

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

Syndrom vyhoření u pracovníků
v domově pro seniory

Bakalářská práce

Autor: Gabriela Novotná

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

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

Hradec Králové

2017



Zadání bakalářské práce

Autor: Gabriela Novotná

Studium: U14010

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

Název bakalářské práce: Syndrom vyhoření u pracovníků v domově pro seniory

Název bakalářské práce AJ: Burnout syndrome in the employees of a nursing home

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se bude zabývat problematikou syndromu vyhoření u pracovníků v Domově pro seniory U Kostelíčka v Pardubicích, konkrétně u pracovníků v sociálních službách. V praktické části se práce bude zabývat kvantitativním výzkumem, nástrojem sběru dat bude dotazníkové šetření. Cílem práce bude zjištění ohrožení syndromem vyhoření u pracovníků v sociálních službách poskytujících službu domova pro seniory a službu domova se zvláštním režimem.

Zákon č.108/2006 Sb. Jak neztratit nadšení – Jaro Křivohlavý. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout – Ch.Stock. Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření – Radkin Honzák.

Garantující pracoviště: Katedra sociální práce a sociální politiky, Ústav sociální práce

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

Oponent: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 4.12.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Přelouči dne 5.3.2017

Gabriela Novotná

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce, doc. MUDr. Aleně Vosečkové, CSc. za odborné vedení, cenné rady a podnětné připomínky, které byly využity při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům Domova pro seniory U Kostelíčka v Pardubicích za pomoc při provádění výzkumu. Děkuji mému manželovi, mým dětem a rodině za trpělivost, podporu a pomoc při vypracování bakalářské práce, i po celou dobu studia.

Abstrakt

Novotná, Gabriela. *Syndrom vyhoření u pracovníků přímé obslužné péče v Domově pro seniory v Pardubicích*. Hradec Králové, 2017, Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: doc. MUDR. Alena Vosečková, CSc.

Bakalářská práce se zabývá syndromem vyhoření u pracovníků v sociálních službách v Domově pro seniory U Kostelíčka v Pardubicích. Teoretická část se bude věnovat definici syndromu vyhoření, jeho historii, faktorům, stádiím, příznakům a diagnostice syndromu vyhoření. Dále budou zmíněny profese ohrožené syndromem vyhoření. Druhá kapitola se zabývá léčbou a prevencí syndromu vyhoření, zejména supervizí. Poslední kapitola teoretické části popisuje Domov pro seniory U Kostelíčka v Pardubicích, který poskytuje dva druhy sociálních služeb. A to službu domov pro seniory a službu domov se zvláštním režimem. Závěr kapitoly je věnován personálnímu obsazení, podrobněji popisuje profesi pracovníka v sociálních službách. Metodická část je zaměřena na výzkum, jehož cílem je zjistit a porovnat, která skupina pracovníků v sociálních službách poskytujících službu domov pro seniory a službu domov se zvláštním režimem je více ohrožena syndromem vyhoření. Pro výzkum jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Konkrétně použiji dotazník Burnout Measure, který doplním vlastními otázkami.

Klíčová slova: Syndrom vyhoření, pracovník v sociálních službách, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem

Abstract

Novotná, Gabriela. *Burnout syndrome of direct care staff at a nursing home in Pardubice*. Hradec Králové, 2017, Bachelor thesis. University of Hradec Králové, Institute of Social Work. Supervisor: MUDr. Alena Vosečková, CSc.

The Bachelor thesis deals with burnout syndrome of social work staff at a nursing home U Kostelíčka in Pardubice. The theoretical part defines burnout syndrome, describes its history, roots, stages, symptoms and its diagnostics. Further, professions that are endangered by burnout syndrome are listed. The second chapter focuses on medical treatment and prevention of burnout syndrome, especially on supervision. The last chapter describes a nursing home U Kostelíčka in Pardubice, which offers two types of social services. Namely, rather unrestricted home-like nursing home, and a hospital-like nursing home. The chapter also describes the profession of a social work staff. The methodical part focuses on a survey, whose aim is to find out and compare which group of social workers performing the aforementioned two types of services, is more vulnerable to burnout syndrome. The survey is conducted using a questionnaire called Burnout Measure, which is supplemented with the author's own questions.

Key words: burnout syndrome, social work staff, nursing home, hospital-like nursing home

Obsah

1. Syndrom vyhoření	11
1.1 Vymezení pojmu syndrom vyhoření	11
1.2 Historie syndromu vyhoření	13
1.3 Profese ohrožené syndromem vyhoření	14
1.4 Rizikové faktory syndromu vyhoření	15
1.5 Vývojová stádia syndromu vyhoření	16
1.6 Symptomy syndromu vyhoření	17
1.7 Diagnostika syndromu vyhoření.....	18
2. Léčba a prevence syndromu vyhoření	20
2.1 Prevence syndromu vyhoření	22
2.2 Prevence na straně jednotlivce	23
2.2.1 Odpočinek, relaxace, zdravý spánek, pohyb, pěstování zájmů.....	23
2.2.2 Úsilí jedince o přijatelné pracovní podmínky	24
2.3 Prevence na úrovni zaměstnavatele	24
2.3.1 Úprava pracovních podmínek, možnost vzdělávání a regenerace	24
2.3.2 Týmová spolupráce	24
2.3.3 Supervize	25
3. Domov pro seniory U Kostelíčka	27
3.1 Služba domov pro seniory	27
3.2 Služba domov se zvláštním režimem	27
3.3. Personální obsazení	28
3.4 Počet pracovníků v sociálních službách v Domově pro seniory U Kostelíčka	30
4. Shrnutí teoretické části	31
5. Metodická část	32
5.1 Vymezení hlavního cíle a dílčích cíl	32

5.2 Výzkumná strategie	32
5.3 Operacionalizace	35
5.4 Výzkumný soubor	38
5.5 Popis organizace a průběh výzkumu	38
5.6 Analýza a interpretace získaných informací.....	39
5.6.1. Interpretace dotazníku-DC 1	39
5.6.2 Interpretace dotazníku-DC 2.....	46
5.6.3 Interpretace dotazníku-DC 3.....	47
5.6.4 Interpretace dotazníku-DC 4.....	49
5.6.5 Interpretace dotazníku-DC 5.....	51
Závěr.....	53
Použitá literatura:.....	56
Seznam tabulek.....	59
Seznam příloh.....	60

Úvod

Téma bakalářské práce jsem si zvolila z důvodu mé dlouhodobé praxe v pobytovém zařízení sociálních služeb a s tím i související dlouhodobá spolupráce s pracovníky přímé péče. Profese pracovníka přímé obslužné péče je psychicky a fyzicky velice náročná, a tudíž zde hrozí reálné nebezpečí výskytu syndromu vyhoření. Zajímá mne, zda jsou syndromem vyhoření ohroženi více pracovníci přímé obslužné péče poskytující službu v domově pro seniory, nebo službu v domově se zvláštním režimem.

Termínem syndrom vyhoření, nebo také burnout syndrom, označujeme stav, kdy je pomáhající psychicky, fyzicky a emocionálně zcela vyčerpan. Syndrom se může rozvinout u pomáhajících profesí v důsledku dlouhodobé angažovanosti, zatížení při práci s klienty, kteří vyžadují každodenní mezilidskou komunikaci. V práci s lidmi je velice důležité cítit pomyslnou citovou hranici a také umět oddělit soukromý život od pracovního. Pokud se zaměstnanec příliš emočně angažuje, ve výsledku ubližuje nejen klientovi, ale především sám sobě. Syndrom vyhoření se může týkat kohokoli z nás a není rozumné si myslet, že právě nám se nic podobného nemůže stát.

Domnívám se, že je velice nutné vědět, jak rozpoznat a nepodceňovat první příznaky syndromu vyhoření a důležité je umět s ním zacházet, pokud nás postihne. Základem prevence je dostatečná informovanost ve všech oblastech týkající se syndromu vyhoření. A na základě těchto informací nepodceňovat prevenci, eliminovat situace a možnosti vzniku syndromu vyhoření. Základem úspěšného boje počínajícího vyhoření je upřímnost k sobě samému, přiznání si faktu, že existuje problém a vyhledat odborníka. Za symbolický cíl považuji seznámit veřejnost s problematikou syndromu vyhoření u pomáhajících profesí.

Hlavním cílem bakalářské práce bude zjištění a porovnání, která skupina pracovníků v sociálních službách poskytující službu domova pro seniory a službu domova se zvláštním režimem je více ohrožena syndromem vyhoření.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a metodickou část. Teoretická část se dělí na kapitoly a podkapitoly. První kapitola je zaměřena na vymezení pojmu syndrom vyhoření a jeho historii, profese ohrožené syndromem vyhoření, rizikové faktory, symptomy a vhodnou diagnostiku syndromu vyhoření. Druhá kapitola je věnována léčbě a v neposlední řadě prevenci syndromu vyhoření. Jak je uvedeno v dostupné literatuře, velkým nástrojem prevence syndromu vyhoření je supervize. Jako vedoucí pracovník se

snažím zjistit, zda pracovníci přímé obslužné péče v zařízení Domov pro seniory U Kostelíčka vnímají supervizi za podporu při výkonu svého povolání a zároveň i jako prevenci syndromu vyhoření.

V kapitole třetí seznamuji s personálním obsazením a počtem pracovníků v přímé obslužné péči Domova pro seniory U Kostelíčka, který poskytuje dva druhy pobytových sociálních služeb, a to službu domov pro seniory a službu domov se zvláštním režimem.

V metodické části se zabývám výzkumem, jehož cílem je zjištění a porovnání, která skupina pracovníků v sociálních službách poskytující službu domov se zvláštním režimem a službu domov pro seniory je více ohrožena syndromem vyhoření. Hlavní cíl jsem rozdělila do pěti dílčích cílů. Zvolila jsem kvantitativní metodu, tedy metodu dotazníkového šetření. K získání dat použiji standardizovaný dotazník BM autorů A.Pines a E. Aronson a dotazník vlastní tvorby, který umožňuje vyhodnotit a shrnout zjištěné údaje.

Za aplikační cíl považuji zjištění, zda organizace Domov pro seniory U Kostelíčka podporuje prevenci syndromu vyhoření například dobře zvolenou supervizí.

Jako zpětnou vazbu bych uvítala, seznámení s výsledky výzkumu vedení DPS U Kostelíčka a v případě zájmu i seznámit pracovníky s výsledky výzkumu, kteří se ho zúčastnili.

1. Syndrom vyhoření

V této kapitole se budu zabývat pojmem syndrom vyhoření. Nejprve definuji, co tento pojem znamená, poté se vrátím do historie termínu „Syndrom vyhoření“. Zaměřím se na osoby, které jsou syndromem vyhoření nejvíce ohroženy. Následně popíši rizikové faktory, vývojová stádia, příznaky a možnosti vhodné diagnostiky syndromu vyhoření. Závěr této kapitoly bude věnován léčbě a prevenci syndromu vyhoření.

1.1 Vymezení pojmu syndrom vyhoření

Prísloví říká: „*Abychom mohli vyhořet, musíme nejprve vzplanout*“

(M.Venglářová, 2007, s.80).

Důsledkem dlouhodobě působícího pracovního stresu, zvláště u profesí pracujících s lidmi, může být citové, psychické i fyzické vyčerpání, pochybnosti o smyslu dané práce a ztráta zájmu o ni. Takové celkové vyčerpání označujeme jako syndrom vyhoření.

Syndrom vyhoření pochází z anglického slovesa „to burn“, tedy hořet, ve spojení „burn-out“, znamená vyhořet či vyhasnout. Tento pojem pojmenoval v 70. letech 20. století psychoanalytik Herbert Freudenberg, k popisu lidí pracujících v pomáhajících profesích. V psychologické literatuře nalézáme v posledních letech více než pět tisíc článků věnovaných právě termínu syndrom vyhoření (Křivohlavý, 2003, s.113).

Vybrané definice a pojetí syndromu vyhoření:

Za posledních třiceti let výzkumu se ve světové literatuře objevila řada pojetí a vymezení syndromu vyhoření, jež se často v různých aspektech vzájemně liší. Většina pojetí se shoduje, že se jedná o psychický stav, prožitek vyčerpání, který souvisí především s profesemi, jejichž hlavní pracovní náplní je „práce s lidmi“, řada příznaků se vyskytuje v oblasti psychické, částečně však také ve fyzické a sociální oblasti (Kebza, Šolcová, 1998, s.7-8).

„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)“ (Hendrich Freudenberger in Křivohlavý, 2012, s. 65).

„Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, jež jsou emociálně těžké (náročné). Tyto emocionální požadavky jsou

nejčastěji způsobeny kombinací velkého očekávání a chronických situačních stresů“ (Ayala M. Pinesová a Elliot Aronson in Křivohlavý, 2012, s. 66).

Hawkins a Shohet (2004, s. 33) ve své knize uvádějí: *„Vyhoření není nemoc, kterou můžeme chytit, ani nejde o rozpoznatelnou událost nebo stav, protože jde o proces, který často začíná už velmi záhy v průběhu kariéry pomáhajícího. Jeho semínka mohou být dokonce obsažena v hodnotových systémech mnoha pomáhajících profesí a v osobnostech těch, které tyto profese přitahují.“*

Tamara a Jiří Tošnerovi (2002,) uvádí: *„Vyhoření není výsledkem izolovaných traumatických zážitků, nýbrž se objevuje jako plíživé psychické vyčerpání, jako dlouhodobé působení stresujících podnětů. Důsledky se dostavují postupně. Počáteční entuziasmus pro práci, uspokojení z prvních úspěchů, nadšení ze seberealizace v povolání se postupně vytrácejí. Začíná se měnit profesionální chování člověka, vytrácí se zájem o klienty, pacienty či uživatele služeb, jejich stesky začínají být na obtíž, jsou odbývány ironickými poznámkami. Objevuje se podrážděnost, střídaná skleslostí, dostavuje se ztráta sebedůvěry a pocit vnitřní prázdnoty.“*

Autoři Hartl, Hartlová (2000) ve své knize charakterizují syndrom vyhoření jako ztrátu profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka některých z pomáhajících profesí. Nejčastěji spojeno se ztrátou činnosti a poslání, projevuje se pocity zklamání, hořkosti při hodnocení minulosti. Postižený ztrácí zájem o svou práci, spokojuje se s každodenním stereotypem, rutinou, nevidí důvod pro další sebevzdělávání a osobní růst, snaží se pouze přežít, nemít problémy. Jde o stav konečný, ačkoliv vývoj je plíživý a tím nebezpečný.

Hill (2004, s. 119) popisuje: *„Syndrom vyhoření jako následek trvalého stresu v důsledku velmi náročné práce vyžadující neustále vysoké soustředění, odpovědnost, frustraci či pohled na utrpení druhých“.*

„Syndrom vyhoření se nevyhýbá nikomu, dobrá zpráva ale je, že každý proti němu může něco dělat“ (Stock, 2010, s. 11).

1.2 Historie syndromu vyhoření

Autorem termínu „syndrom vyhoření“ je Herbert J. Freundberger (26. listopadu 1927 Frankfurt nad Mohanem – 29. listopadu 1999 New York City) byl americký psychoanalytik německého původu.

Psycholog, který na vlastní kůži zažil, co je být vyhořelým. Když Herbertovi bylo dvanáct let, otec mu půjčil svůj pas a byl svou rodinou vyslán do New Yorku ke své nevlastní tetě, která mu měla zajistit bezpečí, jelikož v Evropě se schylovalo k druhé světové válce. Ta to sice udělala, ale když zjistila, že jeho rodiče přišli o veškerý majetek a z Německa už žádné peníze nepříjdu, stala se z ní pravá pohádková macecha. Chladná žena Herberta nakonec vyhodila na ulici. Poté se Herberta ujal další příbuzný, který mu poskytl střechu nad hlavou a školu studoval večerně po práci. Po střední škole se zapsal na dvě univerzity. Získal doktorát z psychologie na New York University, kam ho nasměroval dnes velice uznávaný humanistický psycholog Abraham Maslow. Absolvoval psychoanalytický výcvik v Národní psychologické psychoanalytické společnosti. Intenzivně se věnoval klinické praxi na Manhattanu a také vědecké práci, získal tím vynikající pověst a byl několikrát vyznamenán prestižními cenami. V šedesátých letech se rozhodl založit bezplatnou kliniku pro narkomany, bezdomovce a problémové jedince v Harlemu. Pracoval šest dní v týdnu a byl poháněn nutkavým pocitem odpovědnosti. Měl nutkavou představu splatit světu to, že díky shodě mnoha náhod přežil.

Měl pocit, že toho stihnul málo, nedal ani na slova své manželky, která mu začala říkat, že nevypadá dobře a pokračoval ve svém zběsilém tempu. Čím více se cítil unaven, tím více se přemáhal.

Když mu informace o tom, že by měl „brzdit“ dávali i kolegové a přátelé, slíbil neochotně, že si odpočine. Naplánoval rodinnou dovolenou na jezeře Tahoe. Vybral si dobře, protože i Mark Twain, který dokázal ironizovat cokoli, o tomto místě řekl: „Chcete-li si obstarat andělský dech, musíte na Tahoe.“ (Honzák, 2015, s.19)

Když se jednou v noci vrátil ze zaměstnání domů a doslova padl únavou do postele, z které týden nebyl schopen vylézt, pochopil, že je zle.

Podle Honzáka (2015, s. 20) se každý soudný člověk v takovéto situaci nejspíš obrátí na odborníka, ale to my psycholodi zásadně neděláme.

A tak si Herbert řekl, že když se Freud psychoanalyzoval sám, tak on to dokáže taky a koupil si magnetofon. Co by přednesl terapeutovi, si namluvil sám a poté co si to poslechl, zděsil se. Nezalekl se obsahu nýbrž negativním emocím, které z každého slova prýštily. Byl tam vztek, zklamání, nenávisť, vyčerpání, pocity viny, deprese a úzkost.

Začal tedy s léčbou. „Povolil jsem si jen dvě pracovní aktivity“ píše ve své první knize nazvané *Burnout-vysoká cena za úspěch a jak s ním zacházet* (Honzák, 2015, s. 20).

Když se dostal zpět do kondice a přehodnotil svůj dosavadní vztah k pracovním úkolům, naučil se, jak k nim přistupovat a jak se ochránit před vyčerpáním. A protože byl také zvědavý badatel, začal tento problém zkoumat na obecnější úrovni. Tak zjistil, že se tento problém týká mnoha lidí než jeho samotného a hlavně u tzv. pomáhajících profesí. Herbert Freudenberger zůstal workoholikem i po své zkušenosti celý život.

Jeho syn o něm v nekrologu napsal: „Pracoval 14 až 15 hodin denně, šest dní v týdnu, až do posledních tří týdnů před smrtí“. Zřejmě to ale už dokázal účelně (Honzák, 2015, s. 21).

1.3 Profese ohrožené syndromem vyhoření

Termín pomáhající profese označuje povolání lidí, jejichž hlavní pracovní náplní je pomoc druhým. Na pracovníky v těchto profesích jsou kladeny vysoké nároky. Velice důležitá je empatie, fyzická a psychická zdatnost, komunikace, důvěryhodnost, neměli bychom opomenout odbornou vybavenost spolu s vhodnými povahovými rysy.

Kopřiva (2006, s.104) popisuje práci v pomáhající profesi na jednu stranu jako zdroj energie na stranu druhou nám energii může odčerpávat a dlouhodobá energetická bilance vede k syndromu vyhoření, do kterého je již vpletena otázka hodnoty a smyslu vlastní práce.

Křivohlavý (1998) uvádí výskyt syndromu vyhoření v následujících profesích:

Zdravotní sestry, lékaři –zdravotnictví bylo první, které na tento problém ukázalo, a to hlavně u zdravotních sester pracujících v zařízeních, které poskytují paliativní péči umírajícím pacientům. Mezi další oblasti, kde se syndrom vyhoření vyskytuje jsou onkologická oddělení a jednotky intenzivní péče.

Sociální péče a sociální služby-do této skupiny patří nejen sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách, ale také sociální kurátoři, pracovníci vězeňské služby, příslušníci policie apod.

Učitelé – postihuje zvláště pak učitelky na základních školách. Často se zde jedná o relativně nejlepší učitelky, které vstupovaly do zaměstnání s představou, že budou pomáhat žákům na jejich cestě do světa poznání

Vedoucí pracovníci a manažeři – ti jsou tlačeni ze dvou stran od svých nadřízených a od svých podřízených.

Manželé – rodina sice nepatří do oblasti zaměstnání. S psychickým jevem typu vyhoření se setkáváme často u manželů. Na začátku bylo zamilování, které přešlo a nastoupil všední život se svými problémy. Najednou se ukázalo, že to či ono není tak, jak se očekávalo. Přišly problémy, a nakonec i konflikty. Rodiče zažívají nejen radosti, ale i starosti s dětmi, z toho může vyplynout nespokojenost a ta má blízko k vyhoření.

1.4 Rizikové faktory syndromu vyhoření

Profese, u kterých je pravděpodobnost výskytu syndromu vyhoření vyšší jsem již tady zmínila. Zaměstnání, ale není jediným klíčovým faktorem. Existují faktory, které se mohou na vzniku syndromu vyhoření podílet.

Jeklová a Reitmayerová (2006) rozlišují dva rizikové faktory:

Vnější rizikové faktory – autorky do rizikových faktorů řadí následující oblasti:

Zaměstnání a organizace práce – dlouhodobé a opakované jednání s lidmi, nedostatek personálu, času, finančních prostředků, odborných zkušeností, nedostatek odpočinku v průběhu práce, pracovní přetížení, nedostatek ocenění práce ze strany vedení či klientů. V poslední době z mého pohledu pozoruji i soutěživost v odvedené práci, kde hraje i svou roli věkový rozdíl mezi zaměstnanci.

Rodina – v rodině se jedná o nedostatek financí, nedostačující bytové podmínky, řešení problémů ostatních členů rodiny, onemocnění či jiná zátěž v rodině a v neposlední řadě také problémy a konflikty s partnerem.

Společnost – charakter naší společnosti vede soutěživé jedince k tomu, aby si stanovili vyšší a vyšší cíle, které jednou překročí fyzické či emoční hranice. Setkáváme se také s falešným obrazem úspěchu, který nám říká, že úspěšný je pouze ten, kdo vydělává dostatek peněz, má rodinu a lukrativní zaměstnání. Tlak je vyvíjen na ženy v domácnosti, aby nastoupily do zaměstnání a zároveň plnily funkci hospodyně a matky. Obecně se lidé snaží udržet krok se stále se zvyšujícím tempem společnosti.

Vnitřní rizikové faktory – mezi tyto faktory řadíme přílišné nadšení pro práci a pečlivost, nízké vnitřní sebehodnocení, vnitřní tendence k soutěživosti, srovnávání se s druhými. Špatné snášení neúspěchů a konfliktů, neuspokojivý fyzický stav, nepravidelný denní biorytmus, kladení neadekvátních nároků na vlastní osobu a neschopnost říci ostatním „ne“.

„Vznik syndromu vyhoření je o to pravděpodobnější, čím více rizikových faktorů se u jedince vyskytuje a kumuluje. Společně se znásobuje jejich vliv“ (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 18).

1.5 Vývojová stádia syndromu vyhoření

Vývoj syndromu vyhoření popisuje většina autorů ve fázích. Postižený fázemi může procházet postupně, ale je i možné některou z nich přeskočit. Nejjednodušší model se skládá ze tří a nejsložitější z dvanácti stádií (Stock, 2010, s. 23).

Autoři Edelwich a Brodský (in Stock, 2010) uvádí čtyři fáze syndromu vyhoření:

-idealistické nadšení – pracovník klade na sebe i své okolí nereálné nároky, které není schopen dlouhodobě zvládat, neefektivně vynakládá svou energii. Stává se, že jedinec žije pouze svým zaměstnáním a uzavírá se před okolním světem. Pro idealistické nadšení je typické původní nadšení a přílišné nasazení,

-stagnace – v tomto stádiu vyhoření jedinec ani okolí zatím nepozorují známky onemocnění. Pracovník zažil již několik zklamání, práci stále vykonává, ale nadšení není takové jako na začátku. Do popředí se dostávají věci, které dříve považoval za nedůležité (plat, možnosti karierního růstu). Mohou se objevit problémy v rodinném životě. Celý jeho život se omezil v podstatě pouze na práci,

-frustrace – v této fázi jedinec zjišťuje, jak jsou jeho možnosti ve skutečnosti omezené, začíná pochybovat o smyslu svého snažení. Postrádá nedostatek uznání ze strany klienta a nadřízených. Uvědomuje si rozdíl mezi tím, co by chtěl provést a co je reálně možné provést.

-apatie – obrannou reakcí proti frustraci nakonec nastupuje vnitřní rezignace. Počáteční nadšení se zcela vytrácí. Práce se stává rutinní záležitostí, vyhýbá se kontaktu s klientem, náročným úkolům, dělá jen to, co je nezbytně nutné. Nastává pocit zoufalství.

1.6 Symptomy syndromu vyhoření

V. Kebza, I. Šolcová (1998) člení příznaky syndromu vyhoření podle úrovní, v nichž se projevují.

Na psychické úrovni převládá pocit, že úsilí o něco trvá dlouho a efektivita snažení je v porovnání s vynaloženou námahou nepatrná. Únava je popisována expresivně („mám toho po krk“, „jsem k smrti unaven“, „cítím se vyždímaný“). Převažuje depresivní chování, beznaděj, sebelítost, pocit méněcennosti, duševní vyčerpání, pocit nedostatku uznání. Projevy negativismu, cynismu, hostilita ve vztahu k osobám, jež jsou součástí profesionální práce s lidmi. Pracovní činnosti redukuje na rutinní postupy, užívá stereotypní fráze. Dochází k poklesu až ztrátě zájmu o témata související s profesí.

Na úrovni fyzické dochází k poruchám spánku, postižený je apatický, cítí se celkově unavený. Udává bušení srdce, bolesti hlavy, bolesti zad, zažívací obtíže, dýchací obtíže. U postiženého hrozí riziko vzniku závislosti všeho druhu.

Na úrovni sociálních vztahů postupně dochází k narůstání konfliktů, nikoli v důsledku aktivního vyvolání, nýbrž v důsledku lhostejnosti, nezájmu a sociální apatii ve vztahu k okolí. Původně vysoká empatie u osob střídá velmi nízká empatie. Zjevná je nechuť k vykonávané profesi a vše co s ní souvisí.

Christian Stock (2010) popisuje tři základní symptomy syndromu vyhoření:

Vyčerpání – příznaky vyčerpání dělí na fyzické a emoční. Mezi základní příznaky fyzického vyčerpání patří nedostatek energie, únava, poruchy spánku, bolesti svalů, zad, náchylnost k infekčním onemocněním. Mezi emoční vyčerpání řadíme sklíčenost, beznaděj, ztráta sebeovládání – výbuchy agresivity, nekontrolovatelný pláč, pocit strachu, prázdnota a ztráta odvahy a osamocení.

Odcizení – člověk postižený syndromem vyhoření má ke své práci odosobněný až lhostejný postoj. V dřívější době převládal názor, že syndrom vyhoření postihuje především tzv. sociální profese, tito lidé jsou ve své profesi velmi emočně zatíženi. Nyní se však ukazuje, že odcizení k nadřízeným, ale také ke kolegům mohou pociťovat zaměstnanci i v jiných profesích, v důsledku čehož mohou vznikat nepříznivé pracovní podmínky, ve kterých dochází ke ztrátě ideálů a zájmu, ale může dojít až k pohrdavému chování a agresivitě.

Pokles výkonnosti – především spočívá v tom, že jedinec ztratil důvěru ve své profesní schopnosti, považuje se za neschopného. Je to jeho subjektivní pocit, ale bohužel k jistému poklesu dochází. K zadaným úkolům potřebuje mnohem více času i energie. Postižený potřebuje delší dobu k regeneraci organismu.

1.7 Diagnostika syndromu vyhoření

Mezi používané metody vedoucí k diagnostice syndromu vyhoření patří dotazníková šetření, která bývají založena zpravidla na posuzovacích škálách.

Dotazníkovou metodu „**Maslach Burnout Inventory**“ publikovala autorská dvojice Christine Maslach a Susan E. Jackson. Tento dotazník převedla do češtiny Iva Šolcová (Křivohlavý, 1998)

Metoda zjišťující následující tři faktory:

EE – emotional exhaustion – emocionální vyčerpání, ztráta chuti k životu, nedostatek sil k jakékoliv činnosti, nulová motivace k nějaké činnosti jsou považována za základní příznaky syndromu vyhoření. EE je považován za nejspolehlivější ukazatel syndromu vyhoření.

DP – depersonalizace. Tento projev psychického vyčerpání je zřetelně vyjádřen u lidí, kteří mají velkou potřebu reciprocity, tj. kladné odezvy od lidí, kterým se věnují. Když se jim této kladné odezvy nedostává, zahořknou a staví se k druhým lidem cynicky. Přestávají v nich vidět lidské osobnosti, ztrácí k nim povinný respekt a bezpodmínečnou úctu. V extrémním případě jednají s nimi jako s neživými předměty.

PA – personal accomplishment – osobní uspokojení. S touto charakteristikou syndromu psychického vyhoření se setkáváme zvláště u lidí s nízkou mírou sebevědomí, sebedůvěry. Tito lidé si sami sebe moc necení, nemají dostatek energie ke zvládnutí stresových situací, konfliktů a životních těžkostí.

MBI dotazník se skládá z celkem 22 otázek, z nichž 9 je zaměřených na EE, 5 otázek na DP a 8 otázek měří PA. Otázky jsou škálové a skládají se z 8 stupňů. Tato metoda byla poprvé zveřejněna v roce 1981 již zmíněnými autory a v roce 1986 byla publikována její úprava (Křivohlavý, 1998).

BM (Burnout Measure)

Autory dotazníku BM jsou A. M. Pinesová a E. Aronsová. Jedná se o druhou nejčastěji užívanou metodu v oblasti diagnostiky syndromu vyhoření. Pro českou populaci upravil tento dotazník J. Křivohlavý. Tato metoda je zaměřena na tři různé aspekty celkového vyčerpání, a to fyzického (celkové oslabení, zvýšená únava, pocity ztráty sil apod.), emočního (deprese, úzkost, pocity beznaděje a bezvýchodnosti situace) a duševního (nedostatek sebedůvěry, ztráta vlastní cennosti a pocity marnosti vlastní existence). Dotazník se skládá z 21 otázek. Ty jsou posuzovány na sedmibodové hodnotící škále typu „Jak často“ s rozpětím hodnot od „Nikdy“ po „Vždy“. Dotazník lze použít individuálně, nebo také skupinově (Křivohlavý, 1998).

Dotazník má vysokou míru shody při opakování, a to po uplynutí jednoho až čtyř měsíců. Burnout Measure má i vysokou míru shody mezi údaji, kdy se člověk hodnotí sám, či kdy ho měří někdo, kdo jej dobře zná, například člen rodiny či spolupracovník (Křivohlavý, 1998).

Orientační dotazník

Autoři Dno Hawkins, Frank Minirth, Paul Maier a Chris Thursman sestavili orientační dotazník, který je složen celkem z 24 otázek. Jedinec reaguje na otázky odpovědí ano (čímž vyjadřuje svůj souhlas), či ne (čímž vyjadřuje nesouhlas). Převládající odpověď „ano“ ve výpovědích může poukázat na blížící se stav vzniku syndromu vyhoření. Je vhodný pro každého, kdo si chce sám zjistit, jak to s ním vypadá. Výhodou je, že syndrom vyhoření není vnímán jako aktuální stav, ale jako dlouhodobý proces, který je schopen rozpoznat jeho zrod, respektuje rozvoj, vývoj a vyvrcholení syndromu vyhoření (Křivohlavý, 1998).

2. Léčba a prevence syndromu vyhoření

Terapie, česky léčba je léčebný program, jehož cílem je zmírnění či odstranění nežádoucího stavu jednotlivce či skupiny (Matoušek, O. 2003, s. 288).

Prevence je soubor opatření, která mají předcházet nežádoucímu jevu, zejména nemocem, různým typům závislostí, zločinům, sociálním konfliktům.

Tak jako u jiných nemocí, i u syndromu vyhoření je velice důležité začít s léčbou co nejdříve. Bohužel jde o proces, kdy si mnoho lidí ani neuvědomí, že se blíží nějaké nebezpečí. Pokud tedy problém dospěje až do konečné fáze vyhoření, je nejefektivnější svěřit se do péče psychologů či psychiatrů.

Když se u člověka objeví příznaky syndromu vyhoření, tak pomoc je možná za určitých podmínek. První podmínka záleží na člověku samotném. Člověk si musí uvědomit, že trpí syndromem vyhoření, a že je to velice vážný stav, který nesmí podcenit. Další podmínka je, aby se sám od sebe chtěl člověk léčit. Důležitá je také podpora rodiny a okolí. Praktický lékař může pomoci zažádat o rehabilitační léčbu. V psychosomatickém rehabilitačním centru se člověk zregeneruje a zkušený personál pomůže znovu najít vnitřní rovnováhu. Seznámí také s relaxačními technikami a sestaví individuální sportovní plán (Stock, Ch. 2010).

Mezi úspěšné metody v léčbě syndromu vyhoření je psychoterapie, terapeutické činnosti se opírají o psychoterapeutické zdroje, k nimž patří:

- Existenciální psychoterapie

„Tato terapie se soustřeďuje především na vnitřní svět prožitků, umožňuje pacientům vyrovnat se s otázkami podstaty lidské existence, smyslu života, svobody a odpovědnosti člověka (Kebza, Šolcová, 1998, s.18-19).

- Daseinsanalýza

Daseinsanalýza pomáhá nalézt klientovi cestu k pochopení jeho existence a pomoci mu k jeho existenci. Důraz se klade na jedinečnost a neopakovatelnost individuality klienta, jež se maximálně respektují a akcentují, a na jeho další vývoj. Cílem je pochopení a naplnění vlastní existence, ovládnutí umění „být sám sebou“. Nezabývá se minulostí, jaký klient byl, ale zabývá se přítomností a budoucností (Kebza, Šolcová, 2003).

- Logoterapie

Je dalším z psychoterapeutických směrů. Logoterapie nemá nic společného s logopedií. Název je odvozen od slova logos, což v překladu znamená smysl. A právě smysl lidského života je cílem logoterapie. Psychoterapeut pomáhá klientovi objevovat a naplňovat nové životní hodnoty, nové důvody, pro co žít, pomáhá mu hledat řešení při obtížných životních situacích. Logoterapie je velice důležitá a podpůrná pro osoby ve finálním stádiu syndromu vyhoření, pro ně se svět zhroutil a život jim nedává smysl (Kebza, Šolcová, 2003).

- Kognitivně-behaviorální terapie

Je krátkodobá, strukturovaná psychoterapie. Je zaměřená na řešení konkrétních problémů a potíží, které klienta přivádí k terapeutovi. Vztah mezi terapeutem a klientem je vztahem vzájemné aktivní spolupráce. Používané terapeutické postupy nejsou cílem samy o sobě, ale jen prostředkem k dosažení konkrétního cíle, na němž se klient s terapeutem předem domluvili. Terapie se zaměřuje na konkrétní změny v životě a jejím konečným cílem je samostatnost klienta (www.centrumpsychoterapie.cz).

- Rogersovská terapie

Řadí se do proudu humanistické psychoterapie. Původně je známa jako nedirektivní terapie. Autor Carl Rogers začal používat pojmu „klient“ místo tradičního „pacient“. Základní hypotéza jeho přístupu předpokládá, že jedinci disponují ve svém nitru kapacitami sebeporozumění a proměny vlastního sebepojetí a postojů, přičemž tyto možnosti mohou být využity v atmosféře psychologických vztahů. V kompetenci terapeuta je vytvořit takovou atmosféru, která splňuje podmínky terapeutického vztahu. Těmito podmínkami jsou bezpodmínečné pozitivní přijetí, empatické porozumění a kongruenci. Kongruence je stav osobnosti, kdy chování jedince je v souladu s jeho sebepojetím. Cílem terapie je umět se osvobodit od vnitřních zábran, vážit si sám sebe, měl by být posílen ve snaze řešit vlastní problémy vlastními silami (www.studiumpsychologie.cz/dějiny).

- Tvarová terapie (Gestalt terapie)

Je existenciální a zážitková forma psychoterapie, která zdůrazňuje význam osobní odpovědnosti, zaměřuje se na přítomný okamžik a vztah klient/terapeut. Terapeut a klient jsou partneři, kteří prostřednictvím kontaktu navzájem ovlivňují a definují jeden druhého.

Gestalt terapie se zaměřuje na práci se vztahem. Terapeut využívá sám sebe jako nástroj terapie a díky svému uvědomování dává klientovi zpětnou vazbu. Český ekvivalent „tvarová terapie“ Karla Balcara se neujal ([ww.studium-psychologie.cz/dějiny](http://www.studium-psychologie.cz/dějiny)).

„Psychoterapeutický přístup poskytuje bezpečný prostor, ve kterém se člověk může projevit a vyjádřit všechno, co ho trápí. Psychoterapie pomáhá obnovit přirozený pocit kontroly nad svými emocemi, myšlenkami a chováním. Často se kombinuje s farmakoterapií“ (Praško, J. 2003).

2.1 Prevence syndromu vyhoření

„Se stavem vyhoření je možné bojovat, ale existují i cesty, jak mu předcházet“ (Křivohlavý 1998).

Podle Matouška (2003, s59) prevencí syndromu vyhoření je:

- kvalitní příprava na profesi zahrnující výcvik v potřebných sociálních dovednostech i dostatečně dlouhou praxi s klientelou srovnatelného typu, s jakou se pak pracovník setká v instituci, kde bude působit;
- jasná definice poslání organizace a metod práce, s kterými se nastupující pracovník důkladně seznámí;
- definice profesionální role pracovníka a náplně práce;
- existence systému zácviku nových pracovníků;
- možnost využít profesionálního poradenství poskytovaného zkušeným odborníkem ve vlastní instituci nebo jinde;
- existence programů osobního rozvoje a podpora dalšího vzdělávání pracovníků ze strany instituce, v níž jsou zaměstnání;
- supervize;
- případová konference;
- omezení počtu případů, s nimiž je jeden pracovník v kontaktu během určité doby;
- nasazení více pracovníků v náročných programech se skupinami klientů;
- organizování programů, kdy se klienti dostanou do jiného prostředí (např. pobytů v přírodě) a personál při nich může objevit jejich skryté charakteristiky;
- omezení administrativní zátěže spojené s prací s klienty;

- omezení pracovního úvazku;
- kombinace přímé práce s klienty s jinými činnostmi, jež nezahrnují přímou práci s klienty.

Podle (Stibalové, K, 10/2010) dělíme prevenci syndromu na primární a sekundární.

Do primární prevence řadíme: zvládání asertivních technik jednání s lidmi, chování typu B, užívání relaxačních technik, dobrá organizace vlastního času, pestrost a proměnlivost práce, semináře, přednášky pro zaměstnance a samozřejmě také supervize.

Sekundární prevence slouží už k vyhledávání zaměstnanců se syndromem vyhoření. Do sekundární prevence patří: psychologická pomoc, změna profese. Mnohdy ale samotní zaměstnanci odmítají z různých důvodů tento radikální postup, většinou argumentují tím, že jsou zvyklí na kolektiv, neumí nic jiného, nemají ani zájem se nic jiného učit, poukazují i na finanční ohodnocení zkušeného zaměstnance než u začátečníka (Stibalová, K. 10/2010).

2.2 Prevence na straně jednotlivce

Jedna z nejdůležitějších pomoci a zároveň prevencí je sociální opora. Sociální oporou je pro nás rodina, přátelé, spolupracovníci.

Spolupráce, zpětná vazba, povzbuzení, emoční podpora a naslouchání jsou zdroje sociální opory (Jeklová, Reitmayerová 2006).

V prevenci syndromu vyhoření na straně jednotlivce je důležitý pozitivní vztah člověka sama k sobě. Podle osobní struktury dokážeme postavit věcnou sebekritiku a sebejistotu (Krahulová 2010, s. 23).

Pocit smysluplnosti života je zcela na nás a záleží, jak si sestavíme žebříček hodnot. Je důležité mít cíl, který je dosažitelný (Křivohlavý, Pečenková 2004).

2.2.1 Odpočinek, relaxace, zdravý spánek, pohyb, pěstování zájmů

Odpočinek je důležitým ozdravným prvkem. Odpočinkem rozumíme činnost, která se diametrálně liší od činnosti, kterou vykonáváme v zaměstnání. Relaxace je uvolňování napětí v organismu, které se tvoří během pracovní činnosti. Velice důležitý je pohyb, a to hlavně v přírodě (Jeklová, Reitmayerová 2006).

2.2.2 Úsilí jedince o přijatelné pracovní podmínky

Se zaměstnavatelem si předem ujasníme pracovní úkoly, stanovíme si vlastní hranice, tím rozumíme stanovení pracovních závazků tak, abychom daný úkol zvládli a dokázali si hranice obhájit a tím je nepřekračovali kvůli jiným úkolům (Jeklová, Reitmayerová 2006).

„Důležité je mít dostatečné znalosti, nezbytnou dávku upřímnosti a citlivosti vůči sobě, vůli ke změně a ochotu využít všech terapeutických možností.“ (Kallwass, 2007, s. 10).

2.3 Prevence na úrovni zaměstnavatele

V zájmu zaměstnavatele je zajímat se o prevenci syndromu vyhoření. Přáním každého vedoucího je správně motivovaný zaměstnanec.

2.3.1 Úprava pracovních podmínek, možnost vzdělávání a regenerace

Vymezení pracovních úkolů a kompetencí, aby pracovník znal svou úlohu na pracovišti, nepřetěžování pracovníků (Jeklová, Reitmayerová 2006). Povinností zaměstnavatele, ale i zaměstnance je dodržování zákoníku práce. Velice důležitá pro pracovníky je motivace.

Jak jsem již zmínila výše, vzdělávání v naší organizaci je přizpůsobeno potřebám zaměstnanců. Své potřeby ohledně vzdělávání mohou zaměstnanci vyjádřit v ročním hodnocení. Úkolem nás vedoucích pracovníků je tyto informace předat vedení našeho domova. V rámci regenerace je velice důležitá řádná dovolená, jak jsem se také již zmínila pracovníkům v domově se zvláštním režimem náleží dodatková dovolená a musím říci, že pracovníci v domově pro seniory považují tento fakt za velice nespravedlivý. Dále co se týče regenerace je racionální rozpis služeb dle přání a možnosti zaměstnance. Co se týče mé osoby v rámci regenerace je pro mě nejdůležitější rodina.

2.3.2 Týmová spolupráce

Tým je důležitým zdrojem sociální opory (Bartošíková 2006). Vykonávám funkci vedoucího zdravotního oddělení a týmu mám 21 zaměstnanců. V našem týmu máme společný cíl, podporujeme vzájemnou důvěru a respekt. Výsledkem naší týmové práce je kolektivní pocit důvěry, sounáležitost. Myslím si, pokud je pracovník správně motivován, přináší to další společný cíl a tím je nadšení a angažovanost pro práci s klienty na našem oddělení.

2.3.3 Supervize

Supervizi řadíme mezi primární prevenci syndromu vyhoření. Supervize má velký význam nejen pro organizaci, ale především pro zaměstnance. Podporuje rozvoj pracovníků a brání jejich vyhoření.

J. Tošner a T. Tošnerová (2002, s. 8) definují supervizi jako: „*Systematická pomoc při řešení profesionálních problémů v neohrožující atmosféře, která dovolí pochopit osobní, zejména emoční podíl člověka na jeho profesním problému.*“

Prioritou supervize je profesionální rozvoj pracovníka, a to zejména v rozšiřování a získávání nových dovedností, pomoc při řešení obtížných případů, zvládnutí emočně náročných situací. Základním principem supervize je bezpečný vztah (Venglářová, M, 2007).

Supervize je setkání pracovníků (jednoho nebo skupiny) se supervizorem. Při otevřeném rozhovoru probírají obtížné situace v práci s klienty. Objevují se pocity spojené s klienty, s kolegy, reflexe vlastní práce (Venglářová, M, 2007, s.86).

Dle Venglářové (2007, s.87) rozlišujeme na základě příjemce následující formy supervize:

1. Individuální supervize – jedná se o setkání jednoho pracovníka se supervizorem. Od počátku jsou jasně vymezená pravidla setkávání, ale i místo setkání, doba sezení a frekvence schůzek. Pracovník se supervizorem se domluví na způsobu zacházení informací plynoucích ze setkání.
2. Supervize skupinová – tento způsob setkání supervizora se skupinou 8-10 pracovníků. Pozornost je nutně věnovat vztahům členů skupiny. Týmová supervize se věnuje vztahům v týmu, efektivitu práce celého týmu. Od individuální se zásadně liší svým obsahem.

Další formy supervize:

1. vzájemné konzultování dvou kolegů,
2. intervize – setkání bez supervizora,
3. autovize neboli sebereflexe.

Hawkins a Shohet (2004, s. 62) popisují, jak důležité je pro každý supervizní vztah vytvořit smlouvu a mít předem dohodnuto jaký druh odpovědnosti, zda řídicí, vzdělávací, či podpůrný supervizor ponese. Prvním krokem při tvorbě smlouvy je mít jasno kterou

z kategorií požaduje supervidovaný za důležitou a kterou kategorií supervizor může nabídnout. Autoři uvádí následující kategorie:

- Výuková – zaměřuje se na vzdělávací funkci a supervizor je spíše v roli učitele, s účastníky probírá jejich práci s klienty.
- Výcviková – rovněž se zaměřuje na funkci vzdělávací. Supervidovaní jsou v jakési výcvikové roli, může se jednat např. o studenty sociální práce na praxi. Na rozdíl od výukové supervize má supervizor jistou odpovědnost za práci s klienty a tím přebírá řídicí roli.
- Řídicí (manažerská) supervize – jedná se o supervizi, kde je supervizor zároveň nadřízený a má jednoznačně odpovědnost za práci s klienty.
- Poradenská – veškerá odpovědnost za práci s klienty zůstává na supervidovaných, se supervizorem, který není jejich nadřízený konzultují otázky, které si přejí rozebrat. Tato supervize je určena zkušeným a kvalifikovaným pracovníkům.

Supervize je odborná činnost, při níž supervizor podporuje, vede a posiluje jednotlivce, skupiny nebo týmy v pomáhající profesi k tomu, aby dosáhli určitých organizačních, profesionálních a osobních cílů. Obecnými cíli jsou zlepšení kvality práce a podpora profesionálního růstu.

Supervizi by měli vykonávat pouze osoby se supervizním výcvikem. Nejznámější společností u nás, která zajišťuje odborné supervize, je Český institut supervize.

3. Domov pro seniory U Kostelíčka

Domov pro seniory U Kostelíčka je součástí příspěvkové organizace Sociální služby města Pardubic, zřizované Magistrátem města Pardubic. Domov pro seniory U Kostelíčka je zařízením sociálních služeb podle § 34 odst. 1 písm. e) a f) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a dle tohoto zákona poskytuje dva druhy sociálních služeb. A to službu domov pro seniory a službu domov se zvláštním režimem (www.ssmpe.cz, online, cit. 2016-12-26).

3.1 Služba domov pro seniory

Poskytuje pobytové služby uživatelům, kteří mají sníženou soběstačnost, dosáhli věku 60 let a jejichž zdravotní či sociální situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Jedná se o osoby, které nejsou schopny se o sebe postarat ve svém přirozeném prostředí, a to ani za využití podpory rodinných příslušníků a pečovatelské služby. Služba je poskytována zájemcům přednostně s trvalým pobytem v okrese Pardubice. Posláním služby domova pro seniory je být přátelským zařízením pro uživatele služeb a jejich blízké. Nabízí optimální poměr mezi sociální, zdravotní a ošetrovatelskou péčí při kladení důrazu na bezpečné a příjemné prostředí. To vše při podpoře uživatelů v soběstačnosti s ohledem na individuální potřeby jednotlivce. Ve všech situacích se pracovníci chovají k uživatelům s respektem a úctou. Služba je poskytována v rámci třech oddělení D2, D5 a D6 s kapacitou 107 lůžek (www.ssmpe.cz Standard č. 1 Domov pro seniory, online, cit. 2016-10-26).

3.2 Služba domov se zvláštním režimem

Kapacita 195 lůžek poskytuje pobytové služby osobám, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována přednostně uživatelům s trvalým pobytem v Pardubickém kraji. Oddělení D4 poskytuje službu osobám od 40 let, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění jako je schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy, poruchy nálad. Na odděleních D1, D3, D7 a D8 je služba určena osobám od 50 let, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu organického duševního onemocnění (různé typy demencí). Posláním domova je především optimální poměr mezi sociální, zdravotní a ošetrovatelskou péčí a snaha o aktivizaci v důstojném a bezpečném prostředí (www.ssmpe.cz, Standard č. 1 služba Domov se zvláštním režimem, online, cit. 2016-10-26).

Domov pro seniory U Kostelíčka své pobytové služby neposkytuje, pokud zájemce nesouhlasí s poskytováním služby, kterou nabízí, nevidomým osobám, dále zájemcům, kteří vyžadují akutní zdravotní péči v lůžkovém zdravotnickém zařízení, osobám vyžadující intenzivní rehabilitační péči. Zájemcům, kteří mohou ohrozit sebe a okolí pro akutní nebo chronickou závislost na návykových látkách (www.ssmpe.cz, Standard č. 1 služba Domov se zvláštním režimem, online, cit. 2016-10-26).

3.3. Personální obsazení

Kvalifikační požadavky pro výkon činnosti v sociálních službách jsou dány zákonem č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. V sociálních službách vykonávají odbornou činnost sociální pracovník, pracovníci v sociálních službách, dále jsou to zdravotničtí pracovníci a pedagogičtí pracovníci. Při poskytování sociální služby v našem zařízení působí i dobrovolníci (Zákon č.108/2006 Sb.)

Sociální pracovník vykonává sociální šetření, vede sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v domově, poskytuje sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost. Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost. Zaměstnavatel je povinen sociálnímu zabezpečit další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si upevňuje a doplňuje kvalifikaci. Mezi formy dalšího vzdělávání patří specializační vzdělání zajišťované vysokými školami a vyššími odbornými školami navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka, účast v kurzech s akreditovaným programem, odborné stáže, účast na školicích akcích organizovaných zaměstnavatelem, nebo odbornou organizací, kde je zaměstnavatel členem a která je vzdělávacím zařízením akreditovaným ministerstvem (Zákon 108/2006 Sb.)

Profese pracovníka v přímé obslužné péči je velmi mladá profese a patří mezi pomáhající profese, která vznikla v souvislosti se zákonem č. 108/2006Sb.o sociálních službách. Do té doby pracovali v pobytových zařízeních sanitáři a ošetřovatelé. Sanitář je pomocný personál a ošetřovatel je nižší zdravotnický personál. V době před rokem 2006 byla pobytová zařízení pro seniory brána jako zdravotnická zařízení. S příchodem sociálního zákona č.108/2006 Sb. došlo k výrazným změnám a původní sanitáři se přeškolili na pracovníky v sociálních službách. Bylo velice důležité, aby se personál nezabýval pouze zdravotním stavem, nýbrž aby ho zajímali potřeby seniora. K tomu nám

hodně pomohl a pomáhá Individuální plán každého seniora, který naši službu využívá, vede se tzv. sociální dokumentace. Pracovníkem v sociálních službách v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem je ten, kdo vykonává přímou obslužnou péči, zajišťuje pomoc při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, pomoc při udržování čistoty a osobní hygieny, nácvik jednoduchých denních činností, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb. Další činností, kterou pracovník v sociálních službách domova pro seniory a domova se zvláštním režimem vykonává je základní výchovná nepedagogická činnost, která spočívá v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, provádění volnočasových aktivit (Zákon 108/2006 Sb.).

Pracovník v přímé péči by měl dobře znát sám sebe, umět chápat své potřeby a problémy, bez této dovednosti nemůže kvalitně pomáhat druhým. Velice důležitá je empatie, upřímnost, umět aktivně naslouchat, schopnost pracovat v týmu, správně definovat problém klienta a hledat cestu k jeho řešení. Znaků, které charakterizují pomáhajícího pracovníka je celá řada, nastínila jsem z mého pohledu nejdůležitější předpoklady pro výkon této profese. Od pracovníka přímé obslužné péče vyžadujeme, aby se choval dle etického kodexu našeho zařízení. Ještě bych ráda zmínila jednu skutečnost a tou je, pracovníci domova pro seniory se liší od pracovníků domova se zvláštním režimem délkou dovolené, pracovníkům DZR podle zákoníku práce zákona č. 262/2006 Sb. náleží dodatková dovolená, a to v délce pěti dnů (www.ssmpe.cz. Standard č.9 Personální a organizační zajištění sociální služby, online, cit. 2016-10-26).

Podmínkou výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost. Pracovník v přímé obslužné péči musí splňovat základní nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly podle zvláštního právního předpisu způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetřovatel, u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka. Pracovník v sociálních službách vykonávající základní výchovnou nepedagogickou činnost musí splňovat střední vzdělání s výučním listem nebo střední vzdělání s maturitní zkouškou a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které jsou způsobilé k výkonu zdravotnického povolání

ergoterapeut a fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka. Zaměstnavatel je povinen pracovníkům v sociálních službách také zabezpečit další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, pro upevnění a rozšíření kvalifikace (108/2006Sb.).

Vzdělávání je přizpůsobováno potřebám zaměstnanců. Při ročním hodnocení mají zaměstnanci možnost vyjádřit své potřeby týkající se vzdělávání. V letošním roce v rámci vzdělávání v našem zařízení proběhla školení na téma:

- Psychiatrické minimum pro pracovníky v sociálních službách;
- Paliativní péče;
- Základy rehabilitace;
- Zvládání chronické bolesti u seniorů;

Musím říci, že zpětná vazba od našich zaměstnanců k daným vzdělávacím tématům je velice pozitivní.

Všeobecná sestra

„Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči. Pokud způsobilost k výkonu všeobecné sestry získal muž, je oprávněn používat označení odbornosti všeobecný ošetrovatel“ (Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotních povoláních).

Podmínky výkonu činnosti zdravotnických a pedagogických pracovníků stanovují zvláštní předpisy, zaměstnavatel není povinen těmto pracovníkům zabezpečit další vzdělávání (Zákon 108/2006 Sb.).

3.4 Počet pracovníků v sociálních službách v Domově pro seniory U Kostelíčka

Domov pro seniory v současné době disponuje kapacitou 36 pracovníků v sociálních službách, kteří zajišťují přímou obslužnou péči u 107 uživatel.

Domov se zvláštním režimem s kapacitou 195 uživatel zajišťuje přímou obslužnou péči 64 pracovníků v sociálních službách.

V našem zařízení zajišťuje zdravotní péči celkem 34 registrovaných všeobecných sester.

4. Shrnutí teoretické části

O syndromu vyhoření bylo v posledních letech napsáno mnohé. Velmi důležité je, zabývat se tímto fenoménem, neboť syndrom vyhoření není jen zajímavým termínem, ale dotýká se bezprostředně a reálně života mnoha lidí. Nejvíce jsou ohroženi zejména lidé zapálení, nadšení a zaujatí pro věc. Vnímám proto jako důležité upozorňovat, informovat a v neposlední řadě také poukázat na skutečnost, že existují možnosti, jak vzniku syndromu vyhoření předcházet i jak s rozvíjejícím či rozvinutým syndromem vyhoření pracovat.

V teoretické části bakalářské práce popisují obecně syndrom vyhoření jeho historii, jednotlivé fáze, příznaky, příčinu a profese, které jsou syndromem vyhoření ohroženy. V druhé kapitole uvádím prevenci a léčbu syndromu vyhoření. Jak je uvedeno v dostupné literatuře, velkým nástrojem prevence syndromu vyhoření je supervize. Jako vedoucí pracovník se snažím zjistit, zda pracovníci přímé obslužné péče v zařízení Domov pro seniory U Kostelíčka vnímají supervizi za podporu při výkonu svého povolání a zároveň i jako prevenci syndromu vyhoření. Pracovník přímé obslužné péče pomáhá uspokojovat potřeby seniorů v bio-psycho-sociální oblasti. Setkává se téměř se vším, co přináší stáří – nemoce, bolest, beznaděj, úzkost, strach, nepochopení, nesoběstačnost a v neposlední řadě se smrtí seniora. Ne každý pracovník přímé obslužné péče je na tyto skutečnosti připraven. Nedokáže se s touto situací vyrovnat a cítí, že jeho existenciální potřeba není uspokojena. To má vliv na jeho sebehodnocení a celkový postoj. K tomu ještě přispívá bezmocnost, se kterou stojí před smrtí seniora, kterému nemůže již pomoci.

V poslední kapitole teoretické části popisují Domov pro seniory U Kostelíčka v Pardubicích, pobytové služby, které poskytuje a personální obsazení.

Poznatky z teoretické části budou využity v metodické části bakalářské práce.

5. Metodická část

Tato kapitola je zaměřena na stanovení hlavního cíle bakalářské práce a upřesnění dílčích cílů, které se váží k syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách v Domově pro seniory U Kostelíčka v Pardubicích, poskytující pobytovou sociální službu domov pro seniory a službu domov se zvláštním režimem. Dále je formulován typ výzkumu a způsob sběru dat, proces vyhodnocení získaných dat, interpretace a shrnutí výsledků.

5.1 Vymezení hlavního cíle a dílčích cíl

Cílem bakalářské práce bude zjištění a porovnání, která skupina pracovníků v sociálních službách poskytující službu domova pro seniory a službu domova se zvláštním režimem je více ohrožena syndromem vyhoření.

Na základě tohoto cíle je stanoven hlavní výzkumný cíl, který je dále rozpracován do pěti dílčích cílů:

Dílčí cíl 1: Zjistit míru syndromu vyhoření u jednotlivých pracovníků v obou službách za pomoci standardizovaného dotazníku BM. Zjistit údaje o respondentovi-věk a pohlaví, délka praxe, druh poskytované služby.

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda mají pracovníci v sociálních službách poskytující službu domov pro seniory a službu domov se zvláštním režimem povědomí o syndromu vyhoření.

Dílčí cíl 3: Zjistit, které zátěže považují pracovníci v sociálních službách poskytující službu domova pro seniory a domova se zvláštním režimem za nejčastější.

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda vnímají pracovníci v sociálních službách poskytující službu domova pro seniory a službu domova se zvláštním režimem supervizi jako přínosnou.

Dílčí cíl 5: Zjistit, zda pracovníci v sociálních službách v Domově pro seniory v Pardubicích umí čelit syndromu vyhoření svými volnočasovými aktivitami.

5.2 Výzkumná strategie

Nejprve jsem získala souhlas k výzkumnému šetření od vedoucího zařízení Domova pro seniory U Kostelíčka Mgr. Lukáše Holečka, MBA. Zdrojem informací byli pracovníci v sociálních službách poskytující sociální službu Domov pro seniory a službu Domov se zvláštním režimem.

Pro výzkum bakalářské práce volím kvantitativní metodu, přesněji metodu dotazníkového šetření. Dotazník obsahuje tři části. První část dotazníku vlastní tvorby zjišťují údaje o respondentovi. Druhá část je standardizovaný dotazník Burnout Measure od autorů Ayal Pines a Elliot Aronson, kterým si můžeme sami vypočítat míru vlastního psychického vyhoření. (Křivohlavý,1998).

Třetí část dotazníku je vlastní tvorba složena z uzavřených otázek vztahujících se k syndromu vyhoření.

Standardizovaný dotazník BM je zaměřen na tři různá hlediska:

1. Pocity fyzického (tělesného) vyčerpání – pocity únavy, celkové slabosti, oslabení atd.
2. Pocity emocionálního (citového) vyčerpání – pocity tísně(deprese), beznaděje, bezvýchodnosti, pocity jakoby chycení do pastí atd.
3. Pocity (psychického) duševního vyčerpání – pocity naprosté bezcennosti, ztráty lidské hodnoty, ztráty iluzí, pocity marnosti vlastní existence atp.

Výzkumy prováděné pomocí dotazníkovému šetření se dají měřit sociologické jevy a také jejich analýzu za použití matematických modulů a statistických technik. Dotazníky jsou zaslány či sděleny ústně vybrané skupině lidí (Giddens, 2013).

Standardizovaný typ dotazníku má pevně danou strukturu – pevně daný seznam otázek, na které respondenti odpovídají pevně danými odpověďmi (ano /ne / nevím x velmi pravděpodobně/ pravděpodobně/ nepravděpodobně / velmi nepravděpodobně). Výhoda tohoto typu je, že data z těchto dotazníků mohou být snadno sečtena a porovnána. Nevýhoda standardizovaného dotazníku je omezený rozsah platnosti odpovědí (Giddens, 2013).

Výhody a nevýhody dotazníku shrnuje Disman (2006) následovně: výhodou je velký počet respondentů při malých nákladech, v krátkém čase, je anonymní, nemůže dojít ke zkreslení aktivitami tazatele.

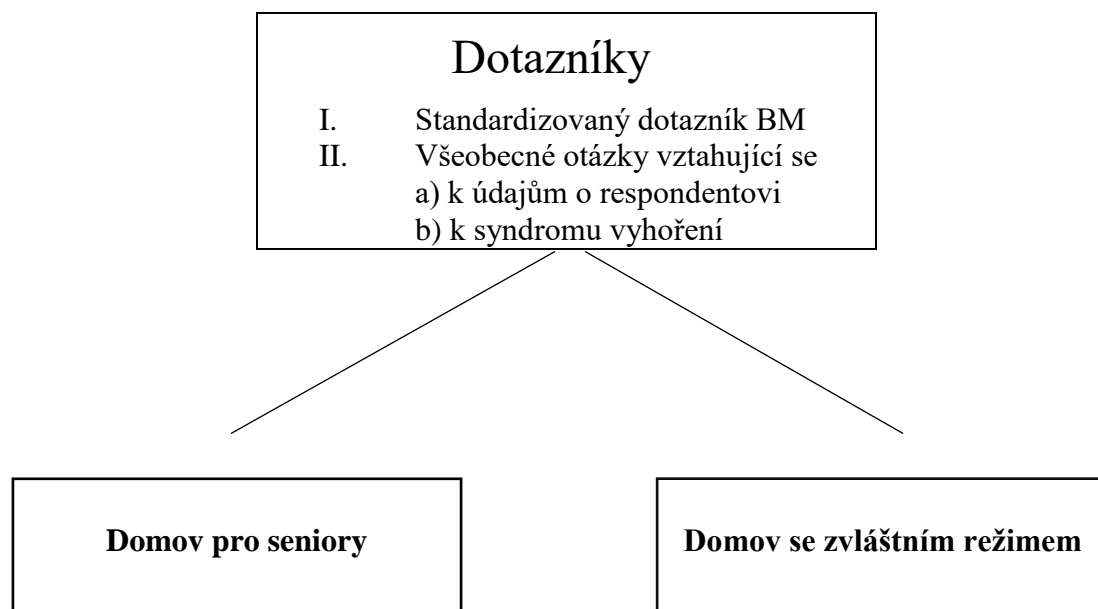
Nevýhodou je nízká návratnost, nejistota, zda dotazník vyplnila požadovaná osoba a nutnost spoléhat na ochotu respondenta. I přesto je dotazník často využívanou technikou sběru dat.

Požadavky správného dotazníku uvádí Čihovský (2006): zahrnuje všechny zkoumané otázky, formulace otázky neznemožňuje odpověď, neměl by respondent znudit, otázky by neměly začít slovem „proč“ (to je úkolem výzkumníků).

Disman (2006) k tomu dodává, důležité zejména je, aby respondent otázce porozuměl tak, jak to výzkumník myslel a aby všichni respondenti otázce rozuměli stejně.

Dále Disman (2006) uvádí, dotazník má mít kromě obsahové části i část formální: informace o zadavateli (kdo dotazník vyrobil), oslovení, účel výzkumu, ujištění o anonymitě, instrukce, jak vyplnit a na závěr by nemělo chybět poděkování a jméno výzkumníka.

5.3 Operacionalizace



1. Tabulka transformačních cílů

Hlavní výzkumný cíl: Zjistit a porovnat, která skupina pracovníků v sociálních službách poskytující službu Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem je více ohrožena syndromem vyhoření		
Dílčí výzkumný cíl	Výzkumná technika	Výzkumné otázky
DC 1 Zjistit míru syndromu vyhoření u jednotlivých pracovníků obou služeb pomocí standardizovaného dotazníku BM.	Dotazníky	Dotazník Burnout Measure (Pines, Aronson) 1. Jsem unaven/a 2. Jsem v depresi 3. Prožívám krásné dny 4. Jsem tělesně vyčerpán/a 5. Jsem citově vyčerpán/a 6. Jsem šťastný/á 7. Cítím se vyřízen/a 8. Nemůžu se vzchopit a pokračovat dále 9. Jsem nešťastný/á 10. Cítím se uhoněný/á a utahaný/á 11. Cítím se jakoby uvězněný/á v pasti 12. Cítím se jako bych byl/a nula 13. Cítím se utrápený/á 14. Tíží mne starosti 15. Cítím se zklamaný/á a rozčarovaný/á 16. Jsem slabý/á a na nejlepší cestě onemocnět 17. Cítím se beznadějně 18. Cítím se odmítnutý/á a odstrčený/á 19. Cítím se plný/á optimismu 20. Cítím se plný/á energie 21. Jsem plný/á úzkosti a obav
Údaje o respondentovi	Dotazník	1. Věk a pohlaví 2. Druh poskytované služby 3. Délka praxe v zařízení

<p>DC 2</p> <p>Zjistit, zda mají pracovníci v sociálních službách poskytující službu domov pro seniory a službu domov se zvláštním režimem povědomí o syndromu vyhoření.</p>	<p>Dotazník</p>	<p>4. Dokázali byste definovat pojem syndrom vyhoření?</p>
<p>DC 3</p> <p>Zjistit, které zátěže považují pracovníci v sociálních službách poskytující službu domova pro seniory a domova se zvláštním režimem za nejčastější.</p>	<p>Dotazník</p>	<p>5. S jakými zátěžemi se na svém pracovišti setkáváte nejčastěji?</p>
<p>DC 4</p> <p>Zjistit, zda vnímají pracovníci v sociálních službách poskytující službu domova pro seniory a službu domova se zvláštním režimem supervizi jako přínosnou.</p>	<p>Dotazník</p>	<p>6. Pokud dojde k nějaké zátěžové situaci na pracovišti, jakým způsobem ji v rámci kolektivu řešíte? 7. Považujete supervizi za prevenci Syndromu vyhoření? 8. Jak hodnotíte přínos supervize?</p>
<p>DC 5</p> <p>Zjistit, zda pracovníci v sociálních službách v Domově pro seniory v Pardubicích umí čelit syndromu vyhoření svými volnočasovými aktivitami.</p>	<p>Dotazník</p>	<p>9. Umíte oddělit pracovní povinnosti od osobního života? 10. Jaké volíte koníčky v osobním životě?</p>

Autor: Vlastní tvorba

5.4 Výzkumný soubor

Pro výzkumné šetření pomocí dotazníků jsem oslovila pracovníky v sociálních službách Domova pro seniory u Kostelíčka Pardubice poskytující sociální službu domov pro seniory a domov se zvláštním režimem, kterým bylo rozdáno 60 dotazníků. Výzkum v již zmíněném zařízení jsem zvolila z důvodu mé dlouhodobé praxe v sociálních službách. V Domově pro seniory v Pardubicích pracuji šest let jako vedoucí zdravotnického oddělení poskytující službu domov pro seniory, tudíž jsem respondenty nevybírala náhodně.

5.5 Popis organizace a průběh výzkumu

Bakalářskou práci jsem vytvářela v období od srpna 2016 do března 2017. Výzkum byl prováděn u pracovníků v sociálních službách, kteří vykonávají sociální službu dle zákona 108/2006 Sb. v Domově pro seniory U Kostelíčka v Pardubicích. Vedoucího zařízení Mgr. Lukáše Holečka MBA, a vedoucí zdravotnického úseku Lic. Lenku Solařovou jsem v březnu roku 2016 seznámila s tématem a cílem své bakalářské práce a vyžádala si souhlas s prováděním výzkumu v našem zařízení.

Dotazníky jsem předala osobně pracovníkům v sociálních službách na odděleních poskytující službu domov pro seniory, tak na odděleních domova se zvláštním režimem. Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků, 30 dotazníků na DPS a 30 dotazníků na DZR. Návratnost byla úspěšná (100 %). Samotný sběr a shromažďování podkladů dotazníků proběhl v měsíci prosinci roku 2016 a v měsíci lednu roku 2017.

Dotazník je rozdělen do dvou částí. První část 21 otázek je převzato ze standardizovaného dotazníku Burnout Measure od autorů A. Pines a E. Aronson. Ty jsou posuzovány na sedmibodové hodnotící škále typu „Jak často“ s rozpětím hodnot od „Nikdy“ po „Vždy“. Na konci této části bude vyhodnocení dotazníku, které ukazuje míru vyhoření. Druhá část dotazníku vlastní tvorby je složena z 11 všeobecných otázek, 3 otázky zjišťují údaje o respondentovi, 8 otázek se vztahuje k syndromu vyhoření.

Podle Hendla (2006) bychom měli dbát na etickou stránku výzkumu. Chrání nejenom účastníky výzkumu, ale také samotného výzkumníka. Měli bychom si pečlivě promyslet postup, jaký zvolíme.

Mezi etické problémy patří:

Informovaný souhlas - dotazovaní by měli mít možnost svobodně se rozhodnout, zda se výzkumu zúčastní.

Dotazovaný by neměl mít špatný pocit z toho, zda se výzkumu účastní či pokud se rozhodne nezúčastnit se výzkumu.

Získané informace by měly zůstat důvěrné.

K ochraně soukromí je užitečné ponechat účastníky v anonymitě

Nezamlčovat informace o pravém účelu výzkumu.

5.6 Analýza a interpretace získaných informací

Tato kapitola je věnovaná analýze a interpretaci získaných informací ze standardizovaného dotazníku BM od autorů A. Pines, E. Aronson a z dotazníku vlastní tvorby, skládající se z 11 uzavřených, tazatelských otázek, které spadají do dílčích cílů. Průzkum probíhal od 10. ledna do 3. února 2017. Po navrácení dotazníků jsem si překontrolovala správnost vyplnění.

5.6.1. Interpretace dotazníku-DC 1

Za použití standardizovaného dotazníku BM zjistit míru syndromu vyhoření u jednotlivých pracovníků v obou službách.

K standardizovanému dotazníku jsem ještě přidala 3 otázky z dotazníku vlastní tvorby. Použila jsem otázku, která se týká věku a pohlaví respondenta, v otázce č. 2 odpovídají respondenti, který druh pobytové služby poskytují, otázka č. 3 se týká délky praxe v zařízení.

Při zpracování prvního dílčího cíle jsem se řídila vzorcem dotazníku Burnout Measure. Výsledky, které jsem získala prezentuji v níže uvedené tabulce.

Dotazník jsem vyhodnotila následovně: nejprve jsem vypočítala položku A, kterou jsem získala na základě sečtení všech hodnot, které dotazovaní uvedli u otázek č.1,2,4,5,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18 a 21. Následovně jsem vypočítala hodnotu B, kterou jsem opět získala sečtením hodnot, které dotazovaní uvedli u otázek č.3,6,19 a 20.

Hodnota C se vyhodnocuje tak, že od čísla 32 odečteme položku B.

Hodnotu D získáme sečtením hodnoty A a C.

Výsledné číslo hodnoty D vydělíme 21, dostanu se k hodnotě BQ což je hodnota psychického vyhoření změřená metodou BM.

Pokud je výsledná hodnota BM 2 a nižší, považuje se výsledek z hlediska psychologie jako dobrý.

Je-li hodnota BM až 3, lze stav hodnotit jako uspokojivý.

U výsledné hodnoty BM mezi 3,0-4,0 je doporučeno zamyslet se nad dosavadním životem a ujasnit si žebříček hodnot.

Je-li celkový výsledek 4,0-5,0 je možné považovat přítomnost psychického syndromu vyhoření. V této fázi je velice důležité a nutné vyhledat pomoc odborníka a specialistu.

U hodnoty nad 5,0 se jedná o havarijní signál a v tomto případě neotálet a okamžitě se obrátit na klinického psychologa či psychoterapeuta, kteří sídlí ve většině krajských nemocnic, manželských poradnách, pedagogicko-psychologických poradnách atd (Křivohlavý, 1998).

Tabulka č.2 A: Naměřené hodnoty u pracovníků z dotazníku Burnout Measure

Domov pro seniory

BM	Absolutní četnost	Relativní četnost	Výsledek
0-2	2	6,7 %	Dobrý
2-3	20	66,7 %	Uspokojivý
3-4	7	23,3 %	Zamyslet se nad dosavadním životem
4-5	1	3,3 %	Přítomnost syndromu vyhoření
5 +	0	0 %	Havarijní stav

Tabulka č. 2 B: Naměřené hodnoty BM u pracovníků z dotazníku Burnout Measure

Domov se zvláštním režimem

BM	Absolutní četnost	Relativní četnost	Výsledek
0-2	4	13,3 %	Dobrý
2-3	14	46,7 %	Uspokojivý
3-4	8	26,7 %	Zamyslet se nad dosavadním životem
4-5	3	10 %	Přítomnost syndromu vyhoření
5 +	1	3,3 %	Havarijní signál

Při zpracování standardizovaného BM jsem zjistila, že 7 % dotazovaných pracovníků domova pro seniory a 13 % pracovníků domova se zvláštním režimem je ve velmi dobrém psychickém stavu a obavy ze syndromu vyhoření mít nemusí.

U 67 % pracovníků domova pro seniory a 47 % dotazovaných domova se zvláštním režimem je současný psychický stav uspokojivý.

23 % dotazovaných domova pro seniory a 27 % dotazovaných domova se zvláštním režimem nemá daleko k syndromu vyhoření a měli by se zamyslet nad způsobem svého dosavadního života, přehodnotit žebříček hodnot a také přehodnotit dosavadní pracovní činnosti, ale i osobní život.

U 3 % dotazovaných domova pro seniory a 10 % dotazovaných domova se zvláštním režimem se již jedná o přítomnost syndromu vyhoření.

U pracovníků poskytující službu domov pro seniory ani u jednoho se neobjevil havarijní signál vyhoření.

Jeden pracovník z dotazovaných domova se zvláštním režimem je vyhořelý a je na místě vyhledat psychiatra či odbornou lékařskou pomoc.

V porovnání obou služeb jsou pracovníci domova se zvláštním režimem syndromem vyhoření ohroženi více, ale i přesto se většina dotazovaných dostala do kategorie, kde se syndrom vyhoření vylučuje.

Tabulka č.3 A: Výsledné hodnoty BM v porovnání s věkem.**Domov se zvláštním režimem**

BM Věk	20 - 30 let		31 - 40 let		41 - 50 let		51 - 60 let		60 + let	
	Abs.č	Rel.č.	Abs.č	Rel.č.	Abs.č	Rel.č.	Abs.č	Rel.č.	Abs.č	Rel.č.
BM 0 - 2	1	3%	1	3%	2	7%	0	0%	0	0%
BM 2 - 3	2	7%	2	7%	6	20%	4	13%	0	0%
BM 3 - 4	1	3%	0	0	4	13%	3	10%	0	0%
BM 4 - 5	0	0%	0	0	0	0%	3	10%	0	0%
BM 5+	0	0%	0	0	1	3%	0	0%	0	0%

Tabulka č. 3 B: Výsledné hodnoty BM v porovnání s věkem.**Domov pro seniory**

BM Věk	20 - 30 let		31 - 40 let		41 - 50 let		51 - 60 let		60 + let	
	Abs.č.	Rel.č.	Abs.č.	Rel.č.	Abs.č.	Rel.č.	Abs.č.	Rel.č.	Abs.č.	Rel.č.
BM 0 - 2	1	3%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%
BM 2 - 3	2	7%	6	23%	6	20%	4	13%	2	7%
BM 3 - 4	2	7%	2	8%	1	3%	2	7%	0	0%
BM 4 - 5	0	0%	0	0	0	0%	1	3%	0	0%
BM 5+	0	0%	0	0	0	0%	0	0%	0	0%

Vzhledem k nízkému počtu mužů ve výzkumu, a to 1 muž z domova se zvláštním režimem a 4 muži z domova pro seniory jsem neporovnávala míru syndromu vyhoření u žen a u mužů.

Výsledky z dotazníku BM jsem porovnávala s věkem respondentů. Z celkového počtu 30 dotazovaných poskytující službu DZR ve věku 20-30 let, v kategorii 0-2 je jeden pracovník (3 %), v kategorii 2-3 jsou dva pracovníci (7 %), do kategorie 3-4 patří jeden pracovník (3 %). V kategorii 4-5 a 5+ nebyla žádná z dotazovaných.

Do věkové kategorie 31-40 let spadají 3 pracovníci, z toho 1 (3 %) je v kategorii 0-2. Zbýlé 2 (7 %) spadají do kategorie 2-3.

Respondenti ve věku 41-50 let jsem zařadila podle výsledků následovně: V kategorii 0-2 jsou 2 pracovníci (7 %), tedy bez známek syndromu vyhoření. 20 % tedy 6 pracovníků

spadá do kategorie 2-3, tedy uspokojivý stav. Do kategorie 3-4 spadají 4 pracovníci (13 %), dotazovaní by se měli zamyslet nad způsobem svého života a zhodnotit žebříček hodnot. Jeden z dotazovaných (3 %) spadá do kategorie 5+, což je již havarijní signál, podle standardizovaného dotazníku.

Ve věku 51-60 let je 10 respondentů, v kategorii 2-3 jsou 4 dotazovaní, tedy v uspokojivém psychickém stavu. Zatímco v kategorii 3-4 a 4-5 vyšel stejný počet 3 pracovníků (10%).

Z celkového počtu 30 dotazovaných poskytující službu DPS, ve věku 20-30 let v kategorii 0-2 je 1 dotazovaný, tedy bez známek syndromu vyhoření. V kategorii 2-3 jsou 2 pracovníci (7%). Do kategorie 3-4 spadají 2 pracovníci (7 %). V kategorii 4-5 a 5+ není žádná z respondentek.

Do věkové hranice 31-40 let patří 9 respondentů, jeden z dotazovaných je v kategorii 0-2 (4 %). V kategorii 2-3 je 6 respondentů (23 %). Nad způsobem svého života tedy v kategorii 3-4 by se měli zamyslet 2 pracovníci (8 %). V ostatních kategoriích se nenachází žádný z dotazovaných.

Ve věku 41-50 let je 7 dotazovaných. Z toho 6 (20 %) je v kategorii 2-3, pátý respondent spadá do kategorie 3-4 (3 %). V ostatních kategoriích se opět nenacházel žádný z dotazovaných.

Respondenti ve věku 51-60 let jsem opět rozdělila následovně: v kategorii 2-3 se nachází 4 dotazovaní (13 %), 2 pracovníci (7 %) jsou v kategorii 3-4 a 1 z dotazovaných (3 %), který patří do kategorie 4-5 se syndrom vyhoření objevil.

Dvě ženy ve věku 61+ spadají do kategorie 2-3 (7%) tedy syndromem vyhoření netrpí.

Tabulka č. 4 A: Délka praxe v zařízení v porovnání s výslednou hodnotou BM

Domov se zvláštním režimem

BM Praxe	Do 2 let		2 - 5 let		6 - 10 let		11 - 19 let		20 - 30 let	
	Abs.č.	Rel.č.	Abs.č.	Rel.č.	Abs.č.	Rel.č.	Abs.č.	Rel.č.	Abs.č.	Rel.č.
BM 0 - 2	2	7%	1	3%	2	7%	0	0%	0	0%
BM 2 - 3	0	0%	1	3%	3	10%	6	20%	3	10%
BM 3 - 4	1	3%	3	10%	3	10%	1	3%	0	0%
BM 4 - 5	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	2	7%
BM 5+	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabulka č. 4 B: Délka praxe v zařízení v porovnání s výslednou hodnotou BM

Domov pro seniory

BM Praxe	Do 2 let		2 - 5 let		6 - 10 let		11 - 19 let		20 - 30 let	
	Abs.č.	Rel.č.	Abs.č.	Rel.č.	Abs.č.	Rel.č.	Abs.č.	Rel.č.	Abs.č.	Rel.č.
BM 0 - 2	2	6%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
BM 2 - 3	3	10%	0	0%	7	23%	8	27%	2	7%
BM 3 - 4	0	0%	0	0%	6	20%	1	3%	0	0%
BM 4 - 5	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%

V tabulce č. 4 A a 4 B, jsem porovnávala délku praxe v zařízení s výslednou hodnotou BM.

Do dvou let praxe v zařízení poskytující službu DZR a v kategorii 0-2 hodnoty BM jsou 2 pracovníci (7 %), v kategorii 3-4 je po jeden pracovník (3 %). V kategorii 4-5 a 5+ není žádný z dotazovaných vzhledem k délce praxe.

Délku praxe v rozmezí 2-5 let v zařízení poskytující službu DZR má 6 dotazovaných z celkového počtu 30. V kategorii BM 0-2 a 2-3 má po jednom respondentovi (3 %). Tři respondenti jsou zařazeni do kategorie 3-4 (10 %). Havarijní signál syndromu vyhoření je u jednoho z dotazovaných (3 %), který by měl vyhledat odbornou pomoc nebo pomoc psychiatra.

U 9 dotazovaných je délka praxe v zařízení je v rozmezí 6-10 let. V kategorii 0-2 jsou 2 pracovníci (7 %) tedy v dobrém psychickém stavu. Práce uspokojuje 3 dotazované (10 %), které spadají do kategorie BM 2-3. Svůj žebříček hodnot by měli přehodnotit 3 pracovníci (10 %), kteří spadají do kategorie hodnoty BM 3-4. Přítomnost syndromu vyhoření je u jednoho pracovníka (3 %), který spadá do kategorie 4-5 hodnot BM.

Nejvíce dotazovaných a to 6 (20 %) z celkového počtu 30 pracuje v organizaci 11-19 let a spadá do kategorie BM 2-3, což je uspokojivý stav. Pouze 1 respondent (3 %) s touto délkou praxe spadá do kategorie 3-4 a tudíž by se měl zamyslet nad dosavadním způsobem života jak po pracovní stránce, tak i v osobním životě.

Pět dotazovaných pracovníků poskytující službu Domov se zvláštním režimem je v organizaci zaměstnáno více než 20 let tedy v rozmezí 20-30 let praxe. Mne samotnou překvapilo, že s takhle dlouhou délkou praxe v jednom zařízení jsou 3 pracovníci (10 %)

v kategorii hodnoty BM 2-3, což je uspokojivý psychický stav. Přítomnost syndromu vyhoření je u 2pracovníků (7 %) a ti spadají do kategorie 4-5 hodnoty BM.

Pracovníky poskytující službu Domov pro seniory jsem vyhodnotila v porovnání s délkou praxe a hodnotou výsledku BM následovně.

Do dvou let praxe v zařízení má 5 pracovníků z celkového počtu 30 respondentů. V kategorii 0-2 hodnot BM jsou 2 pracovníci (7 %), tedy v dobrém psychickém stavu. Do kategorie výsledných hodnot BM 2-3 spadají 3 pracovníci (10 %) poskytující službu Domov pro seniory a jejich psychický stav je uspokojivý.

V délce praxe 2-5 let, žádný z dotazovaných pracovníků nespadá ani do jedné kategorie výsledné hodnoty BM.

Sedm dotazovaných (23 %) poskytující službu DPS s délkou praxe 6-10 let, podle výsledků hodnot BM spadá do kategorie 2-3, což je uspokojivý psychický stav. Do kategorie BM 3-4 spadá 6 pracovníků (20 %), tedy kde by již měli přehodnotit žebříček hodnot a zamyslet se nad dosavadním způsobem života.

Nejvíce dotazovaných s délkou praxe 11-19 let v zařízení poskytující službu DPS a to 8 pracovníků (27 %) spadá do kategorie výsledných BM 2-3 což je určitě jak pro organizaci, tak i pro samotné zaměstnance pozitivní zjištění. 1 pracovník (3 %) spadá do kategorie 3-4.

Službu DPS poskytují 3 pracovníci z celkových 30 dotazovaných déle než 20 let, tedy délka praxe je v rozmezí 20-30 let. Dva pracovníci (7 %) spadají do kategorie výsledných BM 2-3, myslím si, že vzhledem k délce praxe v zařízení je tento výsledek dobrý.

U jednoho pracovníka (3 %) v kategorii 4-5, byla zjištěna přítomnost syndromu vyhoření. V kategorii výsledných BM 5+ se nenachází žádný z dotazovaných.

Shrnutí dílčího cíle 1:

Dle výsledků standardizovaného dotazníku BM v porovnání obou služeb, jsou pracovníci poskytující službu domov se zvláštním režimem (40 %) ohroženi syndromem vyhoření více než pracovníci poskytující službu domov pro seniory (26 %). Přesto se většina dotazovaných služby DZR (60%) a služby DPS (74 %) dostala do kategorie, která syndrom vyhoření vylučuje. Dále jsem k standardizovanému dotazníku připojila navíc dvě otázky. Hodnocení v souvislosti s věkem a délkou praxe ukazují, že nelze jednoznačně říci, jestli syndrom vyhoření ovlivňuje věk a délka praxe.

5.6.2 Interpretace dotazníku-DC 2

Zjistit, zda mají pracovníci v sociálních službách poskytující službu domov pro seniory a službu domov se zvláštním režimem povědomí o syndromu vyhoření.

Tabulka č. 5 A: Dokázali byste definovat syndrom vyhoření?

Služba Domov se zvláštním režimem

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	27	90 %
NE	0	0 %
NEVÍM	3	10 %

Tabulka č. 5 B: Dokázali byste definovat syndrom vyhoření?

Služba Domov pro seniory

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	28	93,3 %
NE	0	0 %
NEVÍM	2	6,6 %

Zajímalo mne, zda pracovníci v přímé péči poskytující službu DPS a službu DZR mají v povědomí termín syndrom vyhoření.

Ze všech dotazovaných poskytující službu Domov se zvláštním režimem, 90 % zná a umí definovat syndrom vyhoření. Pouze 10 % dotazovaných odpovědělo „nevím“, nejsou si zcela jistí, zda by uměli syndrom vyhoření definovat.

Definovat syndrom vyhoření umí 93 % dotazovaných pracovníků poskytující službu Domov pro seniory, pouze 7 % dotazovaných neví, zda by umělo definovat termín syndrom vyhoření.

Žádný z respondentů obou poskytovaných služeb nevedl, že by neznal pojem syndrom vyhoření a neuměl ho definovat.

Shrnutí dílčího cíle 2:

Domnívala jsem se, že většina dotazovaných (90 %) obou služeb odpoví možností „ano“ a můj předpoklad se potvrdil.

5.6.3 Interpretace dotazníku-DC 3

Zjistit, které zátěže považují pracovníci v sociálních službách poskytující službu domova pro seniory a domova se zvláštním režimem za nejčastější.

Tabulka č.6 A: Nejčastější zátěže pro pracovníky poskytující službu

Domov se zvláštním režimem

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Trpící klient	14	46,6 %
Velká fyzická zátěž	12	40 %
Komunikace s dementním, agresivním klientem	10	33,3 %
Komunikace s příbuznými klientů	10	33,3 %
Úmrtí klienta	9	30 %
Nedostatek personálu	7	23,3 %
Nedostatek času na pravidelnou stravu a pitný režim	6	20 %
Nedostatečná komunikace mezi personálem	5	16,6 %
Chronicky nemocný klient	4	13,3 %
Netrpělivý klient	4	13,3 %
Více administrativy, spěch	3	10 %
Malá nebo žádná podpora od nadřízených	0	0 %

Tabulka č. 6 B: Nejčastější zátěže pro pracovníky poskytující službu

Domov pro seniory

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Trpící klient	19	63,3 %
Komunikace s příbuznými klientů	15	50 %
Velká fyzická zátěž	13	43,3 %
Netrpělivý klient	10	33,3 %
Chronicky nemocný klient	8	26,6 %
Úmrtí klienta	7	23,3 %
Komunikace s agresivním, dementním klientem	6	20 %
Nedostatek personálu	6	20 %
Nedostatečná komunikace mezi personálem	4	13,3 %
Nedostatek času na pravidelnou stravu a pitný režim	3	10 %
Více administrativy, spěch	2	6,6 %
Malá, nebo žádná podpora od nadřízených	0	0 %

Třetím dílčím cílem jsem zjišťovala, které zátěže považují pracovníci v sociálních službách za nejvíce zátěžové. Dotazovaní mohli zaškrtnout více možností.

Pracovníci poskytující službu Domov se zvláštním režimem považují za nejvíce zátěžovou situaci trpícího klienta, toto uvedlo 14 tázaných (47 %). Velkou fyzickou zátěž uvedlo 12 dotazovaných (40 %) jako zátěžovou situaci. Komunikaci s agresivním, dementním klientem považuje za zátěž 10 pracovníků (33 %). Stejný počet uvádí jako zátěžovou situaci komunikaci s příbuznými klientů. Úmrtí klienta uvedlo jako zátěžovou situaci 9 respondentů (30 %). Nedostatek personálu zaškrtnulo v dotazníku 7 respondentů (23 %). Velice mne překvapilo, že za zátěžovou situaci 6 respondentů (20%) uvedlo

nedostatek času na pravidelnou stravu a pitný režim. Netrpělivého klienta uvádí 4 dotazovaní (13,3 %) a ve stejném počtu považují chronicky nemocného jako zátěžovou situaci. Tři dotazovaní (10%) uvedli více administrativy jako zátěž.

Pracovníci poskytující službu Domov pro seniory považují za zátěž trpícího klienta, tuto situaci uvedlo 19 tázaných (63 %). Komunikaci s příbuznými klientů považuje za zátěžovou situaci 15 pracovníků (50 %). Fyzickou zátěž uvedlo 13 respondentů (43 %) jako zátěžovou situaci. Netrpělivého klienta zaškrtno v dotazníku 8 dotazovaných (27 %). Dále jsem z dotazníku zjistila, že 7 respondentů (23 %) uvádí úmrtí klienta za zátěžovou situaci. 6 pracovníků (20%) považuje za zátěž komunikaci s agresivním, dementním klientem. Stejný počet pracovníků uvedlo jako zátěž nedostatek personálu. Nedostatečnou komunikaci mezi personálem považují za zátěžovou situaci 4 respondenti (13 %). Nedostatek času na pravidelnou stravu a pitný režim vadí 3 tázaným (10 %). Pouze 2 pracovníci (7 %) uvedlo více administrativy a spěch za zátěž.

Shrnutí dílčího cíle 3:

Má dlouholetá praxe v sociálních službách potvrdila předpoklad, že největší zátěž pro pracovníky v přímé péči obou služeb je trpící klient. Velice mne potěšilo jako vedoucí zdravotnického oddělení, že žádný z respondentů obou služeb neuvedl jako zátěžovou situaci malou nebo žádnou podporu od nadřízených. Tuto informaci ráda předám i ostatním vedoucím zdravotnických oddělení.

5.6.4 Interpretace dotazníku-DC 4

Zjistit, zda vnímají pracovníci v sociálních službách poskytující službu domova pro seniory a službu domova se zvláštním režimem supervizi jako přínosnou.

Tabulka č.7 A: Supervize jako přínos a zároveň prevence syndromu vyhoření u pracovníků poskytující službu:

Domov se zvláštním režimem

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	10	33,3 %
NE	19	63,3 %
NEVÍM	1	3,3 %

Tabulka č.7 B: Supervize jako přínos a zároveň prevence syndromu vyhoření u pracovníků poskytující službu:

Domov pro seniory

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	7	23,3 %
NE	16	53,3 %
NEVÍM	7	23,3 %

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjištění, zda vnímají pracovníci obou služeb supervizi jako přínosnou. Podle výsledků ve výše uvedené tabulce považuje 19 (63 %) dotázaných pracovníků v přímé péči poskytující službu Domov se zvláštním režimem supervizi za nepřínosnou. Naopak 10 respondentů (33 %) supervizi považuje za přínosnou a pouze 1 (3 %) z dotazovaných nedokáže posoudit.

Pracovníci poskytující službu Domov pro seniory uvedli supervizi jako nepřínosnou v 16 (53%) případech. Za přínosnou považuje supervizi 7 dotazovaných (23 %). Stejný počet respondentů nedokáže posoudit, zda považují supervizi za přínosnou nebo nepřínosnou.

Shrnutí dílčího cíle 4:

Pracovníci obou služeb nepovažují supervizi, kterou absolvují v Domově pro seniory U Kostelíčka v Pardubicích jako podporu prevence syndromu vyhoření. Otázkou je, zda by se vedení Domova pro seniory U Kostelíčka nemělo zamyslet nad kvalitou jimi organizované supervize.

5.6.5 Interpretace dotazníku-DC 5

Zjistit, zda pracovníci v sociálních službách v Domově pro seniory v Pardubicích umí čelit syndromu vyhoření svými volnočasovými aktivitami.

Tabulka č.8: Umíte oddělit pracovní povinnosti od osobního života?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	44	66,6 %
SPÍŠ NE	16	26,6 %
NE	0	0 %

Tabulka č.9: Jaké volíte koníčky v osobním životě?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Četba	27	45 %
Návštěva divadla, kina	14	23,3 %
Sport	18	30 %
Cestování	21	35 %
Pokud jiné, jaké	28	46,6 %

V pátém dílčím cíli jsem zjišťovala, jaké vlastní možnosti prevence před syndromem vyhoření zaměstnanci Domova pro seniory v Pardubicích používají. Na otázku, zda umí oddělit pracovní povinnosti od osobního života měli odpovídat **ANO**, **SPÍŠ NE**, **NE**. V druhé otázce jsem se respondentů ptala, jaké volí koníčky ve svém osobním životě. Dotazovaní mohli zaškrtnout více možností. Pátý dílčí cíl jsem již nedělila na jednotlivé služby.

Shrnutí dílčího cíle 5:

Pracovní povinnosti od osobního života umí oddělit 44 dotázaných (67 %). Z celkového počtu tázaných zaměstnanců, neumí spíše oddělit pracovní povinnosti od osobního života 16 (27 %) respondentů. Předpokládala jsem, že nejvyšších výsledků z výše uvedené

nabídky koníčků v osobním životě dosáhne odpověď „jiné“ a dotazovaní uvedou, jak nejradyji tráví svůj volný čas. Předpoklad potvrdil fakt, 47 % dotázaných zvolila odpověď „jiné“ a uvedla vycházky se psem a rodinu. Další zálibou je četba, kterou tráví svůj volný čas 45 % dotázaných. Cestování je koníčkem pro 35 % respondentů. Sportovní aktivitu jako výplň volného času volí 30 % dotázaných. Návštěvu divadla, kina či jiného kulturního zařízení uvádí 23 % zúčastněných. Samotnou mne překvapilo, že v odpovědi „jiné“ pouze 3 respondenti uvedli svou zálibu v ručních pracích.

Závěr

V předložené bakalářské práci jsem se zabývala problematikou syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách v Domově pro seniory U Kostelíčka v Pardubicích. Syndrom vyhoření a jeho negativní důsledky jsou u pomáhajících profesí aktuálním tématem.

Zajímalo mne, zda si pracovníci uvědomují nebezpečí vzniku syndromu vyhoření a jsou schopni tomu čelit. Například využíváním svého volného času k aktivitám, které dávají možnost aktivního psychického odpočinku. Dále jsem si položila otázku, do jaké míry je supervize jako nástroj prevence syndromu vyhoření pro pracovníky přínosná. Pracovníky v sociálních službách jsem si rozdělila dle poskytované služby, a to domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Porovnáním výsledků výzkumu jsem zjišťovala míru syndromu vyhoření u pracovníků v přímé péči obou služeb, což bylo zároveň cílem mé bakalářské práce.

Domnívám se, že zpracování tohoto tématu je velkým přínosem pro můj profesní život, protože u pomáhajících profesí je riziko vzniku syndromu vyhoření velmi vysoké. Považuji za velice důležité a nutné se tématem dále zabývat, například správně zvoleným seminářem pro naše pracovníky.

V teoretické části jsem nejprve popsala základní informace, jako je pojem syndromu vyhoření, rizikové faktory, symptomy a vhodnou diagnostiku. V druhé kapitole jsem se věnovala prevenci na straně jednotlivce i na straně organizace, supervizi a léčbě syndromu vyhoření. V třetí kapitole bakalářské práce popisuji Domov pro seniory U Kostelíčka v Pardubicích, který poskytuje dva druhy pobytových sociálních služeb, personální obsazení v zařízení, dále popisuji profesi pracovníka v přímé obslužné péči.

V praktické části jsem na základě výzkumu zjišťovala, kdo je více ohrožen syndromem vyhoření, zda pracovníci v sociálních službách poskytující službu Domov pro seniory nebo službu Domov se zvláštním režimem. Hlavní cíl jsem rozdělila do pěti dílčích cílů. Prvním dílčím cílem bylo za použití standardizovaného dotazníku BM zjištění míry syndromu vyhoření u jednotlivých pracovníků obou služeb. Druhý dílčí cíl měl zjistit, zda pracovníci v sociálních službách mají povědomí o syndromu vyhoření. Třetím dílčím cílem zjišťuji, které zátěže považují pracovníci v sociálních službách za nejvíce zátěžové. Čtvrtý dílčí cíl zjišťuje, zda pracovníci vnímají supervizi za přínosnou. A poslední pátý

dílčí cíl zkoumá, zda pracovníci v sociálních službách umí čelit syndromu vyhoření svými volnočasovými aktivitami.

Pro svůj výzkum jsem zvolila kvantitativní metodu, přesněji metodu dotazníkového šetření. Domnívám se, že zvolená metoda byla vhodná a provedený výzkum mi poskytl odpovědi na stanovené cíle.

V prvním dílčím cíli výsledky získané z dotazníku BM ukázaly minimální rozdíl mezi jednotlivými službami, přesto je zřejmé, že více ohroženi jsou pracovníci v sociálních službách poskytující službu domov se zvláštním režimem. Domnívám se, že vyhodnocení dopadlo pozitivně, protože většina dotazovaných obou služeb se dostala do kategorie, kde se syndrom vyhoření vylučuje. K standardizovanému dotazníku jsem připojila otázky týkající se věku a délky praxe a dle výsledku výzkumu nelze jednoznačně určit, zda věk a délka praxe ovlivňuje syndrom vyhoření.

Z druhého dílčího cíle jsem zjistila, že přibližně 90 % dotazovaných pracovníků v sociálních službách obou služeb ví a umí definovat pojem syndrom vyhoření. Přibližně 10 % dotazovaných si není jista, zda by uměli syndrom vyhoření definovat. Z mého pohledu je velmi pozitivní zjištění, že by žádný z respondentů nedokázal syndrom vyhoření definovat.

V třetím dílčím cíli zjišťuji, kterou zátěž považují pracovníci v sociálních službách za nejčastěji zátěžovou. Výsledek ukázal u obou služeb jako největší zátěž trpícího klienta. Domnívám se, že pro pomáhající profese je psychicky velmi náročné pečovat o klienta, který trpí ať už samotou, ztrátou blízké osoby, nevléčitelnou nemocí, bolestí atd. Dále jsem výzkumem zjistila, že pracovníci poskytující službu domov pro seniory považují jako jednu z dalších zátěží komunikaci s příbuznými klientů. Musím konstatovat, že vedení DPS pořádá v letošním roce na toto téma seminář, přednášející je PhDr. Martina Venglářová, která se mimo jiné zabývá syndromem vyhoření. Mezi další zátěže uvádí pracovníci obou služeb velkou fyzickou zátěž. U pracovníků poskytující službu domov se zvláštním režimem výsledky ukázaly komunikaci s agresivním, dementním klientem jako jednu z dalších situací, kterou považují za zátěžovou. Jelikož jsou pracovníci poskytující službu domov se zvláštním režimem v přímé péči s duševně nemocnými náleží jim dodatková dovolená v trvání 5 dnů za kalendářní rok.

Z čtvrtého dílčího cíle jsem zjistila fakt, že pro většinu pracovníků obou poskytovaných služeb je supervize nepřínosná. Tudíž supervizi nepovažují jako podporu prevence

syndromu vyhoření. Domnívám se, že by vedení Domova pro seniory v Pardubicích mělo zvážit kvalitu jimi organizované supervize a případně zvážit výměnu supervizora.

V pátém dílčím cíli zjišťuji, zda pracovníci v sociálních službách umí oddělit pracovní povinnosti od osobního života. Moje hypotéza se potvrdila, že většina respondentů pracovní povinnosti dělí od osobního života. Poslední otázku, kterou jsem položila dotazovaným byla, které koníčky volí ve svém volném čase. Měli možnost zaškrtnout více možností. Nejvíce dotázaných 47 %, považuje vycházky se psem a čas strávený s rodinou za svého koníčka a zároveň jako prevenci syndromu vyhoření. Dalším z oblíbených koníčků je četba a to u 45 % tázaných. Domnívám se, že správně zvolená záliba, ať už cestování či návštěva divadla nebo kina a jiné, je nejlepší možná vlastní prevence syndromu vyhoření.

Většina z nás již v rodině poznala, jak náročné je postarat se o nemocného starého člověka a jak složité je vyrovnat se s jeho smrtí. Málokdo si však umí představit, jak složité a náročné je v tomto prostředí dlouhodobě a se vší zodpovědností pracovat. Domnívám se, že je velice důležité o problému syndromu vyhoření, který je bohužel ještě stále podceňován hovořit a seznamovat širokou veřejnost s problematikou u pomáhajících profesí. Studie ukazují, že již alespoň v odborných kruzích, se na syndrom vyhoření už nahlíží jako na závažný a svou nenápadností nebezpečný psychický problém. Jsme teprve na začátku dlouhé cesty výzkumu, kterou je potřeba zodpovědně a spolehlivě prozkoumat. Domnívám se, že prvním zásadním činem ze strany organizace nejen pro pracovníky v přímé péči, ale i pro ostatní zaměstnance by měla být větší prevence syndromu vyhoření.

Použitá literatura:

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdrav. oborů, 2006. ISBN 80-701-3439-9.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 8024601397.

GIDDENS, Anthony, SUTTON, Philip W., ed. *Sociologie*. Praha: Argo, 2013. ISBN 978-80-257-0807-1.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-x.

HAWKINS, Peter a Robin SHOHET. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004. 33,62 s. ISBN 80-7178-715-9.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

HILL, Grahame. *Moderní psychologie: hlavní oblasti současného studia lidské psychiky*. Praha: Portál, 2004. 119 s. ISBN 80-7178-641-1.

HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Vyd. 2. V Praze: Vyšehrad, 2015. 19,20, 21 s. ISBN 978-80-7429-552-2.

JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.

KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál, 2007. 10 s. ISBN 978-80-7367-299-7.

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. 7,8,18,19 s. ISBN 80-7071-231-7.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 104 s. ISBN 80-7367-181-6.

KRAHULOVÁ, Katarina. *Stres a syndrom vyhoření*. Sociální služby. 2010. roč. 12, č.12, s. 22-24. ISSN 1803-7348

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. Sestra (Grada). ISBN 8024707845.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. 65,66 s. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-573-3.

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

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. 113 s. ISBN 8071787744

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 59, 288 s. ISBN 80-717-8548-2.

PRAŠKO, Ján. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. Praha: Grada, 2003. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0185-5.

STIBALOVÁ, K. Co je to Burnout syndrom in Sociální služby. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 10/2010, Tábor. ISSN 1803-7348.

STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. 11, 23 s. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5

TOŠNEROVÁ, T., TOŠNER, J. Burn-Out syndrom. Syndrom vyhoření. Pracovní sešit pro účastníky kurzů. Praha: Hestia, 2002. 8 s.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. 80,86,87 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

Legislativa:

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotních povoláních

Internetové zdroje:

Kognitivně-behaviorální terapie. Centrum psychoterapie [online]. 2010 [cit.2016-12-26]. Dostupné z [http:// www.centrumpsychoterapie.cz](http://www.centrumpsychoterapie.cz)

Standart č. 1 Domov pro seniory: Domov pro seniory U Kostelíčka Pardubice. Sociální služby města Pardubic [online]. 2013 [cit.2016-12-03]. Dostupné z: <http://www.smpce.cz/doc/s1dpsk.pdf>

Standart č. 1 Domov pro seniory: Domov se zvláštním režimem U Kostelíčka Pardubice. Sociální služby města Pardubic [online]. 2013 [cit.2016-12-03]. Dostupné z: <http://www.smpce.cz/doc/s1dpsk.pdf>

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Transformace cílů

Tabulka č. 2 A.: Naměřené hodnoty BM u pracovníků poskytující službu DPS

Tabulka č. 2 B: Naměřené hodnoty BM u pracovníků poskytující službu DZR

Tabulka č. 3 A: Výsledné hodnoty BM v porovnání s věkem služby DZR

Tabulka č. 3 B: Výsledné hodnoty BM v porovnání s věkem služby DPS

Tabulka č. 4 A: Délka praxe v zařízení v porovnání s výslednou hodnotou BM služby DZR

Tabulka č. 4 B: Délka praxe v zařízení v porovnání s výslednou hodnotou BM služby DPS

Tabulka č. 5 A: Dokázali byste definovat pojem syndrom vyhoření služba DZR

Tabulka č. 5 B: Dokázali byste definovat pojem syndrom vyhoření služba DPS

Tabulka č. 6 A: Nejčastější zátěže pro pracovníky poskytující službu DZR

Tabulka č. 6 B: Nejčastější zátěže pro pracovníky poskytující službu DPS

Tabulka č. 7 A: Supervize jako přínos a zároveň prevence syndromu vyhoření u pracovníků poskytující službu DZR

Tabulka č. 7 B: Supervize jako přínos a zároveň prevence syndromu vyhoření u pracovníků poskytující službu DPS

Tabulka č. 8: Umíte oddělit pracovní povinnosti od osobního života

Tabulka č. 9: Jaké volíte koníčky v osobním životě

Seznam příloh

Příloha A – Dotazník

Příloha B – Vyplněný dotazník

Příloha A

Vážené respondentky, vážení respondenti,

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníku, který se skládá ze dvou částí. Dotazníky poslouží jako podklad pro Bakalářskou práci na téma „Syndrom vyhoření u pracovníků přímé obslužné péče v Domově pro seniory v Pardubicích“.

První část Vám poslouží jako pomůcka ke zjištění, zda Vás méně či více ohrožuje syndrom vyhoření. Jedná se o standardizovaný dotazník BM (Burnout Measure) psychického vyhoření. Pokuste se vyplnit dotazník tak, jak cítíte, že se věci opravdu mají. Dotazník se skládá z 21 otázek, u každé otázky prosím označte vpravo, jak často jste měli následující pocity za poslední 3 měsíce.

V druhé části dotazníku u otázek č. 5,6,11 zaškrtněte maximálně čtyři odpovědi. Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Účast ve výzkumu je anonymní a dobrovolná.

Děkuji za spolupráci.

Novotná Gabriela

Dotazník BM-syndrom vyhoření		Odpověď						
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Otázka		nikdy	jednou za čas	zřídka kdy	někdy	často	obvykle	vždy
1.	Byl/a jsem unaven/a							
2.	Byl/a jsem v depresi(tísni)							
3.	Prožíval/a jsem krásný den							
4.	Byl/a jsem tělesně vyčerpán/a							
5.	Byl/a jsem citově vyčerpán/a							
6.	Byl/a jsem šťasten/a							
7.	Cítil/a jsem se vyřízen/a(zničen/a)							
8.	Nemohl/a jsem se vzchopit a pokračovat dále							
9.	Byl/a jsem nešťastný/a							
10.	Cítil/a jsem se uhoněn/a a utahán/a							
11.	Cítil/a jsem se jako by uvězněn/a v pasti							
12.	Cítil/a jsem se jako bych byl/a nula							
13.	Cítil/a jsem se utrápen/a							
14.	Tížily mne starosti							
15.	Cítil/a jsem se zklamán/a a rozčarován/a							
16.	Byl/a jsem slab/a a na nelepší cestě k onemocnění							
17.	Cítil/a jsem se beznadějně							
18.	Cítil/a jsem se odmítnut/a a odstrčen/a							
19.	Cítil/a jsem se plný/a optimismu							
20.	Cítil/a jsem se plný/a energie							
21.	Byl/a jsem plný/a úzkostí a obav.							

Vyhodnocení dotazníku

Nejdříve vypočítáme položku (A) a to tak, že sečteme hodnoty, které jsou uvedeny u otázek číslo: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 21. $A =$

Položku (B) vypočítáme tak, že sečtete hodnoty, které jste uvedli u otázek číslo: 3, 6, 19 a 20. $B =$

Položku (C) vypočítáme tak, že odečteme od hodnoty 32 položku B, tj.

$$C = 32 - B \quad C =$$

Vypočítejme položku D a to tím, že sečteme hodnoty (A) a (C), tj. $D = A + C \quad D =$

Celkové skóre (BQ) vypočítáme následovně, že (D) dělíte číslem 21, tj. $BQ = D : 21$

$BQ =$ je hodnota vašeho psychického vyhoření změřená metodou BM.

Za předpokladu upřímného vyplnění je možné hodnotit celkový výsledek z hlediska psychologie zdraví jako dobrý, je-li výsledná hodnota $BM = 2$ a nižší. Je-li $BM =$ až 3, hodnotíme stav jako uspokojivý. Výsledná hodnota BM mezi 3,0 a 4,0 odborníci doporučují zamyslet se nad životem a prací, nad stylem a smysluplností vlastního života. Doporučují ujasnit si žebříček hodnot, tj. toho, oč nám v životě jde, co klademe na první, druhé, třetí a další místo v systému životních cílů nebo hodnot, a to nejen teoreticky, ale i zcela prakticky. Je-li celkový výsledek $BM = 4,0$ až 5,0 je možno považovat přítomnost syndromu psychického vyčerpání za prokázanou. V tomto případě je již nutno něco proti tomu dělat, aby vše nekončilo tak, jak bychom nikdy nechtěli dopadnout. Je dobré obrátit se v tomto případě na psychoterapeutické středisko či na určitého psychoterapeuta. Je-li výsledek vyšší nežli $BM = 5,0$ je třeba jej považovat za havarijní signál. Je třeba jednat a neotálet. Znamená to okamžitě se obrátit na nejbližšího klinického psychologa či psychoterapeuta. (Křivohlavý, 1998).

Dotazník č.2

- 1. Uved'te prosím Váš věk a pohlaví?**

- 2. Pracujete v sociálních službách, které poskytují sociální službu**
 - a) Domov pro seniory
 - b) Domov se zvláštním režimem

- 3. Uved'te délku praxe v zařízení DPS U Kostelíčka**

- 4. Dokázali byste definovat pojem „syndrom vyhoření“?**
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

- 5. Kterou situaci ve vztahu s klienty považujete za nejvíce zátěžovou?**
 - a) úmrtí klienta
 - b) chronicky nemocný klient
 - c) trpící klienti (bolestí, smutkem, samotou)
 - d) komunikace s agresivním, dementním klientem
 - e) netrpěliví klienti

- 6. S jakými zátěžemi se na svém pracovišti setkáváte nejčastěji?**
 - a) úmrtí klienta
 - b) chronicky nemocný klient
 - c) trpící klient
 - d) netrpělivý klient
 - e) komunikace s agresivním, dementním klientem
 - f) komunikace s příbuznými klientů
 - g) malá nebo žádná podpora od nadřízených
 - h) nedostatečná komunikace mezi personálem
 - i) málo personálu
 - j) velká fyzická zátěž
 - k) více administrativní práce, spěch
 - l) nedostatek času na pravidelnou stravu a pitný režim

- 7. Pokud dojde k nějaké zátěžové situaci na pracovišti, jakým způsobem ji v rámci kolektivu řešíte?**
- a) sami mezi sebou
 - b) řešíme s nadřízeným
 - c) neřešíme
 - d) v rámci supervize
- 8. Považujete supervizi za prevenci syndromu vyhoření?**
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
- 9. Jak hodnotíte přínos supervize?**
- a) Měla pro mne přínos
 - b) Nevím nedokážu posoudit
 - c) Nepřínosná
- 10. Umíte oddělit pracovní povinnosti od osobního života?**
- a) Ano
 - b) Spíše ne
 - c) Ne
- 11. Jaké volíte koníčky v osobním životě?**
- a) Četba
 - b) Návštěva divadla, kina
 - c) Sport
 - d) Cestování
 - e) Pokud jiné, uveďte jaké