ohroženi pracovníci v pomáhajících profesích (Kebza, Šolcová, 2003, s. 7). Podobně ohrožené jsou i osoby s vysokými ambicemi a vysokou motivací ke své práci (Kupka, 2008).

Oproti tomu uvádí doktorka Mirriam Preiß ve své knize „*Jak zvládnout syndrom vyhoření: Najděte cestu zpátky k sobě*“, že původci syndromu vyhoření nejsou zcela známí. Naopak při léčení svých pacientů zjistila, že „*důvodem vyhoření jsou negativní nebo chybějící pozitivní vztahy k okolí a nepochopení sobě samému*“ (Preiß, 2015, s. 18).

Za zmínění stojí i definice podle Christiny Maslach a Susan E. Jackson, které říkají, že „*Burnout je syndromem emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobního výkonu. Dochází k němu tam, kde lidé pracují s lidmi, tj. tam, kde se lidé věnují potřebným lidem.*“ Tyto autorky vypracovaly i nástroj, kterým se dá syndrom vyhoření jistým způsobem změřit. Je to dotazník, který se skládá celkem z 22 otázek, které se vztahují k faktorům emocionálního vyčerpání, depersonalizaci a ke sníženému pracovnímu výkonu (Křivohlavý, 1998, s. 50).

Největší zájem o problematiku syndromu vyhoření se objevil na přelomu 70. a 80. let, tedy po zveřejnění Freudenbergerovy stati. Avšak v průběhu let, kdy se výzkumem tohoto syndromu zabývalo více lidí, se objevila řada pojetí a vymezení tohoto syndromu. Nejsou úplně shodná a v jistých částech se liší, ale nacházejí se společné body, ve kterých se shodují:

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“ (Kebza, Šolcová, 2003, s. 7).*

Jak už zmiňuje Kebza a Šolcová, ohrožení syndromem vyhoření jsou pracovníci v pomáhajících profesích. Tyto profese jsou především v oblastech zdravotnictví, školství, sociální péče a sociální služby, ale také administrativa. Konkrétněji z profesí jsou to například lékaři, zdravotní sestry a zdravotní personál, psychologové a psychoterapeuti, psychiatři, sociální pracovníci a poradci v záležitostech sociální péče, učitelé, policisté, sportovci, vedoucí pracovníci, administrátoři, podnikatelé, vyjednávatelé aj. (Křivohlavý, 1998, s. 23).

Avšak mimo zaměstnance v těchto profesích se se syndromem vyhoření můžeme setkat i u nezaměstnaných jedinců, u těžce nemocných, u vysokoškoláků nastupujících do zaměstnání. Projevy vyhoření se dají sledovat i v některých případech manželství.

## **5.1 Příznaky syndromu vyhoření**

Příznaky syndromu vyhoření se projevují ve třech úrovních: psychická úroveň, fyzická úroveň a úroveň sociálních vztahů.

Na úrovni psychické můžeme zmínit například:

Převládající pocit, že úsilí vynaložené něčemu, je dlouhé a namáhavé a v porovnání s efektivitou je efektivita vynaložená tomuto úsilí nepatrná. Celkové duševní vyčerpání, především emocionální, dále v kognitivní oblasti a pokles vedoucí až ke ztrátě motivace. Utlumení celkové aktivity, s redukcí spontaneity, kreativity a iniciativy. Objevují se pocity smutku, frustrace, depresivní ladění, beznadějí a tíživě je prožívána marnost vynaloženého úsilí a nízká smysluplnost. Objevuje se přesvědčení o vlastní postradatelnosti, dokonce až bezcennosti, které může v některých případech hraničit až s mikromanickými bludy. K osobám, které jsou součástí profesionální práce s lidmi (klienti,

pacienti a zákazníci), je projevován negativismus, cynismus a hostilita. Dochází k poklesu až ztrátě zájmu o témata týkající se profese, taktéž negativnímu hodnocení instituce, kde je daná profese vykonávána. Přichází sebelítost a prožitek nedostatku uznání. Redukování činností na nezbytné rutinní postupy, používání stereotypních frází a klišé.

Na úrovni fyzické se objevují například:

Ochablost, apatie a stav celkového vyčerpání organismu. Rychlý pocit únavy, který se objeví po krátkých etapách relativního zotavení. Vegetativní potíže – bolesti u srdce a změna srdeční frekvence, zažívací potíže a potíže s dýcháním, jako je pocit nemožnosti dostatečného nadechnutí. Zdravotní potíže: neurčité bolesti hlavy, problémy s krevním tlakem, poruchy spánku, bolesti svalů a celkové napětí. Vyšší riziko vzniku jakéhokoliv druhu závislosti.

Na úrovni sociálních vztahů:

Celkový útlum sociability a snížený zájem až nezájem o hodnocení ze strany druhých osob. Výrazná tendence redukující kontakt s klienty, kolegy a ostatními osobami, které mají vztah k vykonávané profesi. Nechuť k vykonávané profesi a všemu co k ní souvisí. Nízká empatie, projevující se především u osob, které měly vysokou míru empatie. Narůstání konfliktů, zaviněné nezájmem, lhostejností a tzv. sociální apatií ve vztahu k okolí (Kebza, Šolcová, 2003, s. 9-10).

## 5.2 Stadia syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je výsledkem dlouhodobého procesu, tedy není to okamžitý stav, ale vyvíjí se. Tento dlouhodobý proces se rozděluje do několika fází. Různí autoři jej dělí na různý počet. Obecně však člověk trpící syndromem vyhoření prochází těmito fázemi postupně, ovšem některé z nich lze přeskóčit (Stock, 2010, s. 23).

Christina Maslach vytvořila čtyřfázový model procesu vyhoření. Dělí je na:

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)“*

(Křivohlavý, 1998, s. 61).

V první fázi se tedy jedná o prvotní nadšení a zaujetí pro práci, které je to spojené s přílišným přetěžováním. Takovýto člověk se snaží své práci tzv. “dát to nejlepší“, co může. Je motivovaný a klade si tak vysoké cíle, kterými se přetěžuje. Práci však plní rád a baví ho. V další fázi začíná pociťovat fyzické i psychické vyčerpání, stanovené cíle se zdají být nedosažitelné. Začíná pociťovat, že má příliš mnoho povinností a nemá dostatek energie na jejich zvládnutí. Ve třetí fázi se začínají objevovat konflikty s jinými lidmi. Vztahy s ostatními se mění a stávají se negativními. Mění se i ochota pomoci ostatním, která se vytrácí. V poslední fázi syndrom vyhoření vrcholí a člověk je úplně vyčerpán fyzicky, psychicky i emocionálně. Práci vykonává jen z povinnosti, nezajímá se ani o práci ani o okolní svět, upadá do stavu apatie (Mohoritová, 2012, s. 26-27).

Podobně jako dělí fáze Maslach, jej dělí i dvojice autorů Edelwich a Brodský (Stock, 2010, s. 23-24):

1. Idealistické nadšení – jedná se o vysoké nasazení do práce, kladení vysokých cílů, které však převyšují jeho schopnosti, v takových případech se takovýto jedinec může až příliš sžít se svou prací a věnuje všechnen čas jen jí. Existují jedinci, které takové nasazení uspokojí v jejich pracovním životě. Objevují se také pracovníci, kteří i v těchto případech dokážou odhadnout své hranice a dokážou se vyhnout rozvoji syndromu vyhoření.
2. Stagnace – poznání reality a přehodnocování ideálů, prožití zklamání. Práci stále vykonává, ale už není hlavním bodem jeho života, nadšení opadá, klade větší důraz na věci, kterým dříve nepřipisoval takovou důležitost (např. plat). Objevují se první komplikace spojené s prvotním nadšením pro práci, kdy byla práce upřednostněna před osobním životem.
3. Frustrace – zjištění omezenosti vlastních možností, pochybování o své práci a jejích výsledcích, pocítění vlastní bezmocnosti. Objevují se problémy nejen s nadřízenými, ale také s kolegy i klienty. Zklamání pramenící z uvědomění si rozdílů mezi touhou, co by chtěl udělat, a tím co udělat může, je znatelnější.
4. Apatie – Objevuje se vnitřní rezignace, která je obrannou reakcí proti frustraci. V práci dělá jen to, co je nezbytně nutné, obzvláště pokud v práci nezažívá nic jiného než zklamání. Jedinec se vyhýbá kontaktu s kýmkoli a snaží se práci co nejrychleji splnit. Přichází pocity rezignace až zoufalství (Stock, 2010, s. 23-24).



### 5.3 Rizikové a protektivní faktory

Jedním z hlavních rizikových faktorů vzniku syndromu vyhoření je působení chronického stresu. Důležitou roli hraje i odolnost jedince vůči působení negativního účinku stresu, tedy osobnost (Kupka, 2008, s. 31).

Mezi rizikové faktory se řadí:

Život v současné civilizované společnosti, kde neustále roste životní tempo a nároky na člověka. Příslušnost k profesi, kde se jedinec setkává s lidmi (kontakt, obsahem profesní práce jsou lidé). Původní přílišné nadšení z práce, angažovanost a zaujetí, nízká asertivita. Vysoké nároky kladené na výkon práce a monotonie práce. Nutnost čelit chronickému stresu. Chování typu A, kdy se takovýto typ chování vyskytuje u člověka energetického, pilného, s vysokými cíli, který chce být nejlepší, hodně riskuje a obětuje, působí asertivně až nepřátelsky (Stock, 2010, s. 43), s důrazem na soutěživost a hostilitu. Původní vysoký perfekcionismus a pedantství, odpovědnost a s tím spojená neschopnost relaxovat. Taktéž prvotní vysoká míra empatie, zájmu o druhé a obětavosti. Negativní afektivita a depresivní ladění. Rysy úzkosti, fobie a nutkání. Stabilně prožívaný hněv (jako emoční stav), hostilita (jako osobnostní rys) a agrese (jako chování, v němž dochází k expresi obojího) syndrom „bezmoci a beznaděje“. Vyšší habituální nastavení na fyzickou reaktivitu ve stresu s permanentně zvýšenou reaktivitou zvláště v oblasti kardiovaskulárního aparátu. Nízké či nestabilní sebepojetí a sebehodnocení a s ním spojené chronické přesvědčení o neodpovídajícím společenském uznání a ekonomickém hodnocení vykonávané profese (Kebza, Šolcová, 2003, s. 15-16).

Mezi protektivní faktory se řadí:

Chování typu B, kdy se takovýto typ chování vyskytuje u člověka trpělivého, přátelského, který věnuje čas i své práci i své rodině a okolí, úspěch u takového člověka není na prvním místě (Stock, 2010, s. 44), s dostatečnou asertivitou. Schopnost a dovednost relaxace, vhodná organizace času a umění nedostat se pod časový tlak. Pracovní autonomie, pestrost a proměnlivost práce. Odolnost ve smyslu hardiness či smyslu pro koherenci (sense of coherence). Pocit dostatku vlastních schopností zvládnutí situací. Víra ve vlastní schopnosti a sebeuplatnění. Percipovaná kontrola interní lokalizace kontroly. Dispoziční

optimismus. Tzv. „flow“, což je příjemný tok, či proud zážitků, který se dostaví na základě přiměřených požadavků v poměru k možnostem jedince a silného, euforicky laděného zaujetí pro věc. Sociální opora (v případě syndromu vyhoření se jako nejefektivnější jeví opora ze strany spolupracovníků stejného postavení). Pocit adekvátního společenského a ekonomického uznání a hodnocení. Pocit osobní pohody, (zahrnující životní spokojenost, pozitivní emoce a štěstí) (Kebza, Šolcová, 2003, s. 16).

## 5.4 Diagnostika syndromu vyhoření

Pro přesné rozpoznání syndromu vyhoření se využívají různé postupy. První příznaky je možno pozorovat, ať už sám na sobě, tak i na druhých. Pro další určení se využívají metody dotazníku (Křivohlavý, 1998, s. 33).

*Jak uvádí Kebza a Šolcová „Identifikace syndromu vyhoření vychází jednak z pozorování jednotlivých symptomů u osob, v jejichž chování se burnout syndrom začíná projevovat, jednak z prožitku těchto příznaků u postižených osob, jež lze lépe identifikovat, pokud člověk o charakteristice tohoto syndromu již něco ví, a konečně ze speciálních psychologických metod, jež byly k diagnostice tohoto syndromu zkonstruovány“ (Kebza, Šolcová, 2003, s. 17).*

Dotazníkové šetření je založené na posuzovacích škálách. Nejběžněji užívané dotazníky jsou MBI – „Maslach Burnout Inventory“ od autorek Ch. Maslach a S. E. Jackson; BM – „Burnout Measure“ od autorů A. Pines a E. Aronson. Dotazník se skládá z 21 otázek, které jsou zaměřeny na tři hlediska celkového vyčerpání. Jedná se o pocity fyzického vyčerpání, pocity emocionálního vyčerpání a pocity duševního vyčerpání. K zodpovězení otázek slouží sedm stupňů odpovědní škály (Kebza, Šolcová, 2003, s. 17; Křivohlavý, 1998, s. 36-38).

Dotazník podle Ch. Maslach a S. E. Jackson, tedy MBI. Tento dotazník se skládá z 22 otázek, z nichž se příslušné otázky týkají třech oblastí. Jedná se o emocionální vyčerpání (označováno zkratkou EE, z angl. emotional exhaustion), depersonalizaci (označováno zkratkou DP) a oblast z osobní zkušenosti nebo také snížení výkonnosti (označováno zkratkou PA, z angl. personal accomplishment). Devět z 22 otázek je zaměřených na oblast emocionálního vyčerpání, 5 otázek je zaměřených na oblast depersonalizace a 8 otázek se vztahuje k oblasti sníženého pracovního výkonu. Každou otázku je možno zodpovědět za pomoci jednoho ze sedmi stupňů odpovědní škály (Křivohlavý, 1998, s. 40).

Emocionální vyčerpání je hlavním ukazatelem syndromu vyhoření a zároveň jeho příznaky jako je ztráta chuti k životu, nedostatek sil k jakékoliv činnosti a nulová motivace, jsou považovány za základní příznaky syndromu vyhoření. Depersonalizace jako projev psychického vyčerpání je zvláště pozorovatelný u lidí, kteří mají potřebu reciprocitu od svých klientů, se kterými pracují. Pokud se jim nedostává kladné odezvy, začnou se k těmto lidem chovat jinak. Ztrácí k nim přirozený respekt, přestávají v nich vidět lidskou bytost a v extrémních případech s nimi mohou jednat jako s neživými předměty. Snížení pracovního výkonu je pozorovatelné především u lidí s narušením sebehodnocení a sebedůvěry. Právě tímto narušením nemají dostatek potřebné energie ke zvládnutí stresových situací, konfliktů a životních těžkostí (Křivohlavý, 1998, s. 40).

Dotazník „Burnout Measure“ od autorů A. Pines a E. Aronson se zaměřuje na celkové vyčerpání ze tří hledisek – pocity fyzického vyčerpání, pocity emocionálního vyčerpání a pocity duševního vyčerpání. Pocity fyzického vyčerpání jsou například pocity celkové slabosti, únavy a oslabení. Emocionální vyčerpání se vyznačuje například pocity beznaděje, tísně a pocity přirovnávající se k chycení do pastí. Mezi pocity duševního vyčerpání se řadí pocity ztráty iluzí, ztráty lidské hodnoty, pocity bezcennosti a marnosti vlastní existence. Tento dotazník se skládá z 21 otázek, na které se odpovídá podle zadané sedmibodové škály (Křivohlavý, 1998, s. 38).

## 5.5 Prevence

Prevence je chápána jako jakýsi soubor opatření, který se snaží předcházet určitému negativnímu jevu. Snaží se vyvarovat se příčin daného jevu nebo omezit jejich míru tak, že nezpůsobí propuknutí onoho nežádoucího jevu.

Prevence syndromu vyhoření se zaměřuje na dvě oblasti. První oblastí je oblast individuální, zaměřující se na člověka a jeho predispozice k tomu, aby se u něj projevil syndrom vyhoření. Druhou oblastí je negativní vliv prostředí, ve kterém se nachází člověk, který je ohrožen syndromem vyhoření. Je to pracovní prostředí, ale i životní situace, které mohou takového člověka v jeho životě potkat (Křivohlavý, 1998, s. 74).

Jak uvádí Kebza a Šolcová *„Osvojení si základních postupů a strategií hodnocení stresogenních situací a zvládnutí stresu, stejně jako úprava životosprávy, denního režimu a celkového životního stylu se jeví jako nezbytný předpoklad úspěšné prevence syndromu vyhoření“* (Kebza, Šolcová, 2003, s. 21).

Je tedy důležité, aby se takový jedinec snažil předcházet situacím, které na něj působí negativně a stresují ho. Je také dobré, aby se zaměstnavatelé snažili předcházet vzniku syndromu vyhoření u svých zaměstnanců a poskytli svým zaměstnancům příjemné pracovní prostředí, popřípadě se podíleli na předcházení těchto negativních jevů s nějakými odborníky, například formou kurzů (Kebza, Šolcová, 2003, s. 19).

## 6 Empirická část

Pro zpracování empirické části jsem zvolila kvalitativní výzkum. Jak uvádí Strauss a Corbinová (1999, s. 10) jedná se jakýkoliv výzkum, při kterém není dosaženo výsledků pomocí procedur či jiných způsobů kvantifikace. Výzkumy se mohou týkat života lidí, chování a jejich příběhů, ale také se může jednat o chod organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů. Nejčastěji se využívají ke shromažďování údajů rozhovory a pozorování. Jde o proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí, který má za cíl získat komplexní obraz jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi výzkumníkem a účastníky výzkumu (Švaříček, Šedřová, 2004, s. 17). Právě kvůli získání informací za pomoci rozhovoru jsem pokládala volbu kvalitativního výzkumu za vhodnou.

### 6.1 Výzkumné cíle a výzkumné otázky

Empirická část této bakalářské práce se zaměřuje na zjištění výskytu syndromu vyhoření u aktivizačních pracovníků v domově se zvláštním režimem. Metodou rozhovorů jsem se snažila zjistit, jestli vnímají aktivizační pracovníci nějaké demotivující faktory v jejich práci, které mohou být rizikovými pro syndrom vyhoření. Snažila jsem se také zjistit, zdali vnímají svou práci jako důležitou a zjišťovala jsem jakou mají hlavní motivaci pro výkon jejich povolání.

Hlavním cílem výzkumného šetření je popsat a zhodnotit riziko syndromu vyhoření aktivizačních pracovníků při práci s klienty v domově se zvláštním režimem.

Dílčí cíle: Charakterizovat motivaci aktivizačních pracovníků při práci se specifickými klienty a popsat jejich subjektivní vnímání důležitosti vykonávané práce.

Zjistit, jak se u aktivizačních pracovníků měnil jejich přístup k práci a jaké jsou demotivující prvky, které ovlivňují jejich práci.

Výzkumné otázky:

VO1: Co aktivizační pracovníky v jejich práci motivuje?

VO2: Pokládají aktivizační pracovníci svoji práci za důležitou?

VO3: Jaké vnější faktory ovlivňují výkon jejich práce?

VO4: Jaké demotivační prvky vnímají aktivizační pracovníci ve své práci?

VO5: Vnímají pracovníci nějaké změny v průběhu doby, kdy své povolání vykonávají?

## 6.2 Metodologie, výzkumný soubor, organizace výzkumu

Využila jsem metodu rozhovoru, který je nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Pro takovýto rozhovor se používá označení hloubkový. Je definován jako „nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek.“ Za použití hloubkového rozhovoru jsou zkoumáni členové určitého prostředí a určité specifické sociální skupiny. Cílem takového rozhovoru je zachycení výpovědi a slova v jejich přirozené podobě. Využila jsem polostrukturovaný rozhovor, který je jedním ze dvou hlavních typů hloubkového rozhovoru, jsou předem připravené okruhy témat a otázek (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 159-160).

Jako cílovou skupinu jsem si vybrala pracovnice domova pro seniory se zvláštním režimem. Instituci jsem si vybrala záměrně, protože zde mám kontakt a zároveň jsem oslovila všechny aktivizační pracovníky. Tedy tzv. totálním výběrem byli zvoleni všichni aktivizační pracovníci a byli zapojeni do výzkumu.

Mnou vybraný domov se zvláštním režimem funguje od roku 2006 a je členem Asociace poskytovatelů sociálních služeb. Zřizovatelem je Olomoucký kraj. Cílovou skupinou tohoto domova jsou osoby s postižením Alzheimerovou chorobou, které už nemohou žít běžným způsobem života ve svém prostředí. Jsou tedy závislé na pomoci jiné fyzické osoby a jsou to osoby od 50 let věku. Kapacita tohoto domova je do 50 uživatelů. Tento počet umožňuje personálu znát jejich klienty detailně. Je tedy možné navodit pocit známého prostředí i situací. Součástí domova jsou také ošetrovatelská lůžka pro klienty, kteří vyžadují zvýšenou ošetrovatelskou péči.

Posláním domova je podpora fyzické soběstačnosti osob s Alzheimerovou chorobou po co nejdélší dobu. Péči zajišťuje tým složený ze sociálních pracovníků, ošetrovatelů a zdravotníků. Důraz je kladen na individuální potřeby klientů. Ke klientům je tedy přistupováno empaticky a snaží se vyjít vstříc právě individuálním potřebám každého z nich, služba je přizpůsobena přáním a potřebám daného klienta. Je zachovávána vůle a možnost rozhodování klientů, právo vyjadřovat své potřeby, přání a touhy a také stížnosti. Služba poskytována domovem je koncipována tak, aby zachovávala vazby s rodinou a dalšími blízkými osobami s cílem umožnit v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života.

V rámci aktivizace nabízí domov klientům různé činnosti. Klienti se mohou na základě svého zájmu účastnit různých individuálních a společenských aktivit. Mezi tyto aktivity patří pečení (v období velikonoce, vánoc, ale také pro oslavy), promítání filmů, kulturní vystoupení, bohoslužby, výroba drobných předmětů v keramické dílně, muzikoterapie, možnost trávení času v pokoji, který je dobově vybaven a přizpůsoben pro tzv. reminiscenci. Dále je klientům poskytována canisterapie, felinoterapie a jiná zooterapie (v domově se nachází andulky a králík, o které se klienti mohou starat). Součástí domova je i zahrada, kde se nachází altán a posezení pod pergolou. Klienti mají možnost vydat se na výlety do blízkého okolí. Mimo aktivního využívání možnosti posezení na zahradě a výhledu na okolní krajinu, klienti také využívají možnost zahradničení. Pracují na vyvýšeném záhonu, přesazují květiny a pracují s bylinkami.

V tomto domově pracují tři aktivizační pracovnice, ale každá zdravotní sestra a ošetřovatelka tohoto domova má přidělené klienty, se kterými plní také aktivizační plán. Součástí aktivizačního programu daného domova pro seniory jsou tedy všichni tito zaměstnanci. Hlavní náplň aktivizačního programu zařizují tyto tři aktivizační pracovnice. Pracují od pondělí do pátku na ranních směnách.

Aktivizačním pracovnícím jsem dala před naším společným rozhovorem vyplnit dotazník na syndrom vyhoření. Vybrala jsem si dotazník BM (Burnout Measure) psychického vyhoření, protože mi jeho zpracování přišlo srozumitelné a nebylo nijak složité pro pochopení. Následně jsem jej vyhodnotila a při rozhovoru jsem zkoumala, do jaké míry a v jakých aspektech korespondují odpovědi v dotazníku s odpověďmi jednotlivých pracovníc v rámci rozhovoru.

Zpracovala jsem otevřené kódování, jak nám ukazuje tabulka č. 1, jehož výstupem jsou kategorie a kódy. Přiřadila jsem odpovědím kódy a ty jsem sdružila do tří kategorií, a to jsou motivace, přístup k práci a stresové faktory.

Kategorie	Kódy
MOTIVACE	první krok, zdokonalení se, povzbuzení, vztahy s klienty, důležitost
PŘÍSTUP K PRÁCI	očekávání vs. realita, čas a změna, obměna, náplň, stereotyp
STRESOVÉ FAKTORY	procitnutí, konec, kontraproduktivita, vyčerpání

Tabulka č. 1: Otevřené kódování – kategorie a kódy

### 6.3 Analýza rozhovorů

Kategorie		Motivace		
Respondent	A1	A2	A3	
Kódy	první krok	smysluplnost	osobnostní předpoklad	peníze (něco nového)
	zdokonalení se	přizpůsobení	sebedůvěra, osobní proměna	posun kupředu
	povzbuzení	kontakt, zpětná vazba	kontakt, zpětná vazba	kontakt, zpětná vazba
	vztahy s klienty	jsou i nejsou, příjemné pro oba	jsou, součást života i rodiny	jsou i nejsou, větší reakce než na rodinu, sympatie
	důležitost	pomoc, zpomalení průběhu nemoci	pomoc, zpomalení průběhu nemoci	pomoc, součást důstojného dožití

Tabulka č. 2: výstupy z rozhovorů. A1, A2, A3. Kategorie Motivace

Jako první kategorii jsem určila kategorii **motivace**. Nejdříve jsem se zaměřila na to, proč si respondenti vybrali práci aktivizačních pracovníků v domově se zvláštním režimem a co je k tomuto rozhodnutí vedlo. Prvním kódem této kategorie je **první krok**. Respondent A1 uvedl, že práce se starými lidmi jej naplňuje a baví, je to pro něj smysluplné. Dále specifikoval, že mu dělá radost, když společně něco vymyslí se seniory a ti na to reagují a dávají jim najevo



jistou zpětnou vazbu. Nakonec uvedl, že ho na této práci lákala právě nevšednost té práce. Respondent A2 odpověděl, že měl k této práci určité předpoklady ještě předtím, než v jejich domově zavedli novou pracovní funkci, a to právě funkci aktivizačního pracovníka. Protože respondent pracoval na jiné pracovní pozici, a i v rámci této práce s klienty vykonával aktivity, které je aktivizovaly, byla mu nabídnuta nová pracovní pozice. Tuto pracovní pozici přijal a absolvoval kurzy potřebné k vykonávání této práce. A2 ještě uvádí: „*Vždycky mě bavilo, ať už v osobním životě, věnovat se kreativním činnostem, a proto jsem ráda, že se mi naskytla tato příležitost, a právě v našem zařízení se zřídila tato pracovní pozice.*“ Respondent A3 byl upřímný a prozradil nám, že hlavním důvodem výběru tohoto povolání bylo jeho platové ohodnocení. Přesto ale dodal, že chtěl zkusit nějakou jinou práci a tato práce ho něčím lákala. Zmínil i možný důvod, že to byla představa jiné práce se seniory než pečování o ně.

Zajímalo mě, zdali vidí respondenti ve své práci nějaký vývoj, zlepšení, posun. Ačkoli jsem v rozhovorech nekladla přímo položenou otázku vyzorovala jsem, že každý respondent zmínil vývoj své práce, a to především kladným směrem. Proto jsem jako další kód zařadila **zdokonalení se**. Respondent A1 zmiňuje, že se neustále zdokonaluje právě přizpůsobováním. Jelikož je práce zaměřena na specifickou cílovou skupinu, je třeba aby se přizpůsobovala jejich konkrétním zvláštním potřebám. Oproti tomu respondent A2 popsal svůj vývoj daleko detailněji, porovnal svůj vývoj od úplné začátku až po dnešní schopnosti. „*(...) No ze začátku jsem byla asi taková neprůbojná. Teď si asi víc věřím a těm lidem víc rozumím. Už jsem se naučila jejich reakce. Ze začátku jsem jim až tak nerozuměla. A řekla bych, že si s nimi víc rády. Za těch pár let jsem se mnohému naučila a získala jsem takovou tu jistotu.*“ Z této odpovědi můžeme vidět, že u respondenta stoupla sebedůvěra, taktéž porozuměl více klientům, se kterými pracuje a naučil se s nimi lépe pracovat. Respondent A3 porovnal svůj posun poněkud obecněji: „*(...) co se práce týká, tak jsem se posunula určitě kupředu. Je to nejen dobou, ale také tím, že se neustále dozvídáme nové věci, zkoušíme jiné aktivity a máme více možností se zlepšovat. Taký jsem se v tom už naučila chodit, jak se říká.*“

Neopomenutelným bodem motivace se stalo i **povzbuzení**, které je dalším kódem v této kategorii. Obzvláště při práci, která je náročná nejen na psychiku pracovníka je důležité najít si nějaké povzbuzení, které bude dodávat pracovníkovi jistý elán a chuť pokračovat v práci. Všichni respondenti, tedy A1, A2 a A3, uvedli, že je pro ně povzbudivý kontakt s klienty, jejich zpětná vazba. U každého respondenta jsem pozorovala nadšení, když mluvili o tom, jak s klienty komunikují a jak jim klienti dávají najevo zpětnou vazbu. Například respondent A2 doplnil odpověď o příhodu, která se mu stala v den, kdy jsme spolu prováděli rozhovor. „*(...)*

*Například třeba dneska mě zrovna jedna taková paní hladila na ruce a řekla mi andílku. Říkala mi taky panenka a zůstaň tu se mnou a stále mě hladila. (...)*“ A3 mluvil nejen o kontaktu, ale také o rozvzpomínání se klientů: *„A povzbudí mě, když vidím, že je ta činnost baví, že si třeba na něco vzpomněli, když zrovna měli takový ten lepší den. Někdy s námi i komunikují, jako kdyby vůbec netrpěli touto nemocí. To jsou momenty, kdy si říkám, že má práce za něco stojí a dodává mi to elán.“*

Se zmíněným kontaktem se úzce pojí další kód této kategorie a tím jsou **vztahy s klienty**. Respondent A1 nedokázal zcela určitě odpovědět, jestli jsou mezi klienty a pracovníky nějaké vztahy. Především s ohledem na jednotlivá stadia Alzheimerovy choroby je těžké popisovat vztahy klientů a pracovníků. U klientů, kteří se nenacházejí v pokročilém stadiu, a ještě relativně komunikují, spatřuje respondent vztahy a říká, že jsou opravdu úžasné. Nakonec ale respondent dojde k tomu, že cítí jisté vztahy i s klienty, kteří už nejsou schopni komunikovat, komunikují maximálně grimasy, mimikou. V takovýchto případech respondent cítí, že je to příjemné nejen pracovníkovi, ale i klientovi. Respondent A2 si myslí, že se všichni zaměstnanci, především tedy ti, kteří pečují o klienty, stávají součástí jejich života a součástí rodiny. Říká také, že někteří klienti reagují více na zaměstnance domova než na členy své vlastní rodiny. Opět připojil k odpovědi zajímavý fakt, který vyzoroval. Všiml si, že někteří klienti si uvědomují, kteří zaměstnanci s nimi tráví celý den a kteří jsou s nimi jen část dne. Rozeznají, že aktivizační pracovníci jsou přítomni každý všední den od ranních hodin až do odpoledních hodin, v těch následně odcházejí domů. Tito klienti jsou si tohoto faktu vědomi a popřejí aktivizačním pracovníkům, kteří odcházejí ze směny, pěkný zbytek dne a hezký večer. A jsou si též vědomi toho, že druhý den ráno se s nimi znovu setkají. Respondent A3 říká, že záleží na klientech, se kterými pracuje a také na tom, jestli mají, jak říkají horší den. U takových klientů necítí takovou odezvu, jakou by si představoval. Naopak někteří klienti mu dávají velkou odezvu. Tak jako A2 zmiňuje, že někteří klienti reagují více na zaměstnance než na svou vlastní rodinu. Avšak zmiňuje i sympatie. *„(...) Některým klientům jsme více sympatické a jiným méně. Dokážou to dát najevo. (...)*“ Dále hovoří o milém oslovení od klientů, doteku, a dokonce o gestu jako je poslání pusy. Odpověď zakončí tím, že vztahy s klienty jsou, ale jsou odlišné a záleží na klientech.

Poslední kód patřící do kategorie motivace je **důležitost**. Zvolila jsem právě důležitost, protože si myslím, že při této práci je to motivačním faktorem právě ona. Respondenti se shodli, že jejich práce je důležitá, a to, protože se aktivizací snaží pomoci klientům jak už v oddálení zhoršení jejich stavu, tak jsou i součástí péče, která jim zajišťuje slušné dožití.

Kategorie		Přístup k práci		
Respondent	A1	A2	A3	
Kódy	očekávání vs. realita	Setkání s realitou	Zhoršení zdravotního stavu klientů	Opadnutí prvotního nadšení
	čas a změna	proměněno	proměněno	proměněno
	obměna	ano	ano	ano
	náplň	Přizpůsobena klientům	Přizpůsobena klientům	Přizpůsobena klientům
	stereotyp	ne	rutina	ano

Tabulka č. 3: výstupy z rozhovorů. A1, A2, A3. Kategorie Přístup k práci

V rámci rozhovoru jsem kladla respondentům otázky, které se zaměřovaly na přístup k práci, což je druhá kategorie otevřeného kódování. Tyto otázky jsem použila, abych zjistila, zdali se v průběhu jejich práce objevují nějaké faktory, které se mohou jevit jako rizikové pro syndrom vyhoření. Jako první kód jsem určila **očekávání vs. realita**. Právě setkání se s realitou může být po vyprchání prvotního nadšení jedním z rizikových faktorů. Očekávání respondenta A1 bylo jiné než realita, se kterou se setkal: „(...) představa domova důchodců, kde jsou komunikující a myslící lidé, i když staršího věku, je jiná než potom ta skutečnost. Kdy se tedy jedná o domov se zvláštním režimem se zaměřením na Alzheimerovu chorobu.“ Respondent A2 se konkrétně nezmínil o nějakém důvodu, ale naznačil, že zhoršující zdravotní stav klientů neočekával a je s ním spojená například výše zmíněná zpětná vazba, která si díky tomu proměňuje. Pro respondenta A3 je nejvíce citelné opadnutí elánu. „(...) Nejdříve jsem chodila do práce s nadšením, co nového každý den přinese. Těšila jsem se nejen na klienty, ale také na kolegyně. Postupem času to velké nadšení postupně opadalo a stávalo se menším, ale stále jsem se do práce těšila. (...)“

V rozhovorech jsem se dále respondentů ptala, jestli pocítují nějaké změny za dobu, po kterou pracují jako aktivizační pracovníci. Dalším kódem této kategorie je kód **čas a změna**. Na tento kód úzce navazují kódy **obměna, náplň a stereotyp**. Všechny tyto kódy proto shrnu k sobě.

Všichni respondenti se věnují této práci již 6 let, tedy od samotného zavedení této pracovní pozice v tomto domově. Avšak každý z respondentů vnímá změny, které se za tuto dobu udály, jinak. Taktéž se všichni respondenti shodli, že se jejich práce i vztah k práci za tu dobu proměňoval. Proměna vztahu k práci je spojena jak se setkáním se s realitou, tak i jistým vývojem práce a pracovníkovou osobností. Příkladem vývoje práce může být pracovní **náplň**. Každý z respondentů si je vědom, že se u nich odehrála nějaká obměna aktivit, které provádí s klienty. Ale každý ji vnímá lehce jinak a má na ni jiný náhled. A1 například uvedl, že „(...) *Poznali jsme, že některé aktivity baví klienty více a některé méně. Snažíme se vybrat to, co je baví a nějak to přizpůsobit i například ročnímu období. Samozřejmě, že se nevyhneme nějakému opakování, ale pokaždé je to jiné, protože všechno závisí na našich klientech.*“ Respondent A2 odpověděl, že zkraje vymýšleli klientům nové aktivity, zkoušeli spoustu věcí a jejich náplň byla více pestrá. Dále pokračuje: „(...) *Od začátku té aktivizace u nás se to trošku změnilo. Už jsme opustili například od vystřihovánek, které neděláme tolik jako ze začátku. Klienty to tolik nebavilo. Ted' bych řekla, že se snažíme dělat s nimi aktivity blízké těm denním činnostem, na které byli zvyklí. Takže třeba před Vánocemi je strašně bavilo louskání ořechů. Moc je nebaví omalovánky a takové podobné věci. Takže jsme začali třeba více s opékáním nebo více pečeme, což je taky hodně baví. Takže pečeme, když můžeme. Mohu tedy říct, že se to trošku obměnilo oproti začátku.*“ Respondent A3 uvedl, že se občas některé aktivity opakují, ať už z nedostatku času, který nebyl na přípravu nové aktivity nebo nedostatku inspirace. Vždy se ale snaží nabízet klientům různé aktivity, které je baví.

Všichni respondenti se shodují, že je daleko více přizpůsobena klientům a je zaměřována na aktivity, které je baví a jsou to spíše aktivity blízké denním činnostem. Názory respondentu se rozcházejí v pohledu, zdali se tyto aktivity staly stereotypem. A1 říká, že to není stereotyp, kdežto A2 hovoří o jisté rutině a A3 nepopírá, že se nelze vyhnout stereotypu.

	Kategorie	Stresové faktory		
	Respondent	A1	A2	A3
Kódy	proměna	Setkání s realitou	Mírné psychické vyčerpání	únava
	konec	ne	Ano, vyčerpání, osobní problémy	Ano, změny s administrativou, osobní problémy
	kontraproduktivita	administrativa	administrativa	administrativa
	vyčerpání	Ne, únava	Ne, únava	Ano, spíše okolní dění

Tabulka č. 4: výstupy z rozhovorů. A1, A2, A3. Kategorie Stresové faktory

Poslední kategorií jsou stresové faktory. Právě působení stresu ovlivňuje vznik syndromu vyhoření. V rozhovorech s respondenty jsem si všimla, že i přes nadšení z práce zmiňovali jisté faktory, které jsou pro ně demotivující a stresují je.

První kód jsem pojmenovala **proměna**. Zaměřila jsem se na stresové faktory, se kterými se respondenti potýkají za dobu, po kterou vykonávají své zaměstnání. Respondent A1 nejvíce vnímal rozdílnost reality a představ, které měl na začátku, když nastupoval do zaměstnání. Respondent A2 pociťuje na sobě mírné psychické vyčerpání, právě kvůli náročnosti práce s klienty, kteří mají specifické potřeby. A3 pociťuje nejvíce únavu, protože se práci se seniory věnuje již delší dobu.

Jakožto další kód jsem použila kód pojmenovaný **konec**. V rozhovoru jsem se respondentů ptala, zdali měli někdy chuť s jejich prací skončit. Jediný respondent A1 neměl chuť s prací skončit. Upřesňuje své pocity: „(...) Samozřejmě, že jsou dny, kdy je to náročné, ale neřekla bych, že je to z důvodu práce se seniory. Ale možná více ta papírová práce a tady kolem toho, prostě jak se musí všechno zaznamenávat. Ale co se týká osobního kontaktu s lidmi a té práce s těmi lidmi, tak to ne. Protože je to takový přínosný i do mého života.“ Respondenti A2 a A3 se s pocitem, kdy chtěli skončit s prací už zažili. Oba respondenti uvedli také, že jedním z důvodů, které tento pocit podmiňovali byli osobní problémy. Respondent A2 se vyjádřil k této otázce takto: „No tak párkrát už jsem měla takové myšlenky. Ale fakt byly jenom chvilkové. Zatím bych řekla, že mě tato práce baví ze všech prací, které jsem dělala, nejvíc. A když jsem

*měla ty chvílky, že jsem přemýšlela o tom, že bych skončila, tak to bylo především z důvodu vyčerpání. Většinou to bylo v době, kdy toho bylo opravdu hodně. Když jsem měla hodně práce i doma nebo když jsem měla osobní problémy, tak se to asi odrazilo i v té práci. Takže se stalo, že mě to prostě nebavilo.“* Pro respondenta A2 byly hlavním důvodem změny spojené s administrativní částí jejich práce. Vysvětluje to následovně: „(...) Nejvíce asi když přišla nějaká změna, která se týkala právě toho papírování. Přijde mi, že je toho dokola kolem těch papírů, které se musí vypisovat, zbytečně moc. Pořád se něco řeší a nezbyvá mi tolik času na práci s klienty. Nemohu se jim věnovat, tolik jak bych si představovala, protože si musím najít čas na vyplnění těch papírů. To mě opravdu štve. Mohlo by to být jednodušší, lepší, ale bohužel není.“

V rozhovorech všichni respondenti zmiňovali problémy spojené s administrativou, která je součástí jejich práce. Přílišné množství papírování vidí jako kontraproduktivní, stresující a omezující. Proto jsem si další kód nazvala jako **kontraproduktivitu**. Zkracuje jim to možnost samotné práce s klienty. Protože si musí ve své pracovní době najít ještě čas na zaznamenávání příslušných věcí do osobních karet klientů.

Posledním kódem je **vyčerpání**. Respondenti dostali otázku, která se jich přímo ptala, jestli se cítí být vyčerpání. A1 a A2 odpověděli, že se necítí být vyčerpání, ale spíše unavení. Avšak respondent A2 uvedl dvakrát během celého rozhovoru, že cítí vyčerpání, ale na tuto otázku odpověděl, že vyčerpání doslova to není, je to však velká únava. A2 zmínil mírné psychické vyčerpání v kontextu změn, které se udály za dobu, po kterou vykonává svou práci. A taktéž uvedl vyčerpání jako jeden z důvodů, kdy přemýšlel o ukončení práce. Respondent A3 jako jediný odpověděl, že se někdy cítí být vyčerpáný. Svou odpověď ještě doplnil: „Není to tolik ze samotné práce, ale spíše to více ovlivní okolní dění. Například rodinná situace, zdraví, nebo neočekávané situace, se kterými se člověk musí vypořádat. Ale s tím se setkává snad každý. Moje práce mě baví, takže mě až zase tolik nevyčerpává. I když některé dny jsou náročnější než jiné.“

## **6.4 Porovnání výsledků dotazníků s rozhovorem**

Aktivizační pracovnice A1 měla výsledné skóre dotazníku BM 2,57. Dle vyhodnocení toto skóre odpovídá uspokojivému výsledku z hlediska psychického zdraví. Při bližším zkoumání jednotlivých otázek jsem se zaměřila na jednotlivé aspekty, které jsem porovnála s provedeným rozhovorem. V odpovědích, které byly v dotazníku, jsem vyzorovala, že

nejvyšším stupněm byly ohodnoceny otázky týkající se fyzického vyčerpání a duševního vyčerpání. Dále byly vysokým stupněm zodpovězeny otázky, které se týkaly pozitivních emocí. Tyto výsledky jsou patrné i v rozhovoru. Fyzické vyčerpání popisuje tato pracovnice tím, že se cítí být někdy unavená a jsou dny, kdy cítí, že je to náročné. Z hlediska duševního vyčerpání se v rozhovoru objevila odpověď na ztrátu iluzí. Pracovnice odpověděla, že nejvíce se její vztah k práci proměnil právě v tom, že nastupovala s jistou představou o této práci a ta se později změnila. V rozhovoru jsou znát i ony pozitivní emoce, kdy aktivizační pracovnice odpověděla, že ji práce baví a naplňuje. Vnímá zpětnou vazbu od klientů, která ji nabíjí pro další práci.

Aktivizační pracovnice A2 měla výsledné skóre dotazníku BM 2,38. Dle vyhodnocení toto skóre odpovídá uspokojivému výsledku z hlediska psychického zdraví. Tento výsledek byl nejlepší ze všech tří dotázaných pracovnic. V tomto dotazníku byly nejvýše ohodnoceny otázky zaměřené na pozitivní emoce. V rozhovoru bylo patrné, že tuto pracovnici práce opravdu baví a povzbuzují ji momenty, kdy jí klienti projeví vděčnost a komunikují s ní. Zmínila, že jí potěší pochválení a vlídné oslovení od klientů. Dalšími nejvýše ohodnocenými otázkami byly otázky zaměřené na fyzické vyčerpání. V rozhovoru byl tento aspekt patrný v otázkách, kdy tato pracovnice odpověděla, že se cítí být unavená po celém týdnu v práci. Průměrně stejně byly zodpovězeny otázky z hlediska emočního a duševního vyčerpání.

Aktivizační pracovnice A3 měla výsledné skóre dotazníku BM 2,76. Dle vyhodnocení toto skóre odpovídá uspokojivému výsledku z hlediska psychického zdraví. Tento výsledek byl ze všech tří výsledků nejvyšší, avšak stále není zcela hraniční. Otázky z hlediska fyzického vyčerpání byli u této pracovnice hodnoceny vyššími hodnotami. Jako u ostatních kolegyně zmiňovala tato pracovnice únavu, kterou na sobě pociťuje. Opět byly vysoce hodnoceny i otázky na pozitivní emoce, kdy v rozhovoru pracovnice uváděla, že jí povzbudí zpětná reakce od klientů. Otázky z hlediska duševního vyčerpání byly taktéž hodnoceny vyššími známkami. Nejnižší byly hodnoceny otázky zaměřené na emoční vyčerpání.

Z porovnání těchto výsledků můžeme usoudit, že všechny dotázané aktivizační pracovnice se potýkají s nějakými problémy. Nejvíce v rozhovoru zmiňovaly papírování spojené s prací s klienty. Tento fakt jim vadil nejvíce a řekla bych, že se podepsal na hodnocení dotazníku zejména v hledisku zaměřeném na duševním vyčerpání. Výsledky dotazníků všech aktivizačních pracovnic odpovídají uspokojivému výsledku, proto tedy soudím, že nejsou ohroženy syndromem vyhoření.

## **6.5 Shrnutí výzkumného šetření a diskuse**

Na začátku výzkumu jsem si položila výzkumné otázky, které mi výzkum zodpověděl.

U pracovníků jsem nezjistila vyšší výskyt rizikových faktorů, který by vedl k syndromu vyhoření. Všichni dotázaní pracovníci pocítují výskyt určitých demotivačních prvků, především se všichni odkazují na administrativu, která je pro ně stresující, omezující a kontraproduktivní. Nejčastějšími okolními faktory, které ovlivňují výkon práce pracovníků, byli únava a osobní problémy. Všichni pracovníci vnímají jako největší motivaci ve své práci zpětnou vazbu od klientů. Tato zpětná vazba a reakce klientů je naplňují, dodávají jim elán a jsou motorem pro jejich další práci. Obzvláště když vidí, že jejich práce má přesah a klienti dokážou vnímat souvislosti a reagovat na ně. Taktéž vnímají svou práci jako důležitou a vidí smysl v aktivizaci klientů, jakožto formu boje proti zhoršování se jejich stavu. Změny vzniklé za dobu jejich práce byli přizpůsobeny klientům a jejich specifickým potřebám, taktéž individuálním zájmům a preferencím klientů.

Rozhovory jsem doplnila o dotazníky syndromu vyhoření, které mi pracovníci vyplnili a já je následně porovnávala s jednotlivými rozhovory příslušných pracovníků. Tyto dotazníky mi potvrdily, že žádný z pracovníků nelhal a opravdu odpovídal, tak jak to cítil.

## **6.6 Srovnání s jinými pracemi**

Při psaní své bakalářské práce jsem se inspirovala diplomovými pracemi na podobná témata, avšak nenašla jsem žádnou, která by se zaměřovala přímo na rizika syndromu vyhoření u aktivizačních pracovníků v domovech se zvláštním režimem. Jiné práce se zabývaly prevencí syndromu vyhoření u pracovníků v domovech pro seniory (Záleská, 2018), postojem zaměstnanců organizace poskytující sociální služby k prevenci syndromu vyhoření (Marková, 2018) nebo samotnou aktivizací klientů v domově se zvláštním režimem (Jarošová, 2018).



## Závěr

Bakalářská práce se zabývala tématem Alzheimerovy choroby očima aktivizačních pracovníků (se zaměřením na riziko syndromu vyhoření). Hlavním cílem bylo popsat a zhodnotit riziko syndromu vyhoření aktivizačních pracovníků při práci s klienty v domově se zvláštním režimem.

V teoretické části bakalářské práce jsem se snažila definovat a popsat pojmy jako je stáří a jeho periodizace, Alzheimerovu chorobu, ústavní zařízení sociálních služeb, především domov pro seniory a domov se zvláštním režimem, aktivizaci a aktivizačního pracovníka a v neposlední řadě i syndrom vyhoření. V empirické části jsem realizovala rozhovory s aktivizačními pracovníky domova se zvláštním režimem. Samotné rozhovory pro mě byly příjemnou záležitostí a dozvěděla jsem se o aktivizačních pracovnících nové poznatky. Také jsem měla možnost nahlédnout na jejich práci z jejich vlastního pohledu. Konkrétní pracovníky znám již delší dobu, proto pro mě bylo jednodušší s nimi vést rozhovory. Ačkoli jsem myslela, že odhadnu jejich vztah k práci, některé odpovědi mě překvapily.

Jako doplnění rozhovorů jsem využila dotazník BM, který jsem dala pracovnícím vyplnit ještě před zrealizováním rozhovorů. Výsledky mi pomohly zaměřit se na jednotlivé oblasti a porovnat je s rozhovorem. Vše těmto pracovníkům vyšel uspokojivý výsledek a prozatím se nemusejí obávat syndromu vyhoření. Avšak na jejich odpovědích bylo znát, že se potýkají s určitými problémy a vnímají nedostatky ve své práci. Odstranění nebo eliminování těchto nedostatků by mohlo výrazně pomoci pracovníkům v prevenci syndromu vyhoření. Z tohoto empirického šetření jsem se také dozvěděla, jakou motivaci získávají aktivizační pracovníci z činností se svými klienty. Především se jednalo o zpětnou vazbu od klientů, která těmto pracovníkům nejen dokázala zpříjemnit den, ale také jim dodávala elán. Práce aktivizačních pracovníků by neměla být opomenuta, protože i jejich nasazení je velice důležité nejenom pro klienty trpící Alzheimerovou chorobou.

## Seznam tabulek

Tabulka č. 1	Otevřené kódování – kategorie a kódy	s. 30
Tabulka č. 2	Výstupy z rozhovorů. A1, A2, A3. Kategorie Motivace	s. 31
Tabulka č. 3	Výstupy z rozhovorů. A1, A2, A3. Kategorie Přístup k práci	s. 34
Tabulka č. 4	Výstupy z rozhovorů. A1, A2, A3. Kategorie Stresové faktory	s. 35

## Seznam použité literatury

BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Přeložil Hana KAŠPAROVSKÁ. Praha: Portál, 2006. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7367-081-X.

CALLONE, Patricia R. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2320-4.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

GLENNER, Joy A. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.

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

JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 6., V Portálu 5. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-922-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-551-3.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-7367-368-0.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 6., V Portálu 5. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.

MŮHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2

PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.

PÖRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Přeložil Petr BABKA. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.

PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky IV*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1974, 496 s. ISBN 14-429-74.

REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0010-9.

STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.

STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-858-3460-X.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Praha: Portál, 2007. SCAN. ISBN 978-80-7367-313-0.

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

VOJTOVÁ, Hana. *Smyslová aktivizace v české praxi*. Prachatice: Institut vzdělávání, 2014. ISBN 978-80-260-5804-5.

WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4423-0.

*Zpráva o stavu demence 2016*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2016. ISBN 978-80-86541-50-1.

### **Internetové zdroje:**

Česká alzheimerovská společnost. [online]. Praha: ČAS, 2015. [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz>

Česko, 2006. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: Sbíрка zákonů České republiky [online]. Částka 37, § 50 [cit. 2019-10-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Česko, 2006. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: Sbírnka zákonů České republiky [online]. [cit. 2020-03-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Helena NOVÁKOVÁ, *Alzheimerova choroba v rodině*. [online]. Praha: Pfizer. 2004. [cit. 2019-12-05]. Dostupné z: [https://www.pfizer.cz/sites/g/files/g10033421/f/201606/alzheimerova\\_nemoc\\_v\\_rodine.pdf](https://www.pfizer.cz/sites/g/files/g10033421/f/201606/alzheimerova_nemoc_v_rodine.pdf).

JAROŠOVÁ, Pavlína. *Aktivizační pracovnice v domově se zvláštním režimem*. [online]. Brno, 2018. [cit. 2020-05-19]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/egc9h/Pavlina-Jarosova-Bakalarska-diplomova-prace.pdf>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Dana Knotová, Ph.D.

KUPKA, Martin (2008). Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření. *E-psychologie* [online]. 2(1), 23–35 [cit. 2019-12-02]. Dostupný z: <http://e-psycholog.eu/pdf/kupka-ps.pdf>. ISSN 1802-8853.

MARKOVÁ, Nikola. *Prevence syndromu vyhoření v kontextu protektivních faktorů u pracovníků v sociálních službách ve vybrané organizaci*. [online]. České Budějovice, 2018 [cit. 2020-05-19]. Dostupné z: <https://wstag.jcu.cz/portal/studium/prohlizeni.html>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Dagmar Dvořáčková, Ph.D.

MOHORITOVÁ, Nikol. *Syndrom vyhoření v pomáhající profesi*. [online]. Praha, 2012. [cit. 2019-12-11]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/45625>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra andragogiky a personálního řízení. Vedoucí práce Horáková Hoskovicová, Simona.

ZÁLESKÁ, Veronika. *Syndrom vyhoření u pracovníků s cílovou skupinou klientů s Alzheimerovou chorobou v Domově pro seniory v Albrechticích nad Orlicí*. [online]. Hradec Králové, 2018 [cit. 2020-05-19]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/huj82f/>. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

## **Seznam příloh**

- |              |                                              |
|--------------|----------------------------------------------|
| Příloha č. 1 | Přepis rozhovoru s aktivizační pracovnící A1 |
| Příloha č. 2 | Přepis rozhovoru s aktivizační pracovnící A2 |
| Příloha č. 3 | Přepis rozhovoru s aktivizační pracovnící A3 |

## Příloha č.1

Rozhovor s aktivizační pracovnící A1

„Proč jste si vybrala práci aktivizačního pracovníka v domově se zvláštním režimem, co Vás k tomu vedlo?“

„Protože ta práce se starými lidmi mě baví, naplňuje. Mám radost z toho, když vlastně něco vymyslíme, nějakou zábavu nebo aktivitu. Jak ti senioři reagují je to taková jako kdyby zpětná vazba, která mě nabíjí pro další práci. Je to smysluplný a dá se říct, že každý den je jiný tady v tom. Takže mě lákala taková ta nevšednost této práce.“

„Jak dlouho se této profesi věnujete a jaké pociťujete změny za tuto dobu?“

„Věnuji se této profesi 6 let. Změny? No, tak určitě tam člověk přijde s nějakými představami, které se samozřejmě v průběhu té práce mění. Protože představa domova důchodců, kde jsou komunikující a myslící lidé, i když staršího věku, je jiná než potom ta skutečnost. Kdy se tedy jedná o domov se zvláštním režimem se zaměřením na Alzheimerovu chorobu. Takže i v průběhu toho se vše mění, protože se musím přizpůsobovat vlastně těmto klientům a je to taková výzva.“

„Proměňoval se vztah k vaší práci, jaký byl?“

„No proměňoval se, jak jsem už zmínila, když člověk nastupuje má nějaký představy. Které se samozřejmě v realitě mění a vlastně měním se i já, tím že vlastně se přizpůsobuji tomu životu těch seniorů. Přizpůsobuji se vlastně i tomu zdravotnímu stavu a vlastně se měním já, jako kdyby v uvozovkách k dokonalosti. Protože vlastně se snažím pochopit toho starého člověka. A ten jeho život se taky mění, takže i já se musím změnit, moje myšlení a můj pohled na ten život v tomhle tom období. „

“ Měla jste už někdy chuť s touto prací skončit, pokud ano, co vás k tomu vedlo?“

„No skončit asi ne. Samozřejmě, že jsou dny, kdy je to náročné, ale neřekla bych, že je to z důvodu práce se seniory. Ale možná více ta papírová práce a tady kolem toho, prostě jak se musí všechno zaznamenávat. Ale co se týká osobního kontaktu s lidmi a té práce s těmi lidmi, tak to ne. Protože je to takový přínosný i do mého života.“

„Co vás stresuje a vytváří na vás tlak?“

„No tak stresuje... Stresuje možná, no ono se to moc nedá říct, možná spíš ten tlak, nebo to co působí kontraproduktivně tady s tím, tak to je vyloženě asi ta administrativa. Ale zase chápu, že se to nějakým způsobem musí zaznamenávat. Takže asi jenom tohle.“

„Cítíte se být někdy vyčerpaná?“

„Vyčerpaná? Tak samozřejmě, že jsou dny, kdy člověk je víc unavený, ale vyčerpaná bych asi neřekla.“

„Co vás na této práci naplňuje, dává vám sílu pokračovat, co jsou pro vás povzbudivé momenty?“

„No to už jsem vlastně taky zmiňovala. Je to vlastně ten kontakt s těmi lidmi, ta jejich zpětná vazba, kdy vlastně reagují krásně na tu naši komunikaci, na tu naši zábavu na to naše prostě soužití. A někdy ty reakce jsou tak nádherné, že vlastně člověka zase posunou hodně dál a zase z toho prostě čerpá dál.“

„Pokládáte svou práci za důležitou?“

„Myslím si že ano. Tady to bych řekla, že i komplexní, kdy se to týká i ošetrovatelského personálu a zdravotního. Ale v globálu je důležitá.“

„A zvládla byste říct proč?“

„Pomáhám těm lidem slušně dožít a jsem součástí jejich života, kdo ví, jak by to s nimi vypadalo, kdyby u nás nebyli. Aktivizace je důležitá při boji se zhoršením jejich stavu. I když zhoršení nezabráníme, snažíme se ho zpomalit.“

„Jaké cítíte vztahy mezi vámi a klienty?“

„Tak tady u nás je to se zaměřením na Alzheimerovu chorobu, takže ty vztahy se tak jako ani tak nedají říct. Protože zase se jedná o určitá stadia té nemoci, takže u těch klientů, kteří ještě relativně komunikují a nějakým způsobem reagují, tak ty vztahy jsou opravdu úžasný. A dá se říct, že i vlastně u těch stadií, kdy už je ten klient úplně ležící a nekomunikuje, ale třeba komunikuje očima nebo prostě nějakými grimasy nebo mimikou, tak i tady cítím, to prostě je příjemný jako i ze strany toho klienta. Nejenom z mé strany.“

„Je náplň vaší práce stále stejná nebo se snažíte ji obměňovat?“

„Určitě se tu práci snažíme obměňovat, tak jako v běžném životě. Není to stereotyp prostě. Poznali jsme, že některé aktivity baví klienty více a některé méně. Snažíme se vybrat



to, co je baví a nějak to přizpůsobit i například ročnímu období. Samozřejmě, že se nevyhneme nějakému opakování, ale pokaždé je to jiné, protože všechno závisí na našich klientech.“

## Příloha č.2

Rozhovor s aktivizační pracovnící A2

„Proč jste si vybrala práci aktivizačního pracovníka v domově se zvláštním režimem, co Vás k tomu vedlo?“

„Nejdříve jsem u nás v domově pracovala jako ošetřovatelka. Dělala jsem jen ranní směny. Ale i v rámci práce ošetřovatelky jsem s klienty dělala jiné věci, jako například na Vánoce zdobení stromečku a lehké vyrábění ozdob na stromeček. Po dvou letech zavedli novou funkci aktivizační pracovníce. Z vedení mě oslovili, protože věděli, že jsem se klientům věnovala právě v těchto aktivitách, a nabídli mi tuto funkci. Já jsem ji přijala a absolvovala jsem nějaké kurzy. Vždycky mě bavilo, ať už v osobním životě, věnovat se kreativním činnostem, a proto jsem ráda, že se mi naskytla tato příležitost, a právě v našem zařízení se zřídila tato pracovní pozice.“

„Jak dlouho se této profesi věnujete a jaké pociťujete změny za tuto dobu?“

„V domově jsem zaměstnaná již osm let. A práci aktivizační vykonávám už šest let. Za tu dobu, už asi pociťuji mírné psychické vyčerpání. Přece jenom práce s našimi klienty je lehce náročnější vzhledem k jejich nemoci.“

„Proměňoval se vztah k vaší práci, jaký byl?“

„Jo, jo, proměňoval. Ti klienti se i přes všechnu péči zhoršují, takže tak není taková ta zpětná vazba jako byla na začátku. Záleží také na tom, v jakém stadiu se nachází a u některých jsem nikdy ani žádnou zpětnou vazbu nezažila. A jaký byl? No ze začátku jsem byla asi taková neprůbojná. Teď si asi víc věřím a těm lidem víc rozumím. Už jsem se naučila jejich reakce. Ze začátku jsem jim až tak nerozuměla. A řekla bych, že si s nimi vím víc rady. Za těch pár let jsem se mnohému naučila a získala jsem takovou tu jistotu.“

“ Měla jste už někdy chuť s touto prací skončit, pokud ano, co vás k tomu vedlo?“

„No tak párkrát už jsem měla takové myšlenky. Ale fakt byly jenom chvilkové. Zatím bych řekla, že mě tato práce baví ze všech prací, které jsem dělala, nejvíc. A když jsem měla ty chvilky, že jsem přemýšlela o tom, že bych skončila, tak to bylo především z důvodu vyčerpání. Většinou to bylo v době, kdy toho bylo opravdu hodně. Když jsem měla hodně práce i doma nebo když jsem měla osobní problémy, tak se to asi odrazilo i v té práci. Takže se stalo, že mě to prostě nebavilo.“

„Co vás stresuje a vytváří na vás tlak?“

„Co mě stresuje? Hodně mě stresuje, a ani mě to nebaví, tak jsou to ty kontroly, co po nás chtějí. Všechny ty papíry vyplňovat. Pak taky přeměňování těch tabulek a neustálé měnění toho papírování a způsobů, jak to všechno vyplňovat. Musím pracovat s těmi lidmi a pak všem vyplňovat jejich karty a zapisovat to. Přece jenom je jich moc a nás málo. Tohle mě stresuje, protože bych byla raději s těmi lidmi třeba venku než nějaký vyplňování papírů. „

„Cítíte se být někdy vyčerpana?“

„Vyčerpana doslova ne, ale hodně unavená ano. A to většinou v pátek, po celém týdnu v práci. Jsem ráda, že bude víkend a já si budu moci odpočinout. Ale v pondělky jsem už odpočatá a těším se do práce.“

„Co vás na této práci naplňuje, dává vám sílu pokračovat, co jsou pro vás povzbudivé momenty?“

„Tak asi když někteří ti uživatelé, nebo některé ty babičky a dědečkové, mě pochválí a řeknou mi andílku. Prostě když se mnou komunikují a jsou fakt vděční. Tak asi tady tohle jo. Když na nich jde aspoň nějakým způsobem vidět, že jsou vděční. Například třeba dneska mě zrovna jedna taková paní hladila na ruce a řekla mi andílku. Říkala mi taky panenka a zůstaň tu se mnou a stále mě hladila. Tak toto jsou takové ty momenty, kdy mě to potěší a dává mi ta práce smysl a povzbudí mě to. Protože naši klienti mají někdy světlé chvílky, kdy si nějaké věci uvědomují a vzpomenou si na ledasco. Takže i přes tu jejich nemoc jsou schopni takovýchto reakcí.“

„Pokládáte svou práci za důležitou?“

„Řekla bych, že ano. Pokládám ji za důležitou.“

„A zvládla byste říct proč?“

„Myslím si, že právě ta aktivizace může klientům pomoc v tom oddálení toho zhoršení. Že jejich hlavě dáváme stále nějaké podněty, které musí vyhodnocovat a reagovat na ně. Tak asi proto.“

„Jaké cítíte vztahy mezi vámi a klienty?“

„No já osobně si myslím, že nás někteří berou jako už takovou součást jejich života. Ti, co už jsou tam dýl, a ještě trošku vnímají, tak si i všímají, že tam jsme s nimi. Nás jako

zaměstnanec vidí dennodenně a dalo by se říct, že nás berou jako takovou součást rodiny. Právě proto, že jsme tam s nimi my. A někdy na nás reagují skoro i víc jak na jejich vlastní rodinu. U některých je to tak jakoby propojený, že je to ta součást jejich dnů a v podstatě života. A některé ty babičky, které sedí na chodbě, tak už ví, že odcházím odpoledne domů a další den se vrátím. Že už poznají, které sestřičky zůstávají do večera a které odchází z toho oddělení dříve. Tak nám popřejí pěkný zbytek dne a hezký večer. A vědí, že se uvidíme druhý den ráno.“

„Takže i přes tu jejich nemoc pozorujete, že vnímají takovéto věci, jakože tam nejste celý den, ale vrátíte se druhý den, na rozdíl od ostatních sestřiček, které nemají pravidelné směny?“

„Ano, přesně tak. Je to pozoruhodné.“

„Je náplň vaší práce stále stejná nebo se snažíte ji obměňovat?“

„No v podstatě je pravda, že zkraje jsme něco pořád vymýšleli. Aby to bylo pestré a zkoušeli jsme spoustu věcí. Ale teď už se to dostalo trošičku do takové rutiny, ale určitě jsme se snažili dát do toho řád a přijít na to, co klientům vyhovuje. Od začátku té aktivizace u nás se to trošku změnilo. Už jsme opustili například od vystřihovánek, které neděláme tolik jako ze začátku. Klienty to tolik nebavilo. Teď bych řekla, že se snažíme dělat s nimi aktivity blízké těm denním činnostem, na které byli zvyklí. Takže třeba před Vánocemi je strašně bavilo louskání ořechů. Moc je nebaví omalovánky a takové podobné věci. Takže jsme začali třeba více s opékáním nebo více pečeme, což je taky hodně baví. Takže pečeme, když můžeme. Mohu tedy říct, že se to trošku obměnilo oproti začátku.“

## Příloha č.3

### Rozhovor s aktivizační pracovnící A.3

„Proč jste si vybrala práci aktivizačního pracovníka v domově se zvláštním režimem, co Vás k tomu vedlo?“

„Asi bych neměla říkat, že peníze, ale byly to peníze. Na druhou stranu jsem chtěla zkusit zase něco nového a tato práce mě i něčím lákala. Nedokážu přesně popsat co to bylo. Snad představa, že budu moct se seniory dělat i něco jiného, než že o ně budu pečovat.“

„Jak dlouho se této profesi věnujete a jaké pociťujete změny za tuto dobu?“

„Této profesi se věnuji již 6 let. Dříve jsem pracovala 6 let v jiném domově pro seniory, ale nebyla jsem zaměstnaná na této pracovní pozici. Už pociťuji jistou únavu za tu dobu. Ale co se práce týká, tak jsem se posunula určitě kupředu. Je to nejen dobou, ale také tím, že se neustále dozvídáme nové věci, zkoušíme jiné aktivity a máme více možností se zlepšovat. Taky jsem se v tom už naučila chodit, jak se říká. Ale je tady i změna k horšímu, a to je to papírování, které je s tím vším teď spojeno. Každému klientovi musíme vést kartu a tam vše zapisovat. Je to dle mého zbytečné a zabírá to strašného času. Nejraději bych se bez toho obešla.“

„Proměňoval se vztah k vaší práci, jaký byl?“

„Ano proměňoval. Nejdříve jsem chodila do práce s nadšením, co nového každý den přinese. Těšila jsem se nejen na klienty, ale také na kolegyně. Postupem času to velké nadšení postupně opadalo a stávalo se menším, ale stále jsem se do práce těšila. Samozřejmě, že někdy bylo tohle ovlivněno i problémy v osobním životě. To se mi třeba do práce tolik nechtělo, ale musela jsem se přemoci a nedát na sobě nic znát. Teď se cítím být trochu unavená, ale do práce se stále těším. „

„Měla jste už někdy chuť s touto prací skončit, pokud ano, co vás k tomu vedlo?“

„Ano měla. Nejvíce asi když přišla nějaká změna, která se týkala právě toho papírování. Přijde mi, že je toho dokola kolem těch papírů, které se musí vypisovat, zbytečně moc. Pořád se něco řeší a nezbyvá mi tolik času na práci s klienty. Nemohu se jim věnovat, tolik jak bych si představovala, protože si musím najít čas na vyplnění těch papírů. To mě opravdu štve. Mohlo by to být jednodušší, lepší, ale bohužel není.“

„Co vás stresuje a vytváří na vás tlak?“

„No to papírování, jak jsem říkala. Prostě nás to omezuje v práci, kterou bychom mohli dělat, ale kvůli tomu nemůžeme.“

„Cítíte se být někdy vyčerpana?“

„Ano, každý se cítí být někdy vyčerpaný. Není to tolik ze samotné práce, ale spíše to více ovlivní okolní dění. Například rodinná situace, zdraví, nebo neočekávané situace, se kterými se člověk musí vypořádat. Ale s tím se setkává snad každý. Moje práce mě baví, takže mě až zase tolik nevyčerpává. I když některé dny jsou náročnější než jiné.“

„Co vás na této práci naplňuje, dává vám sílu pokračovat, co jsou pro vás povzbudivé momenty?“

„Co mě naplňuje? Asi ta představa, že jsem součástí toho důstojného dožití těch klientů. Že se jim snažím v tom dni nějak změnit zaseté stereotypy a že bez nás by leželi jen na posteli. Že neleží zavřeni v nějakém ústavu, sami, že je o ně postaráno ve všech ohledech. Jak už aby byli umytí, najezení, tak aby se s nimi něco dělalo. Abychom té nemoci zabránili ty lidi „pohltnit“. Že se snažíme dělat něco pro to, aby se rozpomínali na to, co dělali, když byli mladší. A povzbudí mě, když vidím, že je ta činnost baví, že si třeba na něco vzpomněli, když zrovna měli takový ten lepší den. Někdy s námi i komunikují, jako kdyby vůbec netrpěli touto nemocí. To jsou momenty, kdy si říkám, že má práce za něco stojí a dodává mi to elán.“

„Pokládáte svou práci za důležitou?“

„Ano určitě ji pokládám za důležitou.“

„A zvládla byste říct proč?“

„No asi jak už jsem říkala, že se jim snažíme zajistit to důstojné dožití i když jsme aktivizační pracovnice. Tak je to pořád součástí celé té naší péče, co zajišťuje domov pro své klienty.“

„Jaké cítíte vztahy mezi vámi a klienty?“

„No záleží, s jakými klienty pracuji. Někdy moc necítím takovou tu odezvu, ale vím, že třeba daný klient má horší den. Ale jsou zase klienti, kteří nám dávají odezvu velikou. Někdy jde také vidět, že na nás klienti reagují víc než na svou rodinu. Přece jenom jsme

s nimi víc než členové jejich rodiny. Ale nějaké pouto mezi námi je. Některým klientům jsme více sympatické a jiným méně. Dokážou to dát najevo. Ti co více komunikují, nás občas i osloví hezkými slovíčky a využijí i kontakt. Pohladí nás, chytanou nás ruku nebo dokonce jedna klientka posílá i pusinky. Takže vztahy tam jsou, ale s každým klientem jsou odlišné.“

„Je náplň vaší práce stále stejná nebo se snažíte ji obměňovat?“

„Snažíme se ji obměňovat, ale nikdy se nevyhnete nějakému stereotypu. Občas se nám něco opakuje, protože prostě není dostatek nových inspirací anebo třeba času. Důležité ale je, aby to bavilo klienty. Abychom viděli, že jim to něco přináší, že z toho mají radost. Snažíme se jim nabízet různé aktivity, aby si každý našel to, co ho baví. Někteří klienti třeba rádi pečou, jiní se chodí koukat na naše zvířátka, další rádi něco vytváří, chodí ven anebo s námi opékají.“

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Tamara Janhubová
<b>Katedra:</b>	Ústav pedagogiky a sociálních studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Pavla Vyhnálková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2020

<b>Název práce:</b>	Aktivizace osob s Alzheimerovou chorobou očima aktivizačních pracovníků (se zaměřením na riziko syndromu vyhoření)
<b>Název v angličtině:</b>	The activation of seniors with Alzheimer's disease from the view of activation workers (focusing on the risk of burnout syndrome)
<b>Anotace práce:</b>	<p>Bakalářská práce je zaměřena na výskyt syndromu vyhoření u aktivizačních pracovníků v domovech pro seniory se zvláštním režimem. V teoretické části jsou popsány pojmy spojené s tématem bakalářské práce. Definujeme a popisujeme pojem stáří, Alzheimerovu chorobu a syndrom vyhoření. Zaměřujeme se také na ústavní zařízení sociálních služeb, a to na domovy pro seniory a domovy pro seniory se zvláštním režimem. A v neposlední řadě popisujeme aktivizaci a aktivizačního pracovníka.</p> <p>V empirické části byl realizován kvalitativní výzkum, s respondenty byl uskutečněn rozhovor. Cílem výzkumného šetření je zkoumat riziko syndromu vyhoření aktivizačních pracovníků při práci s klienty v domově se zvláštním režimem.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Stáří, Alzheimerova choroba, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, aktivizace, aktivizační pracovník, syndrom vyhoření
<b>Anotace v angličtině:</b>	Bachelor thesis is focused on presence of burnout in activation workers in special regime home. In the theoretical part are described concepts associated with bachelor thesis topic. We define and describe the concept of age, Alzheimer's disease and burnout. We also focus on institutional facilities of social services, to retirement home and special regime home. And also we describe activation and activation workers. The empirical part is elaborated using qualitative research in the form of interview. The aim of research is to investigate risk of burnout in activation workers at work with clients in special regime home.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Age, Alzheimer's disease, retirement home, special regime home, activation, activation worker, burnout



<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha č. 1    Přepis rozhovoru s aktivizační pracovnící A1 Příloha č. 2    Přepis rozhovoru s aktivizační pracovnící A2 Příloha č. 3    Přepis rozhovoru s aktivizační pracovnící A3
<b>Rozsah práce:</b>	57 stran
<b>Jazyk práce:</b>	český