

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Syndrom vyhoření u pracovníků pečujících o seniory

Bc. Lucie Rybyšarová

vedoucí práce: MUDr. Ilona Divácká, MBA

Praha 2011

Prague college of psychosocial studies

Burnout syndrome in elderly care nursing staff

Lucie Rybyšarová

The Diploma Thesis Work Supervisor: MUDr. Ilona Divácká, MBA

Prague 2011

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením MUDr. Ilony Divácké, MBA za použití pouze těch literárních a internetových zdrojů, které jsou uvedeny v příloženém seznamu.

V Praze 10. července 2011

.....
Podpis autorky

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Iloně Divácké za metodické vedení a odborné rady, kterými přispěla k vypracování mé diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala všem pečujícím, kteří svou spoluprací přispěli ke vzniku této práce.

Děkuji své rodině za trpělivost, kterou se mnou měli po celou dobu mého psaní.

ANOTACE

Předkládaná diplomová práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření u pracovníků pečujících o seniory. Cílem práce je zjistit míru vyhoření u pracovníků v přímé práci s klientem v pobytových sociálních službách. Dále zjistit, zda výskyt tohoto syndromu ovlivňuje délka práce se seniory, pracovní pozice pečujícího či úroveň dosaženého vzdělání.

V teoretické části práce je popisováno stáří, pobytové služby pro seniory a hlavní téma tedy syndrom vyhoření. Zde je popsán nejen samotný syndrom, ale i jeho fáze, příznaky, možné aspekty vzniku, prevence i léčba.

Klíčová slova

Stáří, pobytové sociální služby, pracovník v sociálních službách, zdravotní sestra, syndrom vyhoření.

EXECUTIVE SUMMARY

This thesis deals with burnout syndrome in elderly care nursing staff. The aim of this work is to evaluate the burnout degree of the workers who are directly in charge of taking care of the clients in social welfare services. Furthermore, the influence of the length of work with the old people, the position of the employees or the educational background of the workers on the incidence of burnout syndrome is examined

Ageing, social welfare services and the main topic, the burnout syndrome, are set forth in the theoretical part of the work. The description is not limited to the syndrome itself but also its stages, symptoms, predictors, prevention and therapy.

Keywords

Age, social welfare services, social employee, nurse, burnout syndrome

OBSAH

1	Stáří	10
1.1	Věková periodizace	11
2	Pobytové sociální služby určené pro seniory	13
2.1	Domovy pro seniory	13
2.2	Základní činnosti	14
3	Burnout	15
3.1	Historické souvislosti	15
3.2	Pojem burnout	16
3.3	Fáze burnout syndromu	17
3.3.1	Fáze vyhoření dle Christiny Maslach	17
3.3.2	Fáze syndromu vyhoření dle Tošnerových	18
3.4	Příznaky syndromu vyhoření	19
3.4.1	Pohled medicínský	20
3.4.2	Pohled sociální	20
3.4.3	Pohled psychologický	21
3.4.4	Symptomy Burnout z pohledu jedince	21
3.5	U koho se může syndrom vyhoření projevit	22
3.6	Nejvíce ohrožené profese	24
3.7	Pracovní a organizační podmínky ve vztahu k syndromu vyhoření	25
3.8	Zanedbávání a týrání seniorů (elder abuse).....	28
3.9	Požadavky na profesionály.....	29
3.9.1	Kvalifikační požadavky na pracovníky v sociálních službách.....	29
3.9.2	Kvalifikační požadavky na zdravotní sestry	31
3.10	Možné aspekty vzniku syndromu vyhoření	33
3.11	Povinnosti klientů a práva pracovníků	35
3.12	Prevence syndromu vyhoření aneb péče o pečující	37
3.13	Terapie.....	39
4	Metody zkoumání.....	40
4.1	Hypotézy	40
4.2	Maslach Burnout Inventory jako metoda	41
4.3	Postup při získávání dat.....	42
5	Aplikace tématu na soubor respondentů	43
5.1	Statistika dotazníků	43
5.1.1	Věk respondentů.....	43
5.1.2	Pohlaví respondentů	44
5.1.3	Délka práce se seniory.....	45
5.1.4	Typ práce respondentů	45
5.1.5	Dosažené vzdělání respondentů	46
5.1.6	Informovanost o Burnout syndromu	47
5.1.7	Burnout syndrom u kolegů	52
5.2	Statistika vyhoření respondentů	54
5.2.1	Celková statistika vyhoření	54
5.2.2	Srovnání pozice sestry a pečovatelky.....	55
5.2.3	Vliv délky práce se seniory na vyhoření	58
5.2.4	Vliv dosaženého vzdělání na míru vyhoření	61
6	Diskuse	66
7	Závěr.....	68

Úvod

Předkládaná diplomová práce se zabývá syndromem vyhoření u pracovníků, kteří pečují o seniory.

Syndrom vyhoření je pojem, se kterým se setkal snad každý. Asi každý má představu o tom, že může postihnout lékaře nebo sestřičky v nemocnici, či někde jinde. Jen málokdo z nás si připustí, že syndrom vyhoření může postihnout kohokoliv z nás. Rostou nejen pracovní požadavky, ale i dlouhodobý stres a jiné zátěžové faktory. Každý z nás se s nimi vyrovnává po svém.

Toto téma jsem si zvolila především proto, že sama již řadu let pracuji se seniory v sociálních pobytových službách a toto téma mne zajímá. Sama si někdy velmi těžce udržuji hranice, a proto jsem se rozhodla, že se na toto téma podrobněji zaměřím. Vzhledem k tomu, že pracuji jako vedoucí pracovnice, zamýšlím se nad tím, co mohu pro své podřízené udělat, aby se jim dobře pracovalo. Na druhou stranu se snažím pozorovat jejich chování nejen vůči klientům, ale i vůči kolegům a snažím se jejich možné přepětí identifikovat.

V odborných časopisech pravidelně čtu články týkající se syndromu vyhoření a nejednou mě články překvapí. Moji kolegové pracují v oboru řadu let, někteří více než deset, zajímalo mě, jak oni na tom budou, zda mohou tolik let hořet a nevyhořet. Pracujeme se seniory žijícími v pobytových službách, tedy v domově pro seniory. Sama si myslím, že je to velmi náročné, neboť nedochází u našich klientů k žádnému zlepšení kvality života. Nacházejí se na sklonku života, odchází ze svých bytů, kde prožili velkou část svého života, vychovali děti a nejednou se stěhují do dvoulůžkových pokojů, které přes veškerou snahu neposkytují potřebné soukromí. V domově je personál rozdělen na sociální úsek, kde krom sociálních pracovníků jsou i pracovníci přímé obslužné péče, tedy pečovatelé, a na zdravotní úsek, kde jsou především zdravotní sestry. Práci u lůžka vykonávají především pečovatelky a sestry. Jejich náplň práce je rozdílná, pouze v některých úkonech je společná, ale každopádně se musí velmi úzce doplňovat. Zajímalo mě proto, zda jsou na tom pracovníci přímé obslužné péče (dále v textu jen pečovatelky) a sestry jinak ve vztahu k syndromu vyhoření a zda míra jejich vzdělání ovlivňuje možnost vzniku tohoto syndromu.

Hlavním cílem mé práce je zjistit objektivní míru výskytu syndromu vyhoření u zkoumaného vzorku pracovníků a pokusit se zjistit, zda míra výskytu syndromu vyhoření je ovlivněna dalšími skutečnostmi, které byly v rámci mého výzkumu zkoumány (jako

například míra dosaženého vzdělání, pracovní pozice nebo délka práce se seniory). Zajímá mne také, zda pracovníci sami vědí, co je syndrom vyhoření, kdo je ohrožen vyhořením a jaké jsou jeho příznaky. Tyto znalosti jsou podle mého názoru důležité hlavně z hlediska správného sebehodnocení ve vztahu k syndromu vyhoření.

Zaměřila jsem se na pracovníky pečující o seniory, kteří využívají pobytové sociální služby Domovy pro seniory. V první části práce se zabývám stářím a pobytovými službami pro seniory, dále popisuji syndrom vyhoření, jeho obecnou charakteristiku, fáze, příznaky, rizikové skupiny, kvalifikační požadavky na pracovníky a možnou prevenci a terapii syndromu vyhoření.

V druhé části této práce jsou zhodnocena data získaná vyhodnocením vyplněných dotazníků. Pomocí těchto dat se snažím ověřit vliv různých skutečností, které byly zmíněny v jednom z předchozích odstavců, na četnost výskytu syndromu vyhoření.

1 Stáří

Z medií opakovaně slyšíme, že naše populace stárne. Tento jev se projevil i v lékařských oborech. Aby mohly být lépe naplněny specifické potřeby pacientů vyššího věku, vznikl speciální lékařský obor – geriatric. Tento obor si klade za cíl poznání, jaká jsou specifika seniorského věku, léčení, co by senioři měli jíst, pít, jak cvičit a aktivně žít. Stáří je přirozená součást našeho života, přesto je pro některé jedince těžké smířit se s vlastním stářím. Je to dané i naší kulturou. Například v Japonsku přistupují k starým lidem s hlubokou a upřímnou úctou a šedivé vlasy jsou pro Japonce symbolem životní zkušenosti.

Stárnutí má u člověka nejen stránku biologickou, kdy dochází ke změnám v organismu, které postupně vedou k jeho zániku, ale i stránku psychologickou a sociální. Vhodná fyzická a psychická aktivita může zpomalit biofyzilogické procesy stárnutí a prodloužit tak aktivní věk jedince.

Je dobré na tomto místě zdůraznit, že ve stáří se vše jen nezhoršuje, ale že lze nalézt i pozitivní body, jako je například zvyšování vytrvalosti zvláště pak v monotónní tělesné a duševní činnosti, zvyšuje se trpělivost a pochopení pro motivy jednání druhých a zlepšuje se rozvaha.

Malíková dokonce tvrdí, že jestliže člověk vyrovnaně přijme svůj věk a vychutnává si čas zasloužilého odpočinku a umí-li vyplnit volný čas k různým činnostem a projevuje-li dostatek pružnosti, pak může být období stárnutí velmi pozitivní a plnohodnotné období života. Stěžejní je, aby se jedinec dokázal adaptovat na změnu životního stylu, kterou si vyžadují jeho zdravotní stav a funkční schopnosti. Ovšem ne každý jedinec toto dokáže (MALÍKOVÁ, 2011).

Nalezení správné definice stáří si klade za cíl mnoho autorů. Například Haškovcová považuje za důležité rozlišit období, kdy je člověk pouze starší a odlišit ho od vyzrálého stáří. Autorka upozorňuje na to, že každý z nás stárne celý život a že v určitých oblastech života stárneme rychleji (HAŠKOVCOVÁ, 2011).

„Z praktických důvodů však můžeme hovořit o tom, že rané stáří reprezentují „mladí senioři“ a teprve od 75 let věku můžeme bez obav mluvit o skutečném stáří“ (cit. dle HAŠKOVCOVÁ, 2010, s. 20).

1.1 Věková periodizace

Mezi jednu ze základních charakteristik člověka je považován právě věk. Jde o důležitý ukazatel, nemá však vše vypovídající hodnotu (MALÍKOVÁ, 2011).

Domnívám se, že autorka zde poukazuje na to, že z údaje stáří člověka lze rámcově určit některé údaje o jedinci, ale tyto hodnoty jsou ve své podstatě nic neříkající. Myslím, že dobrým příkladem je věk malého dítěte. Pokud je dítěti jeden rok, každý má orientační představu o tom, co by dítě mělo umět, ale konkrétní individuum dítěte může umět něco navíc a naopak některé dovednosti ještě nezískalo. To samé je na druhém pólu lidského života a ze své praxe bych řekla, že zde mnohem více hodnota věku nic nevyovídá o jedinci. Dozvíme-li se o klientovi, že mu je 85 let, nemůžeme z této hodnoty určit jak je na tom fyzicky ani kognitivně.

Světová zdravotnická organizace počítá životní etapy po 15ti letech takto:

OD	DO	NÁZEV
30 let	44 let	Dospělost
45 let	59 let	Střední, zralý věk
60 let	74 let	Počínající, časně stáří
75 let	89 let	Senium, vlastní stáří
90 let	a více	Dlouhověkost

Tabulka 1 – Životní etapy dle WHO

(MALÍKOVÁ, 2011)

V praxi je však často za starého považován ten, kdo dosáhl důchodového věku. V různých zemích se tento věk mírně odlišuje, ale obecně lze říci, že je to okolo 65 roku života. Věkové pásmo, které považujeme za stáří, se postupně zvyšuje i s posouváním hranice, kdy odcházíme do důchodu.

Rozdělení na jednotlivá věková pásma je dobré k uvědomění si potřeb jednotlivých věkových skupin. Zatím co u mladších seniorů je potřeba zamýšlet se nad smysluplným

vyplněním volného času, u starších seniorů převládá vyřešení problému ztráty soběstačnosti (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

Vzhledem k tomu, že jsem svou práci nazvala Syndrom vyhoření u pracovníků pečujících o seniory, ráda bych na tomto místě podotkla, že v mé práci se jedná převážně o seniory nad 75 let, kteří žijí v domově pro seniory. Jejich hlavní starostí je tedy již zmiňovaná ztráta soběstačnosti a péče o tyto klienty tedy vyžaduje hlavně naplnění potřeby týkající se péče o vlastní osobu.

Je také dobré si uvědomit, že senioři žijící v pobytových sociálních službách mají často své děti ve věku časného stáří. Hovoříme-li tedy o dětech našich klientů, hovoříme tak často o lidech, kteří jsou v penzi. Jsou tedy také senioři, ale mají jiné potřeby, tento fakt je důležité mít na paměti při práci jak s klienty, tak s jejich rodinami.

Ještě jedna poznámka z mé praxe, naši dlouhověcí senioři pamatují obě světové války. Tato skutečnost vnáší další rozměr práce s těmito klienty. Válečná období, která prožili, se stále promítají do jejich životů. Vzpomínky, které si přinášejí a mají potřebu sdělovat, dávají specifický rozměr práci s touto generací. Někdy jsou to vzpomínky smutné, ale nesou v sobě moudrost a pokoru.

2 Pobytové sociální služby určené pro seniory

Zřizování zařízení sociálních služeb přesně definuje zákon o sociálních službách. Tento zákon taktéž definuje základní činnosti při poskytování sociálních služeb a jednotlivé služby sociální péče (MALÍKOVÁ, 2011).

Jak už jsem zmínila výše, sama pracuji v zařízení, které poskytuje službu Domovy pro seniory. Proto i tato práce je zaměřená na pracovníky této služby.

2.1 Domovy pro seniory

Zákon definuje domov pro seniory takto:

„Domovy pro seniory jsou pobytovou službou s celoročním provozem určenou pro seniory se sníženou soběstačností a s potřebou pravidelné pomoci v komplexní péči. Služba je určená především pro osoby, které vzhledem ke své neschopnosti postarat se o sebe nemohou dále setrvávat ve svém přirozeném sociálním prostředí“ (cit. dle MALÍKOVÁ, 2011, s. 45.)

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že Domov pro seniory není pouhým domovem a nezajišťuje tedy pouze ubytování a popřípadě i stravu, ale i péči, která je seniorovi zajišťována po celý den. Znamená to tedy, že personál je klientovi k dispozici 24 hodin denně. Z tohoto dle mého názoru mohou vyplynout větší rizika vzniku syndromu vyhoření pro pečující. Služby pečovatelů jsou v takovýchto zařízeních většinou 12ti hodinové. Na jednoho pracovníka připadá dle mé zkušenosti více než 10 klientů. Krom vlastní péče o klienty je pracovník na rozdíl od rodinného pečujícího zatížen i administrativní činností, znalostí dokumentů týkajících se služby a hrozbou inspekce kvality poskytování sociálních služeb. Toto jsou leckdy opomíjená fakta zvyšující stresovou zátěž pečujících profesionálů.

2.2 Základní činnosti

Zákon definuje základní činnosti poskytované v rámci služby Domovy pro seniory takto:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

(http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb. 3.7.2011)

Toto jsou základní činnosti tak jak je definuje zákon. Je zřejmé, že pod každou činností se skrývá celá řada každodenních úkonů. Ke každému klientovi se musí přistupovat individuálně a proto je celá škála možností, jak jednotlivé body zákona v rámci služby naplnit.

3 Burnout

3.1 *Historické souvislosti*

Slovo „burnout“ poprvé použil americký psychoanalytik německého původu v roce 1974 H. Freudenberger v časopise *Journal of Social Issues*. Jeho pojetí se v podstatě zachovalo až dodnes.

Fraudenberger označil jev, který už existoval, a dal mu název. Řada dalších odborníků ho pak začala zkoumat.

Termín burnout prošel řadou změn ve svém významu. Například byl používán pro stav lidí, kdy postižení zcela propadli alkoholu a o vše ostatní ztratili zájem. Později se termín používal pro toxikomany, kteří už mají na mysli pouze drogu, a nic jiného je nezajímá. Posléze se došlo k významu termínu pro lidi, kteří jsou tak zaujati svou prací, že vše ostatní je jim lhostejné. Pro tyto lidi se později našel termín workholici. Ve všech těchto případech můžeme najít určitý spojující prvek – zaujetí pro jednu věc a při výskytu těžkostí, překážek či neúspěchů stranění se druhých vedoucí k samotě, dále depresi a celkovému vyčerpání

Křivohlavý dále popisuje také to, že stav celkového vyčerpání, tedy syndrom vyhoření, byl rozpoznán již mnohem dříve. Setkat se s ním můžeme například už v Bibli, v knize Kazatel nebo v příběhu proroka Eliáše. Ve starověké literatuře nalezneme fenomén totálního vyčerpání v pověsti o Sysifovi. Jakmile byl syndrom vyhoření pojmenován a popsán a zjistilo se, že je to jev, který se vyskytuje v životě mnoha lidí, začala mu být věnována nemalá pozornost. Zejména v zahraniční literatuře, kde americký psycholog Faerber uveřejnil seznam 1500 odborných článků, knih a pojednání o jevu vyhoření. Během následujících 6 let bylo zveřejněno dalších 1500 odborných děl na téma burnout (KŘIVOHLAVÝ, 1998).

Přelom 70. a 80. let 20. století byl spjat s rozsáhlými výzkumy v oblasti burnout syndromu. Zkoumaly se především prediktivní faktory ovlivňující rozvoj syndromu vyhoření a možnosti sekundární prevence. Dnešní pohled na syndrom vyhoření vychází z poznatků získaných v letech minulých.

Syndrom vyhoření lze vnímat z několika pohledů. Prožívání a životy lidí ovlivňují i politické faktory. Vzhledem k tomu, že naše země prožila převrat, týká se jí následující citace. Osobně si myslím, že i předtím byli lidé vyhořelí, ale rozhodně nebyla tomuto tématu věnována taková pozornost. Nicméně toto je pouze můj názor, neboť jsem v té době byla příliš malá na to, abych mohla situaci předtím a potom objektivně posoudit.

„Burnout syndrom se nyní jako relativně nový fenomén objevuje především v zemích, procházejících od přelomu 80. a 90. let 20. století rozsáhlými transformačními změnami, kde vyhoření rozšiřuje okruh problémů souvisejících se zvládnutím stresu občanů, vyrovnávajících se s důsledky těchto transformačních kroků“ (cit. dle KEBZA A ŠOLCOVÁ, 2003, s.8).

3.2 Pojem burnout

„Syndrom vyhoření lze popsat jako duševní stav objevující se často u lidí, kteří pracují s jinými lidmi a jejichž profese je na mezilidské komunikaci závislá. Tento stav ohlašuje celá řada příznaků: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně i tělesně unavený. Má pocity bezmoci a beznaděje, nemá chuť do práce, ani radost ze života“ (cit. dle TOŠNER A TOŠNEROVÁ, 2002, s. 4).

Na této citaci si cením, že je zde zmíněná mezilidská komunikace. Je to tolik důležitý nástroj pomáhajícího a právě tento nástroj často neladí a vznikají nedorozumění. V případě, že je člověk opravdu velmi vyčerpán, je pochopitelné, že už nemá sílu a ani chuť nástroj vyladit a celý problém se tím jen prohlubuje. Tento fakt bychom si měli uvědomit a naučit se správně komunikovat a stále se v této oblasti zdokonalovat.

„Vyhoření by se dalo také definovat jako postupující ztráta idealismu a energie“ (cit. dle Minibergerová a Dušek, 2006, s. 38).

Řada autorů popisuje syndrom vyhoření z různých pohledů a popisuje řadu příznaků. Kebza a Šolcová shrnují názory odborníků do několika společných bodů. Toto shrnutí se mi zdá výstižné, a proto je na tomto místě uvádím.

1. Jedná se hlavně o psychický stav, kdy jedinec prožívá vyčerpání
2. Objevuje se hlavně u lidí, kteří pracují v určitých profesích. Jde o profese, kde důležitou část pracovní náplně tvoří práce s lidmi
3. Symptomy lze popsat hlavně v oblasti psychické, ale i fyzické a sociální
4. Podstatnou složkou syndromu je pravděpodobně emoční i kognitivní vyčerpání a pocit opotřebením, jedinec se cítí i celkově unaven
5. Jednotlivé projevy vycházejí z chronického stresu
(KEBZA a ŠOLCOVÁ, 2003)

3.3 Fáze burnout syndromu

Vyhoření není stálý neměnný stav, nýbrž se jedná o neustále vyvíjející se proces, který prochází několika fázemi. Jak uvádí Křivohlavý ve své knize dle Christiny Maslach jsou to čtyři fáze

3.3.1 Fáze vyhoření dle Christiny Maslach

- I. fáze – prvotní nadšení a zaujetí pro věc, které jsou spojovány s dlouhodobým přetěžováním
 - člověk se vrhá do práce s ochotou, práce se mu může stát nejdůležitější součástí života, je patrné velké nadšení
- II. začíná se objevovat psychické a částečně i fyzické vyčerpání
 - člověk si ani nemusí uvědomit, že vykonává práci nad rámec svých kompetencí, či možností
- III. nastupuje dehumanizovaná percepce okolí, která slouží jako obranný mechanismus před prohlubováním vyčerpání
 - objevuje se vystřízlivění, uvědomění si, že ne každému lze pomoci
 - poděkování či pochvalu člověk slyší málokdy, práce zevšedňuje
 - člověk se ptá po smyslu práce
 - hledá uspokojení v zálibách, rodině, ale může se stát, že ani zde nenachází odpočinek a přítomnost druhých mu je na obtíž a vzbuzuje v něm nepříjemné pocity
- IV. totální vyčerpání, negativismus, nezájem o okolí a lhostejnost

- řada lidí mění zaměstnání (návrat do fáze I.), v horším případě zůstávají ve svém zaměstnání dál

(KŘIVOHLAVÝ, 1998)

3.3.2 Fáze syndromu vyhoření dle Tošnerových

Podobné avšak ne úplně stejné dělení jednotlivých fází popisují Tošnerovi, zdůrazňují, že k tomu, aby člověk vyhořel, musí na něj dlouhodobě působit stres. Zároveň je to výsledek, toho, že se jedinec nevhodně vypořádává s psychickou i fyzickou zátěží. Lidé, kteří jsou dlouhodobě vystavení trvalé zátěži v oblasti sociálně emocionální, trpí chronickým stresem.

Fáze vedoucí až k syndromu vyhoření mohou být různě dlouhé a celý proces většinou trvá několik měsíců až let (TOŠNER A TOŠNEROVÁ, 2002).

Jednotlivé fáze

- NADŠENÍ: velké představy, vysoká zanícenost
- STAGNACE: představy se nedaří uskutečňovat, mění se jejich zaměření. Začínají nás zatěžovat potřeby klientů, jejich blízkých i nadřízených.
- FRUSTRACE: profesionál vnímá klienta negativně, zaměstnání nenaplnuje jeho očekávání
- APATIE: profesionál si s klientem nerozumí, pracovník se vyhýbá odborným rozhovorům s kolegy i jakýmkoliv aktivitám
- SYNDROM VYHOŘENÍ: nastala etapa úplného vyčerpání – ztráta smyslu povolání, cynismus, odosobnění, odcizení

(TOŠNER A TOŠNEROVÁ, 2002)

3.4 Příznaky syndromu vyhoření

Pojem syndrom vyhoření používáme všichni, rozumíme mu však stejně? Dle mého názoru se jedná o řadu symptomů nejen v oblasti psychické, ale i fyzické a sociální. Tyto symptomy si „vyhořelý“ jedinec může, ale nemusí uvědomovat, nebo je může bagatelizovat či jejich pravou příčinu přisuzovat něčemu jinému.

Křivohlavý shrnuje definice odborníků takto:

Nacházíme řadu negativních emocionálních příznaků, které jsou typické například pro stav emocionálního vyčerpání, únavy, deprese a další. Pozornost je upřena především na příznaky v chování lidí, v pozadí zůstávají somatické příznaky vyhoření. Burnout je popisován vždy v kontextu s nějakým povoláním. Vyhoření se projevuje u jinak psychicky zdravých jedinců, tím je míněno, že jsou jinak bez psychologické patologie, nejde tedy o psychopaty.

Pokles pracovní výkonnosti není způsoben nižší kompetencí, či nedostatečných pracovních schopností a dovedností, ale je způsoben negativními postoji a z nich vyplývajícím chováním (KŘIVOHLAVÝ, 1998).

Venglářová ve své knize popisuje první varovné příznaky. Myslím si, že s vyjmenovanými body se někdy setkal každý, kdo pracuje v pomáhající profesi. Dle mého názoru je důležité, aby se každý sám občas podíval sám do sebe vnitřním pohledem a zjistil tak, jak na tom doopravdy je. Je důležité být sám k sobě upřímný. Mezi výše zmíněné příznaky patří:

- Pomáhající pochybuje o významu a smyslu své práce a má pocit, že ji nezvládá
- Druzí z něho mají pocit, že je nervózní, nespokojený a podrážděný
- Jedny z prvních tělesných příznaků mohou být problémy se spánkem, bolesti hlavy, břicha, zad, strnutá šíje, menší odolnost vůči infekcím, problémy s krevním oběhem, kolísání váhy (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

Syndrom vyhoření nepostihuje pouze jednu část našeho já, ale postihne ho celé, ve všech rovinách. Proto je potřeba na syndrom vyhoření pohlížet jako na celek. Můžeme se na jeho příznaky, kterými se projevuje, dívat z několika úhlů. Musíme si však uvědomit, že některé mohou být zastoupeny více a některé méně. Některé příznaky nelze jasně zařadit do jedné nebo druhé skupiny, neboť ze své podstaty patří do obou.

3.4.1 Pohled medicínský

Do této kategorie bych zařadila všechny příznaky, které ovlivňují naše správné fyziologické procesy. K potlačení těchto příznaků užíváme léky, k hledání jejich příčiny často navštěvujeme lékaře. Tyto příznaky jsou velice zrádné, protože jim můžeme přičítat jiné pro nás objektivní důvody. Patří sem zejména:

- bolest hlavy a jiných částí těla
- náchylnost k nemocem
- poruchy trávení
- poruchy dýchání
- zvýšená únava
- poruchy spánku
- vysoký krevní tlak a jiné kardiovaskulární potíže
- svalová únava

3.4.2 Pohled sociální

Problematika z hlediska sociálního postihuje jedince ve vztahu k druhým lidem. Příznaky z této kategorie tedy může pozorovat okolí vyhořelého jedince, ať už jsou to blízcí, kamarádi, kolegové či klienti. Za nejdůležitější body považují následující:

- problémy v komunikaci
- konflikty v rodině
- konflikty na pracovišti
- stranění se druhým
- nezájem o další vzdělávání
- nezájem o hodnocení druhými lidmi

3.4.3 Pohled psychologický

Jedinec má pocit, že vynaložené úsilí neodpovídá výsledkům. Dalším faktorem je dlouhodobý stres. Příznaky v této oblasti jsou:

- podrážděnost
- poruchy soustředění
- úzkost, strach
- pocit, že moje práce nemá smysl, pocit bezmoci
- pocit vnitřního napjetí
- ztráta radosti ze života
- emocionální labilita či vyčerpanost
- únik do fantazie
- ztráta motivace
- objevuje se negativismus až cynismus

3.4.4 Symptomy burnout z pohledu jedince

Jiné dělení příznaků uvádí ve své knize Myron Rush. Dělí příznaky syndromu na vnitřní a vnější.

3.4.4.1 Vnější příznaky

Většinou se jedná o první známku toho, že s jedincem není něco v pořádku. Můžeme na druhém pozorovat:

- zvyšující se aktivitu, ale produktivita zůstává na začátku stejná
- podrážděnost
- fyzickou únavu
- neochotu riskovat

3.4.4.2 Vnitřní příznaky

Na začátku je lze vypořádat jen těžko a je těžší je určit. Tyto příznaky jsou však velmi důležitou součástí k stanovení diagnózy. Mezi tyto symptomy patří:

- ztráta odvahy

- ztráta objektivnosti
- emocionální vyčerpanost
- negativní duševní postoj (MYRON RUSH, 2004)

3.5 U koho se může syndrom vyhoření projevit

Na vniku syndromu vyhoření se mohou podílet dvě složky. Do první složky bychom mohli zařadit osobnostní nastavení pomáhajícího, jehož body jsou popsány níže. Podstatou je nadměrná motivace pomáhat a pečovat, která vede k nereálným představám o sobě i o příjemcích péče. Navíc silná potřeba pomáhat může navíc v sobě nést jisté egoistické potřeby a uspokojení touhy po moci.

Druhou složkou je prostředí, ve kterém vykonáváme povolání. Sem patří především charakter práce, nastavení systému a organizace práce (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

Mezi výše zmiňované osobnostní složky patří:

- u jedince, který byl zprvu nadšen svou prací, byl tvořivý, řídil a prožíval, časem u něho toto zanícení vyhaslo
- u jedince, který má ve zvyku na sebe klást neustále vysoké nároky (začíná to už při studiu, při sportu, pokračuje to i v zaměstnání)
- u jedince, který podává výkon nad možnostmi své kapacity, kompetencí, schopností a dovedností
- u jedince, který byl původně velice výkonný, produktivní a mimořádně tvořivý
- u jedince, který byl původně nejodpovědnější a nejpečlivější
- u tzv. perfekcionisty, který se snažil dělat vše co nejpřesněji a nejlépe
- u tzv. workholiků
- u jedince, který jako porážku bere svůj neúspěch
- u jedince, který se neumí ubránit neustále se zvyšujícím nárokům, které jsou na něho kladeny
- u jedince, který neumí dostatečně relaxovat a regenerovat své síly
- u jedince žijícího v dlouho trvajících mezilidských konfliktech
- u jedince s nedostatkem asertivity, hlavně pokud neumí použít zdravé „ne“
- u jedince, který dlouho bojuje s „větrnými mlýny“

- u jedince, který má tendenci dlouhodobě ze sebe více vydávat než přijímat
 - u jedince, který je řádně zaměstnán a k tomu doma pečuje o vážně nemocného blízkého – „bojuje na dvou frontách“
 - u pracovníků, kteří se ve své profesi setkávají s neúspěšnými, či málo úspěšnými zásahy
 - u jedince s fobickými charakteristikami osobnosti, které ho přivádějí do těžkých situací (např. jedinec posedlý nenormálním strachem)
 - u jedince s nutkavou nebo obsesivní poruchou osobností (neustále ho něco nutí dělat věci, které by dělat nemusel či dokonce neměl)
 - u jedince, kterému jde přehnaně o peníze nebo o moc
 - u jedince, který je posedlý přílišným soupeřením
 - u jedince s tzv. A typem osobnosti
 - u jedince s nahromaděním nadměrně obtížných životních podmínek
 - u jedince s příznakem uspěchanosti, který žije v neustálém časovém presu
 - u jedince, který na sebe příliš dlouho klade příliš velké nároky a není schopen je zdravě redukovat
 - u jedince, který stále pocítuje ohrožení kladného hodnocení sebe sama
- (KŘIVOHLAVÝ, 1998)

Každý z nás se jistě v některých z výše zmiňovaných bodech poznal. Nemyslím si, že to, že se v některém z bodů poznáme, by mělo znamenat, že nutně musíme vyhořet. Každý z nás je jedinečná osobnost a každý z nás jinak nakládá se svou energií a zátěží. Někdo umí dobře a účinně odpočívat, někteří z nás se to složitě učí i celý život.

Cesta k vyhoření je podle mého názoru velice složitá a připomíná mi Nohavicovu teorii alkoholického kopce, kterou autor popsal ve filmu Rok ďábla, a popisuje cestu stoupajícího pijana do kopce nahoru. Na vrcholu je bod takzvaného zvratu, kterého když dosáhne, následuje strmý pád dolů. Někdo pije celý život a stále stoupá, ovšem nikdo z nás neví, jak kdo máme ten kopec vysoký.

Je na každém z nás, abychom pečlivě sledovali vlastní potřeby a naslouchaly jim. Každý z nás by se měl naučit vnímat signály vlastního těla a neignorovat je. Je to tak jednoduché, ale ve skutečnosti to mnozí z nás neumí.

Jeden krátký příklad z mé praxe na koronární jednotce. Pacientkou byla paní podnikatelka středního věku, která byla přivezena rychlou záchrannou službou pro akutní srdeční obtíže. Lékaři zahájili intenzivní léčbu a nařídili pacientce klid na lůžku.

Ona si přesto vybalila mobil a začala „úřadovat“. Ani v tak vážné situaci se nedokázala zastavit a vyslechnout, o co jí vlastní tělo velmi důrazně žádá.

3.6 Nejvíce ohrožené profese

Tak jak již bylo zmíněno výše, na vzniku syndromu vyhoření se podílí více faktorů. Jeden z faktorů je charakter práce, proto je možné vytipovat povolání, ve kterých jsou pracovníci zmiňovaným syndromem více ohroženi. Jedná se o následující profese.

- lékař – obzvláště na oddělení jako je onkologie, ARO, JIP, neonatologie, LDN nebo hospic a jiné
- zdravotní sestra, laborantka
- pomocný zdravotnický personál – ošetřovatelka, pečovatelka
- psycholog a psychoterapeut
- sociální pracovníce
- poradci ve věcech sociální péče (o děti, dospívající, rodiny v krizi, vězně.)
- pedagog
- pracovník jednotky integrovaného záchranného systému – policista, hasič, záchranář
- pracovníci ve věznicích
- pracovníci pošt, zvláště ti, kteří pracují u přepážek a doručovatelé
- sociální kurátor
- duchovní – kněz, farář, kazatel, řeholnice
- poradci v organizačních věcech
- vedoucí pracovníci
- právník
- vedoucí letecké dopravy
- pilot a kabinový průvodčí
- telefonistky
- podnikatel a manažer
- vyjednavač
- úředník
- politik

(KŘIVOHLAVÝ, 1998)

3.7 Pracovní a organizační podmínky ve vztahu k syndromu vyhoření

Nelze opomenout fakt, že pomáhající, kteří pracují v pobytových sociálních službách, většinou pracují v třísměnném provozu. Slouží dvanácti hodinové denní i noční směny. Myslím si, že i takováto zátěž na lidský organismus může podpořit vznik syndromu vyhoření.

Práce na oddělení má pevně stanovené pracovní postupy, přesto se stává, že pracovníci musí řešit nepředvídatelné situace. Zdravotní stav klienta se může kdykoliv změnit a pracovníci musí být schopni na takovou situaci pohotově reagovat. Jindy je zase potřeba řešit provozní problémy.

Zde bych si dovolila uvést příklad ze své praxe.

Jednoho dne, kdy jsme na oddělení byli z důvodu dovolených a nemocí kolegů oslabení o jednoho pracovníka na službu, jsme ráno zjistili, že neteče teplá voda. Obešli jsme tedy klienty a vysvětlili jim, že koupání proběhne pravděpodobně odpoledne, až nám opraví bojler. Jako vedoucí jsem zajistila opravu bojleru a odpoledne se mohli klienti vykoupat. Po mém odchodu z práce mi volaly kolegyně, že v celém domě nejde elektřina, nejede tedy výtah, klienti jsou na terase a mají zrovna začít servírovat večeři. Zjistila jsem, že výpadek proudu je v celém okolí a neví se, jak dlouho potrvá. Kolegyně tedy musely vynosit večeře do pater po schodech a následně řešily i problém, jak dostat na oddělení imobilní klienty z terasy. Naštěstí proud pustili a bylo možné klienty bezpečně vyvézt výtahem.

Na tomto příkladu chci pouze demonstrovat, jak operativně musí personál řešit danou situaci, a že ne vždy se jedná pouze o změnu zdravotního stavu klienta. Pracovník i v takové situaci musí zachovat profesionální tvář, musí být trpělivý a vše vysvětlovat klientům. Po takovém dni by si zasloužili mimořádný odpočinek, ale bohužel nelze měnit rozvrhy směn podle takto náhle vzniklých situací.

Venglářová ve své knize popisuje organizační a systémové podmínky podporující vznik syndromu vyhoření. Uvádí následující rizikové body:

- nedostatek ocenění – hmotného i lidského, výdej energie je vyšší než příjem
- přístup nadřízených není vždy správný, někdy až necitlivý přístup ze strany nadřízených
- nedobré vztahy na pracovišti
- nedostatek personálu vede k přetížení
- práce v strnulém kolektivu, který nechrání, jen nutí
- nedostatečná organizace práce a nevyhovující podmínky
- nedostatek prostoru k vlastnímu rozhodování
- přepracování
- přílišná emocionální zátěž
- přenášení odpovědnosti na nekompetentního pracovníka

(VENGLÁŘOVÁ, 2011)

Z výše uvedeného vyplývá, že je velmi důležité dobře nastavit pracovní podmínky, a to nejen na úrovni středního a vyššího managementu, ale jak jsem již zmiňovala i na úrovni celkového nastavení služeb. Tato oblast má souvislost s mnoha obory. Velkou roli hraje financování sociálních služeb. Ale nejen to, je důležité vytvářet dobrou atmosféru v pracovním kolektivu. To by se mělo dít jednak již na horizontální úrovni mezi kolegy a jednak i cestou shora, kdy by přímý nadřízený měl být velkou oporou svému týmu.

„Přestože by to mnozí nepřiznali, pravdou je, že vyhoření u zaměstnanců podporují sami jejich zaměstnavatelé“ (cit. dle RUSH, 2004, s. 72).

Autor dále vybízí vedoucí pracovníky, aby věnovali pozornost syndromu vyhoření u svých podřízených a byli ochotni jim pomoci se z něho zotavit.

Zde bych uvedla příběh, dokreslující moc nadřízených, který mi vyprávěla kolegyně. Kolegyně dříve pracovala v jiném zařízení pro seniory. Její nadřízená nestíhala svou práci, a tak část této práce přenášela na tuto kolegyni a vyžadovala důsledné plnění takovýchto úkolů. Po čase měla kolegyně pocit, že je na ní nakládáno více než na ostatní a že je z práce vyčerpaná. Šla tedy za svou nadřízenou a řekla jí, že na ní nakládá mnoho úkolů, které ani nemá v náplni práce a že se vše snaží plnit, ale že se cítí vyčerpaná. Bylo jí

odpovězeno, že v náplni práce má napsáno, že pracuje dle pokynů nadřízeného a že tedy není si na co ztěžovat. Kolegyně tedy dál pracovala podle pokynů nadřízené a vše se snažila zvládat. Měla pocit, že čím více toho zvládá, tím více je jí nakládáno. Že už dál nemůže, si uvědomila v momentě, když se doma rozplakala nad tím, že jí vypadl z ruky mycí prostředek a rozbil se. Uvědomila si, že je přepracovaná, vyčerpaná a jak sama řekla depresivní. Maličkost, kterou by jindy přešla vtipnou poznámkou, se jí jevila jako nezvladatelný problém. Rozvázala tedy pracovní poměr. Byla jsem z tohoto vyprávění velice překvapená, neboť tato pracovnice je vždy dobře naložena, vnáší nejen mezi kolegy, ale i mezi klienty dobrou vtipnou náladu, je velice empatická k imobilním klientům i ke klientům trpících demencí.

Jak tedy postupovat, zjistíme-li, že je náš podřízený vyhořelý? Zamýšlím se nad tím, že ideální by bylo, kdyby každá organizace či sociální služba měla vypracovaný plán vztahující se k syndromu vyhoření. Jednak definovat pracovní pozice, které jsou syndromem vyhoření ohroženy a definovat míru možné zátěže na tyto pracovníky. Dále vypracovat preventivní postupy a podporu ohroženým pracovníkům a v neposlední řadě vypracovat postup, který bude uplatněn v případě, že někdo vyhoří.

Rush ve své knize Syndrom vyhoření doporučuje dát vyhořelým zaměstnancům volno a v ideálním případě, pokud o pracovníka dál stojíme, placené volno. Samozřejmě se nám na první pohled může zdát placené volno neekonomické, ale autor vybízí k následující kalkulaci:

„Vyhořelí zaměstnanci stojí své zaměstnavatele tisíce dolarů ročně z důvodu ztráty produktivity – produktivity, za kterou se platí, ale která neexistuje, protože je zaměstnanec vyhořelý“ (cit. dle RUSH, 2004, s. 74).

Nejsem si jista, že v sociálních službách lze produktivitu až takto přepočítávat na finanční zisk. Nicméně se domnívám, že vyhořelý pomáhající může napáchat škodu v psychické oblasti svých klientů, kolegů, ale i svých blízkých. Myslím si, že pokud se symptomy vyhoření objeví v somatické rovině (například bolesti zad a podobně), může zůstat pomáhající v pracovní neschopnosti z takového důvodu. Pravá příčina bolestí však může zůstat nepojmenovaná a jedinec potom, co si odpočine, vpadne do stejného koloběhu a není tedy možné se vyvarovat další ataky vyhoření. Kdyby naopak bylo možné přesně diagnostikovat syndrom vyhoření a zůstat v pracovní neschopnosti z takového důvodu,

bylo by dle mého názoru možným řešením zařazení na jinou pracovní pozici nebo přeřazení do jiného kolektivu.

Často mne v této souvislosti napadá, jak dlouho je optimální, aby člověk setrval na jednom pracovišti a zda by v některých případech nebylo lepší, aby existovalo nějaké možné „kolečko“ v rámci organizace. Přesun na jiné oddělení. Například v zařízení, kde pracuji já, je krom dvou lůžkových částí i denní stacionář, terénní odlehčovací služba, pečovatelská služba a home care. Možná by bylo lepší po určitém čase pracovníky vyměnit tak, aby zůstali v jedné organizaci na stejné pracovní pozici, ale v jiné sociální službě.

Tato úvaha souvisí s mou předešlou úvahou, že by bylo dobré vypracovat v každé organizaci plán ve vztahu k syndromu vyhoření.

3.8 Zanedbávání a týrání seniorů (elder abuse)

Syndrom vyhoření může často vyústit i do zanedbávání a týrání seniorů – elder abuse (TEASTER a DUGAR, 2006).

Zanedbávání a týrání seniorů se vyskytuje nejčastěji jako projev domácího násilí – 60-85% agresorů jsou rodinní příslušníci, ale byl detekován i v pobytových zařízeních (FRIEDMAN a kol, 2011).

Dlouhodobá ústavní péče je považována za rizikovou z hlediska nevhodného zacházení a zanedbávání i všech forem týrání a zneužívání. Přispívá k tomu vysoká míra zranitelnosti a bezbrannosti pacientů/klientů včetně značného výskytu demence, fatických poruch a trvalého upoutání na lůžko, osamělost velké části pacientů, praktická nemožnost klientů zařízení opustit a přetížení personálu (ARAVANIS a kol., 1993).

V posledních letech je věnována této problematice velká pozornost, vzdmula se značná vlna kritiky proti poměrům v ošetrovatelských zařízeních. Někteří autoři ovšem považují kritiku za přehnanou. Z hlediska nevhodného zacházení byl nejčastěji zjišťován výskyt dekubitů, fyzických omezení, ztráty důstojnosti. Za jádro problému je považována míra vzdělanosti personálu, edukace a dostatečný počet personálu, neformální využívání standardů kvality péče a rozvíjení menších ústavů na komunitní úrovni s přirozenou místní kontrolou (RICHARDSON a kol., 2002).

3.9 Požadavky na profesionály

Ve své práci se zajímám o syndrom vyhoření u pracovníků pečujících o seniory. Tito pracovníci mohou vykonávat řadu profesí. Nejčastěji se přímá práce s klienty týká zdravotních sester a pracovníků v sociálních službách, tedy pečovatelek a aktivizátorek. Jejich příprava na budoucí povolání je značně rozdílná, stejně jako jejich pracovní kompetence vyplývající z náplně práce.

Společné pro všechny profese zůstává splnění podmínek pro výkon povolání.

Pro výkon svého povolání potřebuje každý odbornou způsobilost (tedy splnění kvalifikačních požadavků), zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost.

3.9.1 Kvalifikační požadavky na pracovníky v sociálních službách

- *ukončené základní nebo střední vzdělání a úspěšné absolvování akreditovaného specializačního kurzu v minimálním rozsahu 150 hodin*
- *střední všeobecné nebo střední odborné vzdělání a absolvování úspěšné absolvování akreditovaného specializačního kurzu v minimálním rozsahu 200 hodin*

(cit. dle MALÍKOVÁ, 2011, s. 92)

Náplň kurzu pro pracovníky v sociálních službách vychází ze § 37 vyhlášky č.505/2006 Sb.

(1) Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách se skládá z obecné a zvláštní části.

(2) Obecná část kurzu obsahuje tyto tematické okruhy:

a) úvod do problematiky kvality v sociálních službách, standardy kvality sociálních služeb,

b) základy komunikace, rozvoj komunikačních dovedností, asertivita, metody alternativní

komunikace,

- c) úvod do psychologie, psychopatologie, somatologie,
- d) základy ochrany zdraví,
- e) etika výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách, lidská práva a důstojnost,
- f) základy prevence vzniku závislosti osob na sociální službě,
- g) sociálně právní minimum,
- h) metody sociální práce.

(3) Zvláštní část kurzu obsahuje tyto tematické okruhy:

a) základy péče o nemocné, základy hygieny, úvod do problematiky psychosociálních aspektů

chronických infekčních onemocnění,

b) aktivizační, vzdělávací a výchovné techniky, základy pedagogiky volného času,

c) prevence týrání a zneužívání osob, kterým jsou poskytovány sociální služby,

d) základy výuky péče o domácnost,

e) odborná praxe,

f) krizová intervence,

g) úvod do problematiky zdravotního postižení,

h) zvládnání jednání osoby, které je poskytována sociální služba, jestliže toto jednání ohrožuje její zdraví a život nebo zdraví a život jiných fyzických osob, včetně pravidel šetrné sebeobrany.

(4) Minimální rozsah kurzu je celkem 150 výukových hodin, přičemž zvláštní část kurzu činí minimálně 80 výukových hodin.

(5) Počet výukových hodin jednotlivých tematických okruhů zvláštní části kurzu se stanoví s přihlédnutím k odbornému zaměření účastníků kurzu, jejich pracovnímu zařazení a druhu sociální služby, kterou poskytují.

Další zákon, který se vztahuje na další pracovníky v sociálních službách je § 116 vyhlášky č. 206/2009 Sb. Zákon dává povinnost zaměstnavateli zabezpečit svým pracovníkům v sociálních službách další vzdělávání v rozsahu minimálně 24h v každém kalendářním roce, čímž si obnovují, upevňují a doplňují kvalifikaci.

3.9.2 Kvalifikační požadavky na zdravotní sestry

a) Požadované vzdělání

- střední odborné vzdělání v oboru všeobecná sestra ukončené maturitou
- absolvování vyšší odborné školy v oboru všeobecná sestra, ukončené absolutoriem
- specializační studium zaměřené na ošetrovatelskou péči v gerontologii, ukončené specializační zkouškou
- vysokoškolské studium v ošetrovatelství, nebo ošetrovatelství v geriatrici, ukončené státními závěrečnými zkouškami

b) Registrace

- osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v oboru všeobecná sestra

Zdravotní sestry patří do kategorie nelékařských zdravotních povolání a ti musí naplňovat podmínky zákona č. 96/2044 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.

V rámci registrace se musí sestry celoživotně vzdělávat a získávat kredity na odborných seminářích.

Jak z výše uvedeného vyplývá, každá ze zkoumaných profesí má rozlišné kvalifikační požadavky. Hlavní rozdíl vnímám v hloubce studia jednotlivých témat souvisejících

s hodinovými dotacemi jednotlivých předmětů. Co je však pro obě profese z pohledu vzdělávání společné je povinné celoživotní vzdělávání.

Celosvětově je kladen důraz na vzdělávání zdravotních sester. Např. v USA v doporučeních Future of Nursing initiative je jako klíčový cíl uvedena podpora akademického vzdělávání absolventek zdravotních škol, aby jim bylo umožněno získat vyšší úroveň vzdělání až do nejvyšší úrovně DNP (doctor of nursing practice) (STOKOWSKI, 2011).

3.10 Možné aspekty vzniku syndromu vyhoření

Pomáhající profese klade na vykonavatele zvláštní nároky, hlavně proto že důležitou součástí práce je vztah mezi pomáhajícím a klientem či pacientem. Je třeba, aby klient, či pacient profesionálovi důvěřoval, cítil lidský zájem a vážil si ho. Proto je velmi důležitou součástí profese i osobnost pomáhajícího. Každý profesionál projde v rámci přípravy na povolání odbornou přípravou, jsou však dovednosti, které se ve škole nenaučí. I ty jsou neopominutelnou součástí úspěšného vykonávání odborné práce (KŘIVOHLAVÝ, 1998). Specifickým aspektem v pomáhající profesi je, že se profesionál setkává s člověkem v náročné životní situaci, v nouzi, v závislém postavení. Tito lidé potřebují od pomáhajícího nejen odborné znalosti a slušné zacházení, ale navíc i empatii, pocit že nejsou na obtíž a že je odborník neodsuzuje. Klient potřebuje mít stále pocit bezpečí, přijetí a potřebuje profesionálovi důvěřovat. Vlivem těchto každodenních specifických nároků na pomáhajícího je profese náročnější.

„Lidé, kteří se těmito profesím věnují, mohou však nevědomě sytit některé své vnitřní skryté potřeby, a v důsledku tak připravit strádání nejen sobě, ale také těm, kterým by měli pomáhat“ (cit. dle FARKLOVÁ, 2009, s. 106).

Je velmi důležité, aby pomáhající znal sám sebe a uměl dobře naslouchat svým potřebám. Aby si uvědomil, proč chce pomáhat druhým a jaké jsou jeho skryté motivy. S tímto poznatkem by potom měl umět zacházet. Domnívám se, že sebezkušenostní výcvik by měl být standardním požadavkem pro výkon povolání v pomáhajících profesích. Nyní je systém vzdělávání zaměřen na kvantitu odborných znalostí a lidské a osobnostní předpoklady jsou opomíjeny. Někdy se proto stane, že pomáhající jsou lidsky neangažováni.

„Dalším důsledkem vyplývajícím z širšího společenského rámce je převaha a důraz na ekonomické ukazatele, informace o faktech. Vztahové kvality jsou záležitostí sledovanou na posledním místě, popřípadě opomíjenou naprosto. Logickým dopadem tohoto stavu je enormní výskyt stresových symptomů a jev, který je v tomto typu profesí označován jako syndrom vyhoření (burnout)“ (cit. dle FARKOVÁ, 2009, s. 106).

Jako jeho hlavní projevy vidí autorka deprese, lhostejnost, stažení se z kontaktu, ztrátu sebedůvěry, častou nemocnost a tělesné obtíže. Upozorňuje na to, že se nejedná o

obyčejnou únavu ani přechodnou krizi a typickým rysem není ani postonávání a sklon k naříkání. Běžné je, že se dotyčný ptá po smyslu vlastní práce. Pokud je práce pomáhajícího úspěšná, je vědomí smyslu pomáhajícího mnohem silnější než u jiných povolání. Pokud se ovšem nedaří, jsou taktéž silnější i pocity pochybností (MALÍKOVÁ, 2011).

Dle Farkové jsou popisovány tři cesty vedoucí k syndromu vyhoření

Ztráta ideálů

Na začátku je výrazné nadšení. Při nástupu do role pomáhajícího profesionála se dotyčný na svou roli těší. Zaměstnání je pro něho zábavou, identifikuje se s novými úkoly a se svými kolegy. Postupem času se setkává s překážkami a jeho cíle se vzdalují a některé se začínají zdát nedosažitelné. Začíná pochybovat o svých schopnostech a začíná pochybovat o smyslu práce.

K vyhoření vede velké vyčerpání způsobené zátěží.

Autorka připodobňuje tuto cestu k cestě manželství, kdy do manželství vstupujeme s určitými představami a na konci nás čeká zklamání způsobené rozdílností mezi našimi představami a skutečným průběhem.

Závislost na práci (workholismus)

Podobně jako u návykových látek je práce jedincem vnímána jako prostředek dosažení stavu štěstí a vnitřního uspokojení. Na rozdíl od závislosti na drogách typu alkohol, kouření a jiné návykové látky tato droga není součástí mozkového metabolismu.

Cestou k odstranění této závislosti je nahrazení této činnosti činností jinou, která s prací nesouvisí, ale taktéž přinese stav uspokojení a naplnění. Často je nutná pomoc odborníka.

Teror příležitostí

V tomto případě počáteční nadšení jedince a zápal do práce spolu s nedostatkem asertivity způsobí hromadění úkolů do takové míry, že je již jedinec není schopen splnit. Nikoliv proto, že by na jednotlivé úkoly nestačil, ale proto, že není schopen odhadnout množství práce, kterou je schopen v daném časovém intervalu vykonat. Zdá se mu, že nový úkol navazuje na předchozí, a proto v něm vidí možnost jak pokračovat a dále rozvinout předchozí úkol.

V tomto případě je možné situaci vyřešit lepší organizací času (FARKOVÁ, 2009).

3.11 Povinnosti klientů a práva pracovníků

V současné době se dostává do popředí právo klientů, jejich příbuzných a blízkých osob. Myslím si, že tato problematika je důležitá a je nutné, aby každý profesionál byl s tímto tématem dobře seznámen. Často si v praxi kladu otázku, zda někdy práva klientů nejsou natolik vyzdvihována, že přes ně nejsou vidět základní lidská práva, která se týkají i pečujících osob. Někdy se mi zdá, že klienti si jsou vědomi dobře svých práv, málo však svých povinností. Profesionál se tak někdy zdánlivě dostává do situace, že klient může všechno. Nejednou jsem byla svědkem záměrného a uvědomělého nevhodného, hrubého až vulgárního chování od klienta směrem k pečujícímu. Ustát takovou situaci tak, aby nevyvolala ještě větší zlost v klientovi, je nelehké. Kladu si proto otázku, do jaké míry se můžeme odborně naučit takovéto situace řešit a nakolik hraje roli naše vlastní osobnost, povaha či momentální naladění. K otázce práv a povinností klienta píše Malíková tolik, že:

„Současný tlak na ochranu a dodržování práv klientů totiž vede k opačnému extrému: mnoho klientů a jejich příbuzných se orientuje pouze na uplatňování nároků vyplývajících z prezentovaných práv, ale jejich přístup je velmi jednostranný a zcela jednoznačně je porušena rovnováha mezi právy a povinnostmi.“ (cit. dle MALÍKOVÁ, 2011, s. 53).

Autorka dále poukazuje na to, že takovéto jednání má pro pracovníky silně devalvující účinek. Myslím si, že toto může být jeden z důležitých faktorů rizika vzniku syndromu vyhoření.

Klienti od pracovníků vyžadují (někdy až vynucují) větší péči než ve skutečnosti potřebují. Důvodů lze nalézt několik, sama ve své praxi pozoruji dva nejčastější. Buď klient vidí, že úkon je prováděn u jiného klienta, nebo pouze proto, že úkon nechce sám vykonávat a v tomto případě často argumentuje tím, že si to platí. Pracovník se potom dostává do těžké situace, kdy musí s klientem složitě vyjednávat. Nejednou je sociální pobytové službě vytýkáno, že klienty přepečovává, ale ne vždy v praxi je snadné podpořit samostatnost v soběstačnosti klienta. Pro všechny zúčastněné je výhodné vyjednávat o míře podpory ještě před nástupem klienta do zařízení a předem domluvit potřebnou míru podpory. Pracovníkům by potom odpadlo již zmiňované složitě dohadování o tom, jak velkou dopomoc klient potřebuje.

V tomto směru je velmi důležité, aby byli sociální služby pozitivně prezentovány v očích široké veřejnosti jako vysoce záslužné činnosti, které pracovníci vykonávají odpovědně a poctivě a o klienty je pečováno odborně na základě zjištěných potřeb klienta.

Za takovýto přístup by neměli pečující sklízet nevděk a opovržení, ale naopak, měla by to být celospolečensky uznávaná práce. I tento důležitý moment beru jako malý dílek prevence syndromu vyhoření. Neboť ocenění práce pracovníků nejen v sociálních službách, ale i ve zdravotnictví, zatím bohužel není v naší společnosti dostatečně uznáváno.

Je také důležité uvědomit si míru požadavků na pracovníky, jejich časové možnosti, podmínky, ve kterých pracují a míru reálnosti plnění daných úkolů. V poslední době vzrostly požadavky na administrativní činnost všech pracovníků. Konkrétně pracovníci v přímé péči (tedy především pečovatelky) jsou nyní zainteresováni do individuálního plánování, které je spojené nejen s administrativou, ale i s užším kontaktem s klientem. Toto všechno zvyšuje pracovní zátěž poskytovatelů služby. Je nutné pracovníky vhodně pozitivně motivovat, tedy hlavně chválit a oceňovat. Možnosti odměňování jsou však zúžené na minimum. O společenském uznání jsem hovořila výše, ale jsou i jiné možnosti ocenění pracovníků. Jak asi všichni tušíme, finanční ohodnocení je v této oblasti podhodnoceno. Nejednou se proto sebe sama ptám, jak dostatečně ocenit pracovníky. Neboť i dostatečná míra ocenění může být dalším dílkem prevence syndromu vyhoření.

3.12 Prevence syndromu vyhoření aneb péče o pečující

Řada pomáhajících profesionálů umí péči dávat, neumí ji však dostatečně přijímat. Umí dobře naslouchat druhým, ne však sami sobě. Vlastní úzkost, strach, únavu, somatické obtíže, poruchy spánku často bagatelizují, jakoby se jich netýkaly.

Je dobře známo, že prevence je vždy výhodnější než léčba. Řekla bych, že prevenci můžeme rozdělit z pohledu jedince na tu, kterou si může zabezpečit sám, a na tu, kde potřebuje pomoc druhých, ať už jsou to kolegové, nadřízení nebo systémová změna či celospolečenská záležitost. A protože nic není černobílé, většinou je potřeba kombinace obojího.

Křivohlavý ve své knize *Jak hořet a nevyhořet* popisuje setkání s vedoucí lékařkou jednoho z prvních anglických hospiců. Tato žena mu řekla, že jednou z největších úskalí je péče o dobrý psychický a zdravotní stav personálu. Podařilo se od ní získat desatero rad, které si vypracovali v boji proti burnout syndromu. Toto desatero považují za cenné hlavně proto, že vzešlo přímo z praxe. Vzhledem k tomu, že by se v zařízení, kde pracuji, měla zřídit hospicová lůžka, sama si kladu otázku, jak i z takto náročného prostředí udělat bezpečné místo pro personál, a proto považují za vhodné toto desatero zmínit.

Péče o pečovatelky

1. Buď k sobě mírná, vlídná a laskavá
2. Ztotožni se s tím, že tvým úkolem je jen pomáhat druhým lidem a ne je zcela změnit. Změnit můžeš pouze jen sama sebe a nikdy ne druhého člověka.
3. Najdi si své „útočiště“, kde pocítíš pocit klidu a samoty v případě naléhavé potřeby uklidnění.
4. Druhým lidem – svým kolegům a kolegyním i vedoucím se snaž být oporou a povzbuzením. Neměj strach je pochválit, když si to i jen trochu zasluhují.
5. Připust' si, že je zcela přirozené cítit se bezmocně a bezradně, když se denně setkáváme tváří v tvář bolesti a utrpení. Mnohdy je víc než co jiného důležité, být pacientům a jejich blízkým nablízku a pečovat o ně.
6. Pokus se některé věci pokud to lze dělat jinak.
7. Pokus se naučit poznat rozdíl mezi dvěma naříkáními: mezi tím, co zhoršuje beztak již těžkou situaci a tím, které pomáhá bolest a utrpení tišit.

8. Při odchodu z práce myslí na něco pozitivního, co se ti dnes v práci podařilo udělat.
9. Pokus se sama sebe neustále povzbuzovat a posilovat. Uděláš to tak, že nebudeš vykonávat pouze nejnnutnější práce, ale budeš i trochu kreativní a pokusíš se něco udělat tvořivě.
10. Jako zdroj sociální opory, jistoty a dobrého směřování života pravidelně využívej vlivu přátelských vztahů na pracovišti.
11. Setkáš-li se s kolegou v době svého volna, vyvaruj se hovořit s ním, o pracovních věcech. Relaxuj tím, že budete hovořit o nepracovních záležitostech.
12. Dopředu plánuj svůj volný čas, nenech si tyto plány nikým ani ničím překazit.
13. Pomáhá, pokud se naučíš říkat raději „rozhodla jsem se“ nežli „musím“ nebo „nechci“ namísto „nemohu“.
14. nauč se říkat „ano“ i „ne“. Jakou hodnotu má tvé „ano“ v případě, že nikdy neřekneš ne.
15. Netečnost a rezervovanost je ve vztahu k druhým velice ošemetná a je počátkem zla. Připusť si skutečnosti, že se nedá dělat více, než děláš.
16. Raduj se, směj se – často a ráda – a hraj si (KŘIVOHLAVÝ, 1998).

Uvedené desatero ačkoliv nemá deset bodů, by se dalo shrnout do jednoho dnes moderního pojmu a tím je psychohygiena. Ale vnímám zde i prvky navádějící k asertivitě a kreativitě.

Další důležitou složkou prevence syndromu vyhoření je dobrá supervize pro pečující. Ne každé zařízení je ochotno supervize hradit. Nicméně jedná se i o určitý nástroj zvyšování kvality poskytovaných služeb.

Supervize a pokračující vzdělávání může vést ke snížení výskytu syndromu vyhoření. Tento fakt byl zjištěn například ve studii provedené s 458 praktickými lékaři v Dánsku, u nichž byl syndrom vyhoření detekován pomocí dotazníku Maslach Burnout Inventory ve 25% na počátku zkoumání. Lékaři, kteří se pravidelně neúčastnili supervizních skupin, měli dvakrát větší pravděpodobnost výskytu syndromu vyhoření (BRØNDT a kol, 2008). Ve studii 184 lékařů, kteří se účastnili 3letého programu prevence vyhoření založeném jak na individuálním psychoterapeutickém přístupu, tak na skupinových sezeních, došlo ke

snížení skóre emocionálního vyčerpání v Maslach Burnout Inventory (ISAKSSON, 2010).

3.13 Terapie

Není-li úspěšná prevence a dojde-li k vyhoření, měl by si postižený tento fakt uvědomit a některé věci změnit. Ne všechno může změnit on sám, některé věci by se měly změnit celospolečensky tak, jak bylo popsáno výše, nebo alespoň na úrovni zaměstnavatelů. Nemůžeme se však spoléhat pouze na zásadní velké změny a proto by každý jedinec měl začít sám u sebe.

„Takto zasažený člověk potřebuje intervenci – jakýkoliv krok, který pomůže vystoupit z tohoto koloběhu, který vede ke změně a v důsledku i k „záchraně“ emočně vyhořelého jedince“ (cit. dle MINIBERGEROVÁ a DUŠEK, 2006, s. 37).

Kallwass ve své knize popisuje několik činností, které by vyhořelý měl začít dělat.

Například by se měl dotýčný zamyslet nad tělesnou kompenzací, tím autorka myslí pobyt na čerstvém vzduchu. Je bezesporu, že pro unaveného člověka může být těžké vyrazit na procházku, ale rozhodně je dobré touto činností začít a v případě, že má pozitivní vliv na jedince v ní dál pravidelně pokračovat.

Taktéž relaxační či meditační cvičení by nemělo být opomíjenou součástí terapie. Naučit se dobře a cíleně si odpočinout. Protože je poměrně snadné se tato cvičení naučit a tato cvičení by měla patřit mezi základní terapeutické metody. Lze doporučit progresivní svalovou relaxaci, nebo autogenní trénink.

Někdy je dobré vyhledat odbornou pomoc, ať už psychologa, nebo psychoterapeuta, pomoci může hlavně v oblasti sebedůvěry a sebekontroly (KALLWASS, 2007).

4 Metody zkoumání

Jak je již popsáno výše, syndrom vyhoření je soubor příznaků, které se u zasaženého jedince mohou objevit v různé intenzitě. Tyto příznaky může na sobě pozorovat jedinec sám, nicméně si myslím, že je pro každého z nás těžké si přiznat, že jsem vyhořelý, protože to může vyvolat pocit vlastního selhání. Zmiňované příznaky může na jedinci pozorovat i jeho okolí, rodina, kamarádi, kolegové, ale i klienti či pacienti. Chceme-li zjistit, je-li dotyčný jedinec vyhořelý nebo chce-li si pomáhající ověřit, jak na tom je, existuje v oblasti vyhoření řada testů. Nicméně některé příznaky (hlavně ty somatické), lze jen těžko s jistotou přisuzovat vyhoření. Testovací baterie mají své limity, neboť musíme spoléhat na upřímnost testovaného a na jeho ochotu přiznat si některé vlastní nedostatky nebo příznaky vyhoření.

Testů se hlavně na internetu dá najít obrovské množství, jejich spolehlivost a správné vyhodnocení je však vždy na pováženu. Osobně si myslím, že takovýto test je pouze pomocnou metodou k celkovému zhodnocení pomáhajícího. Myslím si, že jistějšího výsledku by se badatel mohl dobat, kdyby měl možnost každého jedince osobně zkoumat.

Nicméně i já se ve svém výzkumu opírám o data získaná pomocí testu a dotazníku. Konkrétně jsem pracovala s metodou Maslach Burnout Inventory. Tuto metodu jsem si vybrala proto, že výsledek není pouhé „vyhořelý“ či „nevyhořelý“. Test je rozdělen do třech částí (podrobný popis dále v textu). Můžeme se tedy o testovaném dozvědět něco více, konkrétně, ve které ze tří částí jak skóruje.

Krom testu Maslach Burnout Inventory jsem vytvořila i vlastní dotazník, který je možné shlédnout v příloze této práce. Cílem tohoto dotazníku bylo zjistit něco více o respondentech. Především však délku praxe u cílové skupiny seniorů, s tím související věk respondentů, dále pracovní pozici, maximální dosažené vzdělání a v ne poslední řadě vědomosti respondentů vztahující se k syndromu vyhoření.

4.1 Hypotézy

1. Vyšší počet vyhořelých respondentů bude ve skupině těch, kteří pracují se seniory déle
2. Respondenti s vyšším vzděláním budou mít menší procento vyhoření
3. Pracovní pozice nebude ovlivňovat míru vyhoření pečujících

4.2 Maslach Burnout Inventory jako metoda

Dle Křivohlavého je to jedna z nejčastěji užívaných metod k odbornému vyšetření syndromu vyhoření. Jedná se o dotazníkovou metodu, která byla podrobena faktorské analýze (hledaly se tak „kořeny“ toho, co se odpověďmi na otázky vlastně měří). Bylo zjištěno, že se tímto dotazníkem zjišťují hlavně tři faktory, a to:

1/ Emocionální vyčerpání – emotional exhaustion – EE

2/ Depersonalizace – ztráta úcty k druhým jako k lidským bytostem – DP

3/ Snížení výkonnosti – personal accomplishment – PA

EE – emocionální vyčerpání

Tím rozumíme ztrátu chuti k životu, vyčerpání sil k jakékoli činnosti a žádná motivace k nějaké další činnosti.

DP – depersonalizace

Je to projev psychického vyčerpání, který se objevuje u lidí, kteří mají velkou potřebu kladné odezvy od lidí, se kterými pracují. Pokud se jim této odpovědi nedostává, stanou se z nich cyničtí a zahořklí lidé. V ostatních lidech přestávají vidět lidské bytosti a ztrácí k nim respekt a úctu. V extrémních případech se může stát, že se k nim chovají jako k neživým věcem.

PA – snížení pracovního výkonu

Jedna z dalších charakteristik syndromu vyhoření. Setkáváme se s ní u lidí, kteří mají tendence se podceňovat, nemají dostatek energie ke zvládnutí stresových situací, konfliktů a životních těžkostí. Mají nízkou míru sebecenění, sebedůvěry a narušené sebehodnocení.

V dotazníku MBI je 9 otázek zaměřených na EE, 5 otázek zaměřených na DP a 8 otázek zaměřených na PA. Každou otázku je možné ohodnotit jedním číslem ze sedmi bodové stupnice.

Tuto metodu publikovaly v r. 1981 paní Maslach a Jackson. V r. 1986 tato dvojice zveřejnila poupravenou verzi této metody (KŘIVOHLAVÝ, 1998).

4.3 Postup při získávání dat

Dotazníky jsem začala připravovat v listopadu 2010, snažila jsem se najít dotazník, který by se dal vhodně využít pro mou práci. Dotazník, který by se zaměřoval na vyhoření i vzdělání respondentů, jsem nenašla. Proto jsem využila výše popsany MBI dotazník, který se mi zamlouval především proto, že vyhoření zkoumá z více úhlů. Dále jsem vytvořila vlastní dotazník, který mi měl objasnit dosažené vzdělání a pracovní zařazení. Na začátku jsem předpokládala, že u zdravotních sester bude převažovat ukončené vzdělání středoškolské zakončené maturitní zkouškou a u pečovatelek ukončené vzdělání učiliště a u některých střední škola.

V tomto ohledu jsem se, jak se dále v práci ukáže, mýlila.

Původně jsem měla v plánu srovnání dvou zařízení. Jednoho většího a jednoho menšího. Zajímalo mě, zda zjištěné hodnoty budou alespoň přibližně stejné. Bohužel se mi v menším zařízení nepodařilo vybrat zpět dostatek dotazníků. Myslím si, že zde respondenty ovlivnil fakt, že mne osobně znali a pravděpodobně se báli možného zneužití odpovědí.

V menším zařízení jsem dotazníky nechala na sesternách a průběžně jsem žádala pracovníky o jejich vyplnění a vhození do připravené, zalepené krabice. V druhém, větším zařízení jsem dotazníky přenechala jedné sestře, která se postarala o jejich distribuci mezi personál. Zde, jak již jsem se zmínila, byla návratnost podstatně větší.

Dotazníky byly v obou zařízení k dispozici 14 dní v prosinci 2010. Tedy jednalo se o období před Vánoci. Toto období považuji osobně za nejnáročnější v práci se seniory žijícími v pobytových zařízeních. Je to velmi těžké období pro klienty. Jak pro ty, kteří zůstávají na svátky v domově, tak i pro ty, které si berou rodiny na pár dnů domů. Po skočení svátků se opět vrací a znovu musíme pracovat s adaptačním obdobím klienta. Toto není univerzální, neplatí to u všech klientů, ale moje zkušenost je taková, že téměř všichni klienti toto období prožívají těžce. I proto jsou také kladeny vyšší nároky na personál.

5 Aplikace tématu na soubor respondentů

5.1 **Statistika dotazníků**

V této kapitole jsou shrnuta fakta získaná sběrem dotazníků bez ohledu na jeho použití jako nástroje pro hodnocení míry vyhoření dotazovaných. Informace zde obsažené poskytují možnost udělat si obrázek o vzorku osob, které se výzkumu zúčastnily. Jednotlivé kapitoly v této části jsou členěny za sebou ve stejném pořadí, v jakém následují otázky v dotazníku, který jsem pro respondenty připravila viz Příloha 1 Dotazník.

Dále v této práci jsou osoby, které se výzkumu zúčastnily (tj. odevzdaly vyplněný formulář) jednotně označovány jako „respondenti“.

Jak již bylo napsáno výše, průzkum byl proveden ve dvou zařízeních. Z menšího zařízení bylo získáno 11 vyplněných dotazníků, z většího zařízení 47 vyplněných dotazníků. Souhrnný vzorek dosáhl tedy 58 respondentů.

5.1.1 **Věk respondentů**

Tabulka 2 – Věk respondentů zachycuje rozložení respondentů do jednotlivých věkových kategorií. Z tabulky je patrné, že více než 2/3 respondentů patří do kategorie osob starších 40ti let. Vzhledem k tomu, že povolání sestry nebo pečovatelky je poměrně specifické, lze se domnívat, že většina respondentů bude mít i poměrně bohaté zkušenosti v práci ve svém oboru. Délka praxe může přinášet jisté klady, může však být i rizikovým faktorem pro vznik syndromu vyhoření.

Věk	Počet	Procentuální zastoupení
Do 20	2	3,45%
20 – 30	10	17,24%
30 – 40	7	12,07%
40 – 50	20	34,48%
50 – 60	17	29,31%
60+	2	3,45%
Nevyplněno	0	0,00%
Celkem	58	100,00%

Tabulka 2 – Věk respondentů

5.1.2 Pohlaví respondentů

Tabulka 3 – Pohlaví respondentů zachycuje rozložení respondentů podle pohlaví. Z tabulky je jasné patrné, že zastoupení žen v pracovní oblasti ošetrovatelského personálu (sestry i pracovníci přímé obslužné péče) jasně převažuje nad muži – přibližně v poměru 10:1. Poměrně zarážející je fakt, že více jak pětina respondentů na tuto otázku neodpověděla. Možnou příčinou této skutečnosti by mohl být fakt, že tato a předchozí otázka se v dotazníku nacházejí pod jedním číslem, což mohlo vést k přehlédnutí zaškrtnutí políčka pro specifikaci pohlaví. Tuto domněnku posiluje i fakt, že otázka na věk byla vyplněna ve všech dotaznících a u žádné jiné otázky nebylo dosaženo srovnatelného počtu nezodpovězení. Vzhledem k tomu, že ve všech dotaznících byl vyplněn věk, je i málo pravděpodobné, že by respondenti tuto otázku nezodpověděli proto, že by ji považovali za diskriminační.

Pohlaví	Počet	Procentuální zastoupení
Muž	4	6,90%
Žena	41	70,69%
Nevyplněno	13	22,41%
Celkem	58	100,00%

Tabulka 3 – Pohlaví respondentů

5.1.3 Délka práce se seniory

Tabulka 4 – Délka práce se seniory zachycuje rozložení respondentů podle délky pracovního poměru se seniory. Pokud v souladu s Tabulka 2 – Věk respondentů z kapitoly 5.1.1 Věk respondentů vezmeme v potaz počet respondentů mladších 30ti let, kteří prakticky nemohli ještě pracovat se seniory déle než 10 let, pak se potvrzuje domněnka vyslovená v kapitole 5.1.1 o délce praxe v oboru. Zde je třeba také vzít v úvahu to, že profesi sestry nebo pečovatelky je možné vykonávat i mimo pobytové služby pro seniory (například ve zdravotnických zařízeních, nebo v terénních sociálních službách).

Z výše uvedeného plyne, že mobilita zaměstnanců na pozici sestry nebo pečovatelky pracující se seniory je poměrně velmi omezená a že zaměstnanec často na jedné pozici setrvává delší dobu.

Délka práce se seniory	Počet	Procentuální zastoupení
pod 5 let	19	32,76%
5 – 10 let	14	24,14%
11 – 15 let	10	17,24%
16 – 20 let	4	6,90%
21 – 25 let	8	13,79%
nad 25 let	2	3,45%
Nevyplněno	1	1,72%
Celkem	58	100,00%

Tabulka 4 – Délka práce se seniory

5.1.4 Typ práce respondentů

Tabulka 5 – Pracovní pozice respondentů zachycuje rozložení respondentů podle typu zastávané pracovní pozice. Zde lze pouze konstatovat, že počet pečovatelek a počet sester jsou v poměru přibližně 7:4.

Pozice	Počet	Procentuální zastoupení
Zdravotní sestra	22	37,93%
Pečovatelka	35	60,34%
Nevyplněno	1	1,72%
Celkem	58	100,00%

Tabulka 5 – Pracovní pozice respondentů

5.1.5 Dosažené vzdělání respondentů

Tabulka 6 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů zachycuje rozložení respondentů podle stupně dosaženého vzdělání. Pouze mírně přes 10% respondentů má vyšší než středoškolské vzdělání.

Vzhledem k změně v systému vzdělávání sester u nás lze v tomto ohledu na pozici zdravotní sestry očekávat posun ve smyslu růstu zastoupení sester s bakalářským vzděláním, tento proces samozřejmě nějakou dobu potrvá.

U pečovatelek je v oblasti dosaženého vzdělání posun směrem k vyššímu vzdělání poměrně nepravděpodobný vzhledem k podprůměrnému společenskému hodnocení jejich povolání i k nízkému ohodnocení na trhu práce (což příliš nemotivuje k prohlubování znalostí) a k tomu, že zatím žádné legislativní opatření na vzdělání pečovatelek není ani plánováno. Tento fakt znamená vysoké nároky na manažerské dovednosti vedoucích pracovníků.

Nejvyšší dosažené vzdělání	Počet	Procentuální zastoupení
ZŠ + Kurz	6	10,34%
Vyučen + Kurz	13	22,41%
SŠ	31	53,45%
VOŠ	3	5,17%
Bakalářské	3	5,17%
Magisterské	0	0,00%
Nevyplněno	2	3,45%
Celkem	58	100,00%

Tabulka 6 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

5.1.6 Informovanost o Burnout syndromu

Odpovědi na otázku číslo 5 měli respondenti subjektivně ohodnotit svoje znalosti o syndromu vyhoření. V následujících třech otázkách (otázky číslo 6, 7 a 8 – dále v textu označovány jako „znalostní otázky“) měli respondenti možnost své znalosti syndromu vyhoření prokázat. V těchto třech znalostních otázkách z problematiky syndromu vyhoření byli respondenti postupně dotazováni u koho může syndrom vyhoření vzniknout, jaké jsou příčiny jeho vzniku a jeho projevy. Ve všech třech otázkách bylo správnou odpovědí zaškrtnutí všech nabízených možností.

Hodnocení znalostí o syndromu vyhoření je obsahem Tabulka 7 – Subjektivní hodnocení informovanosti o syndromu vyhoření.

Máte dostatek informací o syndromu vyhoření?	Počet	Procentuální zastoupení
Ano	37	63,79%
spíše ano	16	27,59%
spíše ne	5	8,62%
Ne	0	0,00%
Nevyplněno	0	0,00%
Celkem	58	100,00%

Tabulka 7 – Subjektivní hodnocení informovanosti o syndromu vyhoření

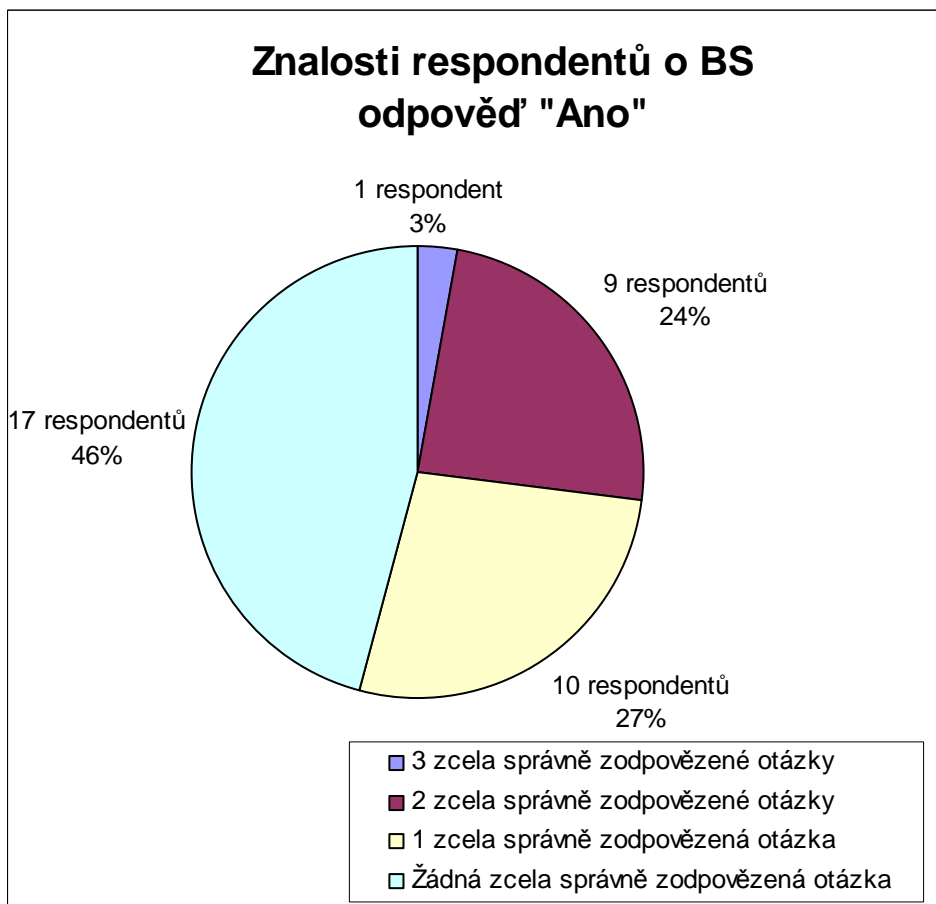
Z tabulky je patrné, že více než 90% respondentů se domnívá, že o syndromu vyhoření jsou dostatečně dobře informováni. Téměř 2/3 z nich o tom jsou přesvědčeni pevně (odpověď „Ano“). Žádný z respondentů nemá pocit, že by o syndromu vyhoření nevěděl vůbec nic.

Pro hodnocení odpovědí na znalostní otázky č. 6, 7 a 8 jsem vzhledem k dosaženým výsledkům zvolila dva stupně obtížnosti.

Při hodnocení ve vyšším stupni obtížnosti (v legendě grafů použito označení „zcela správně“) je jako správně zodpovězená otázka uznána pouze ta, kde respondent označil všechny nabízené možnosti.

Při hodnocení v nižším stupni obtížnosti (v legendě grafů použito označení „dobře“) je jako správně zodpovězená otázka uznána i ta, u které respondent jednu správnou možnost neoznačil.

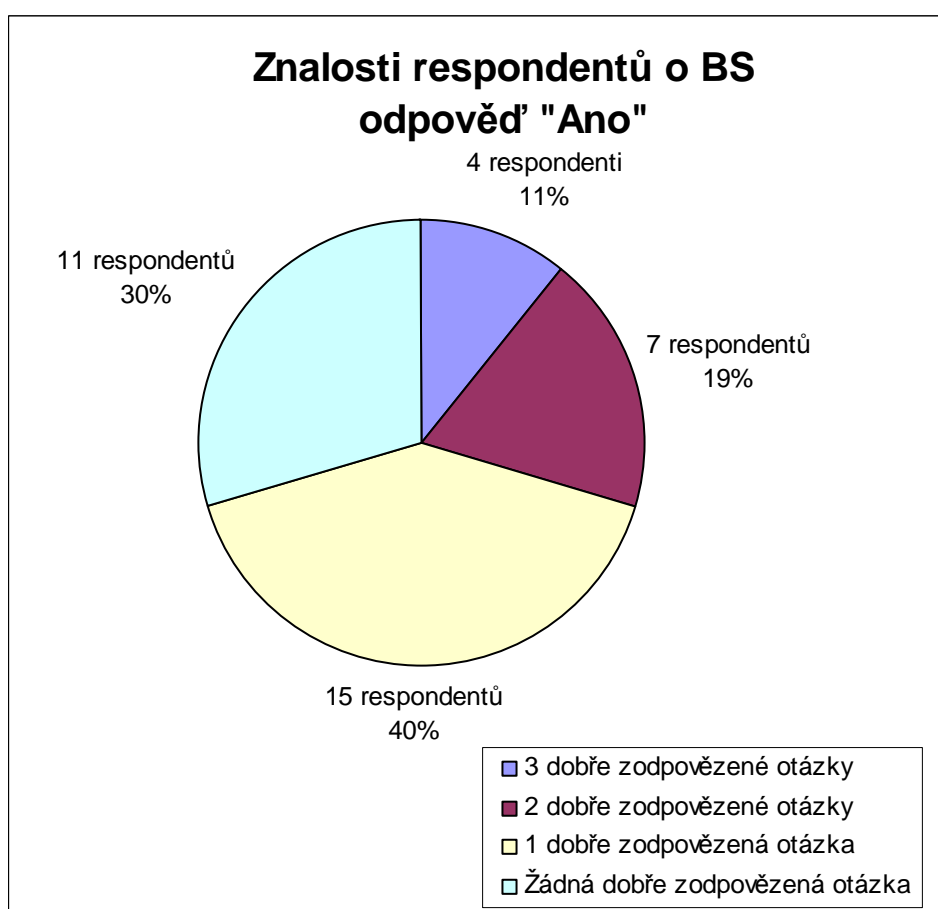
Pro získání lepší představy o náročnosti hodnocení zmíněné otázky viz dotazník v příloze práce.



Graf 1 – Hodnocení znalostí respondentů, vyšší obtížnost

Z Graf 1 – Hodnocení znalostí respondentů, vyšší obtížnost je patrné, že téměř polovina respondentů, kteří se domnívali, že o syndromu vyhoření jsou dostatečně informováni, nebyla schopna zcela správně zodpovědět ani na jednu znalostní otázku.

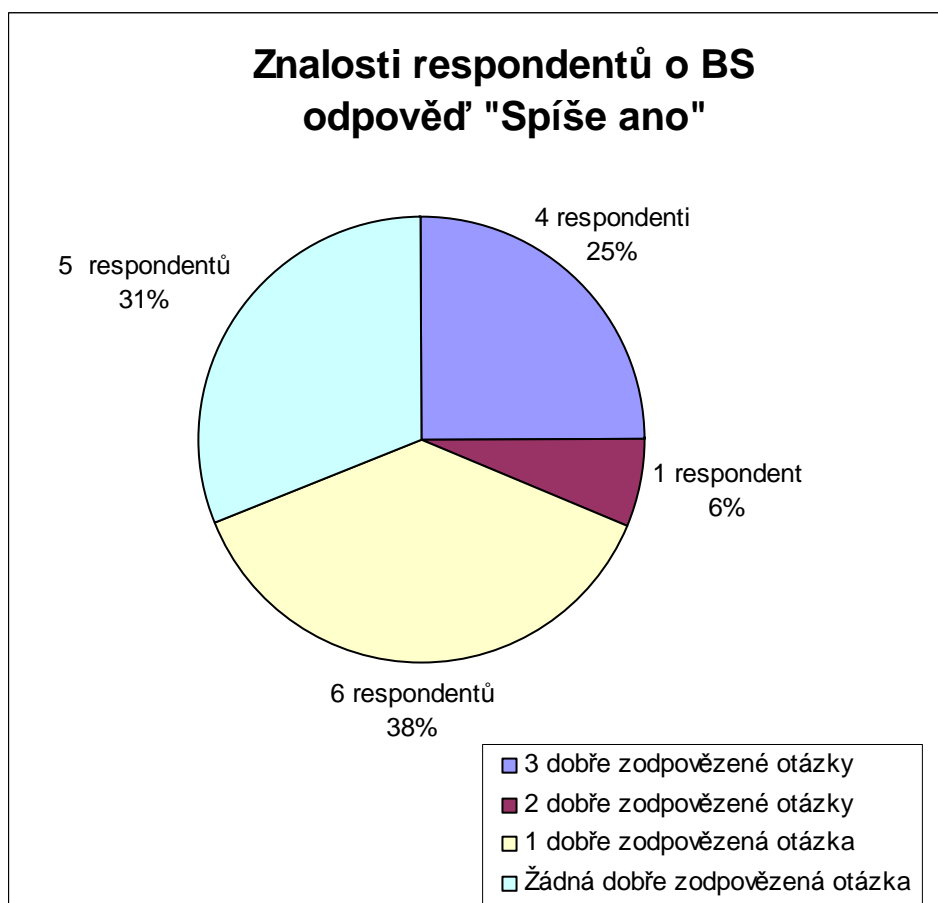
Situace je poněkud lepší při použití nižšího stupně obtížnosti hodnocení – viz Graf 2 – Hodnocení znalostí respondentů, nižší obtížnost. Pokud jako dostatečná znalost bude označován případ, kdy respondent alespoň na dvě otázky byl schopen odpovědět dobře (tj. hodnocení při nižším stupni obtížnosti), pak můžeme konstatovat, že pouze necelá třetina respondentů, kteří své znalosti považovali za dostatečné, byla schopna dostatečnou znalost prokázat v odpovědích na znalostní otázky.



Graf 2 – Hodnocení znalostí respondentů, nižší obtížnost

Další hodnocenou kategorií jsou ti respondenti, kteří své znalosti syndromu vyhoření považují za spíše dostatečné (odpověď „spíše ano“). V této kategorii byl pro hodnocení odpovědí použit pouze nižší stupeň obtížnosti, protože tito respondenti volbou možnosti obsahující slovo „spíše“ přiznali jisté pochybnosti o svých znalostech a použití vyššího stupně obtížnosti hodnocení by nebylo adekvátní.

Dosažený výsledek v této kategorii je zachycen na Graf 3 – Hodnocení znalostí respondentů, nižší obtížnost. Porovnáním s Graf 2 – Hodnocení znalostí respondentů, nižší obtížnost lze dojít k závěru, že skutečně prokázané znalosti v těchto dvou kategoriích jsou naprosto srovnatelné. Procentuální zastoupení respondentů, kteří byli schopni dobře zodpovědět na všechny tři otázky je dokonce více než 2x vyšší u těch, kteří své znalosti syndromu vyhoření považovali pouze za „spíše“ dostatečné než za dostatečné. Nicméně vzhledem k nízkému počtu respondentů (viz Tabulka 7 – Subjektivní hodnocení informovanosti o syndromu vyhoření) nelze činit žádné obecné závěry.

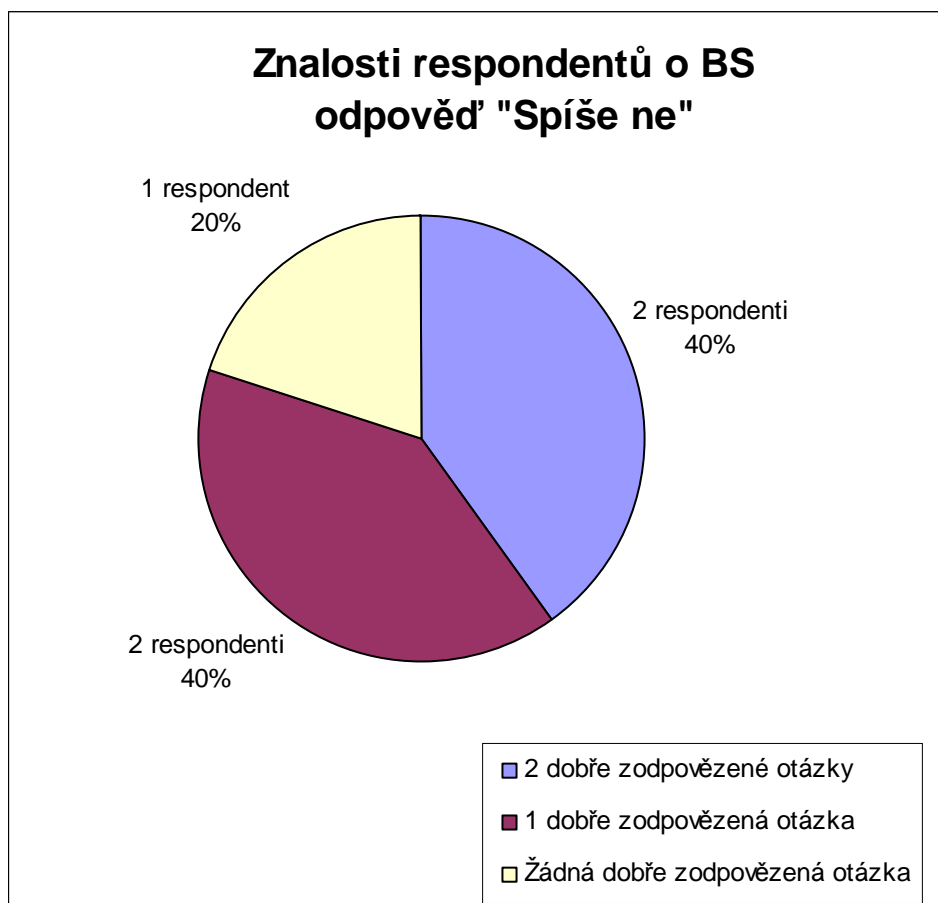


Graf 3 – Hodnocení znalostí respondentů, nižší obtížnost

Poslední hodnocenou kategorií respondentů jsou ti, kteří své znalosti syndromu vyhoření za dostatečné spíše nepovažují. Do této kategorie se zařadilo méně než 10% respondentů. Hodnocení znalostí tohoto malého vzorku je zobrazeno na Graf 4 – Hodnocení znalostí respondentů, nižší obtížnost.

V této kategorii lze subjektivní hodnocení vlastních znalostí respondentů jimi samými označit jako odpovídající prokázaným znalostem ve znalostních otázkách. Žádný z respondentů nebyl schopen dobře zodpovědět na všechny tři otázky.

Celkově lze říci, že respondenti mají tendenci své znalosti spíše mírně nadhodnocovat. Nepodařilo se zjistit žádnou závislost rozdílu mezi subjektivním hodnocením znalostí a znalostmi prokázanými odpověďmi na znalostní otázky na pracovní pozici respondentů nebo na délce práce se seniory.



Graf 4 – Hodnocení znalostí respondentů, nižší obtížnost

5.1.7 Burnout syndrom u kolegů

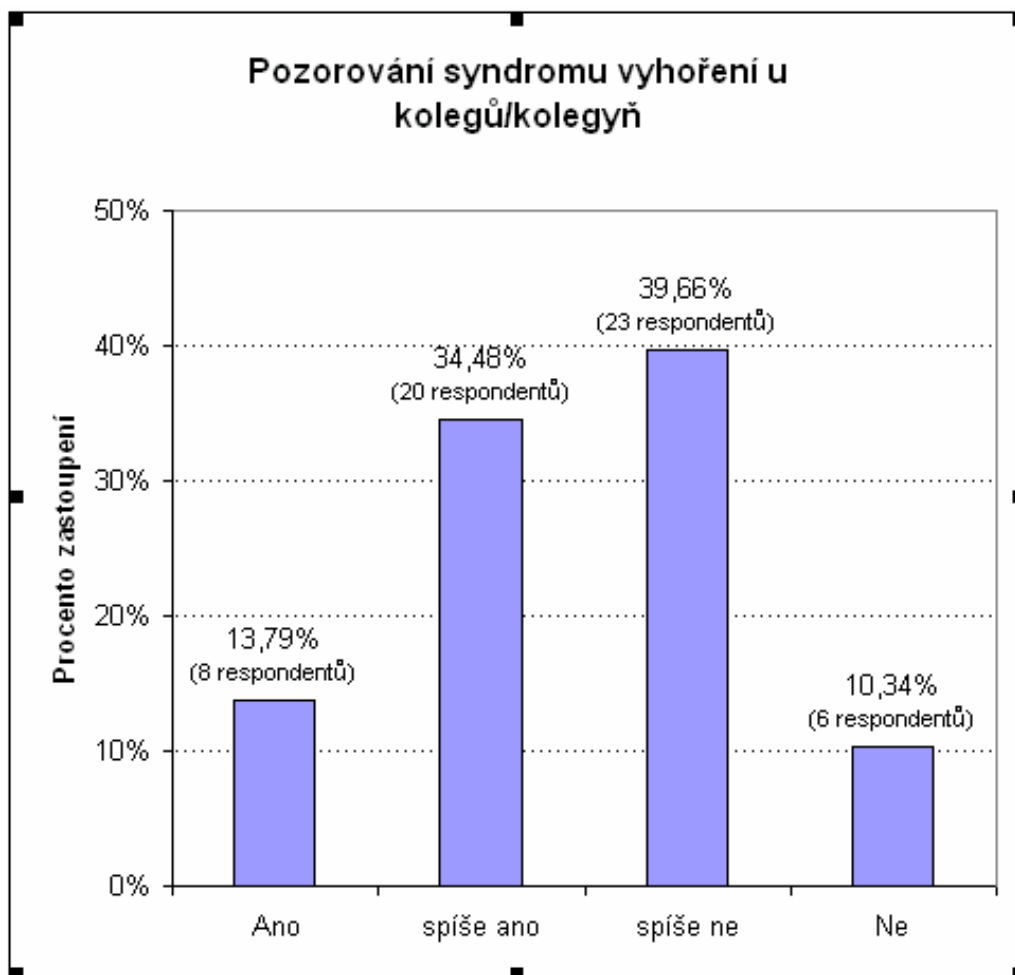
V poslední otázce číslo 9 první části dotazníku, která neslouží k vyhodnocování vyhoření respondentů, byli respondenti dotazováni, zda pozorují burnout syndrom u svých kolegů/kolegyň. Výsledky jsou zaznamenány v Tabulka 8 – Pozorování burnout syndromu u kolegů/kolegyň.

Burnout syndrom u kolegů	Počet	Procentuální zastoupení
Ano	8	13,79%
Spíše ano	20	34,48%
Spíše ne	23	39,66%
Ne	6	10,34%
Nevyplněno	1	1,72%
Celkem	58	100,00%

Tabulka 8 – Pozorování burnout syndromu u kolegů/kolegyň

Z interpretace tabulky v Graf 5 – Pozorování burnout syndromu u kolegů/kolegyň je dobře vidět, že se respondenti rozdělili souměrně na ty, kteří burnout syndrom u svých kolegů pozorují a nepozorují. Počty těch, kteří odpověděli „Ano“ a „Ne“ jsou přibližně shodné, stejně tak se poměrně dobře shodují počty těch, kteří odpověděli „Spíše ano“ a „Spíše ne“. Přibližně $\frac{3}{4}$ respondentů si nejsou odpovědi na tuto otázku příliš jisti (odpovědi „Spíše ano“ nebo „Spíše ne“). Zajímavý je postřeh, že počet těchto „nejistých“ respondentů je přibližně stejný jako počet těch, kteří v minulé kapitole byli schopni dobře odpovědět pouze na jednu nebo žádnou znalostní otázku.

Tato nejistota by mohla reflektovat skutečnost, že respondenti, přestože v odpovědi na otázku č. 5 jich naprostá většina hodnotí své znalosti jako dostatečné, si nejsou zcela jisti tím, jaké projevy by měli u svých kolegů pozorovat a neodvažují se zvolit jasnou odpověď.



Graf 5 – Pozorování burnout syndromu u kolegů/kolegyň

5.2 Statistika vyhoření respondentů

V této kapitole jsou shrnuty výsledky druhé části dotazníku, která je určena k hodnocení míry vyhoření u respondentů. Způsob hodnocení dotazníků a podrobnosti o kategoriích vyhoření jsou zpracovány v kapitole 4.2 Maslach Burnout Inventory jako metoda.

Zjištěné skutečnosti jsou přehledně rozčleněny do několika kapitol, z nichž některé slouží k hodnocení vyslovených hypotéz (viz. kapitola 4.1 Hypotézy).

Z celkového počtu 58 vrácených dotazníků nebyly dva dotazníky hodnoceny na míru vyhoření respondentů z důvodu chybného vyplnění druhé části, která k těmto účelům slouží. Takto byl počet respondentů pro hodnocení míry vyhoření omezen na 56.

5.2.1 Celková statistika vyhoření

První graf této části – Graf 6 – Celková statistika vyhoření poskytuje obecnou informaci o zjištěné míře vyhoření respondentů. Jako poměrně znepokojující fakt se jeví skutečnost, že pouze u zhruba jedné třetiny respondentů nebylo zjištěno vyhoření ani v jedné kategorii.



Graf 6 – Celková statistika vyhoření

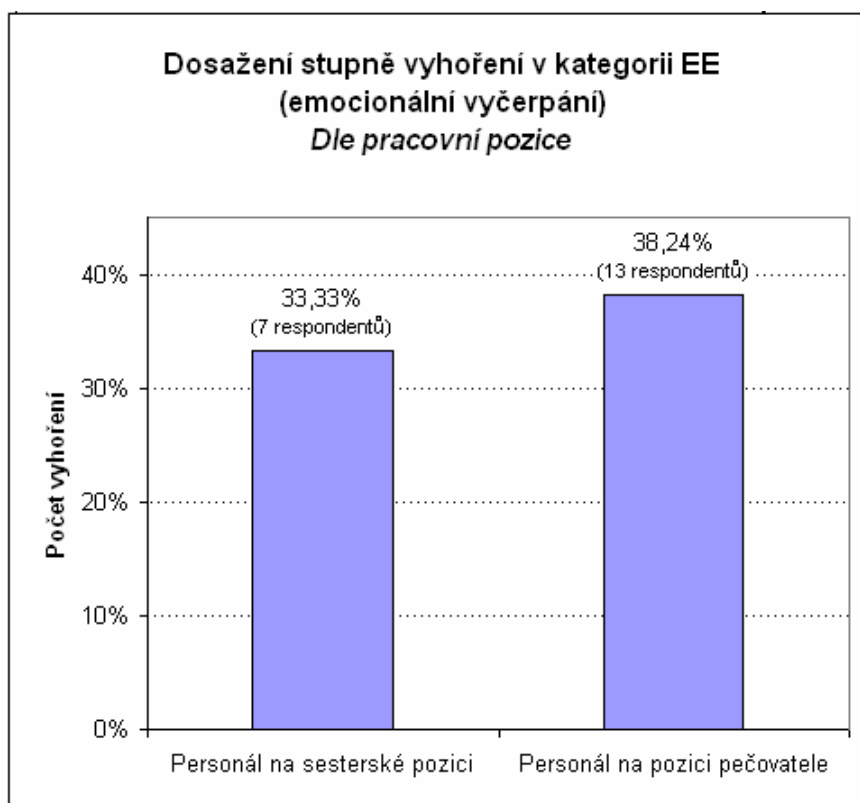
5.2.2 Srovnání pozice sestry a pečovatelky

V této kapitole jsou porovnány zjištěné skutečnosti týkající se vyhoření v různých kategoriích (viz. 4.2 Maslach Burnout Inventory jako metoda) pro pracovníky na pozici sestry a pečovatelky. Z hodnocení v této kapitole byl vyjmut jeden dotazník, který nebylo možno použít z důvodu nevyplnění zastávané pracovní pozice (viz. 5.1.4 Typ práce respondentů).

Procentuální zastoupení zobrazené v grafech je vždy vztaženo k celkovému počtu respondentů v dané kategorii. Z tohoto důvodu stejný počet respondentů odpovídá různému procentuálnímu zastoupení ve své kategorii. Počet respondentů v jednotlivých kategoriích (zde pozice sestry nebo pečovatelky) je uveden v kapitole 5.1.4 Typ práce respondentů.

a) Vyhoření v kategorii EE

Zjištěné výsledky jsou zobrazeny na Graf 7 – Srovnání vyhoření v kategorii EE u sester a pečovatelek. Vzhledem k tomu, že procentuální zastoupení na jednotlivých pozicích se zásadně neliší, lze konstatovat, že v této kategorii nebyly zjištěny žádné podstatné rozdíly ve zjištěné míře vyhoření mezi pracovníky na pozici sestry a pečovatelky.

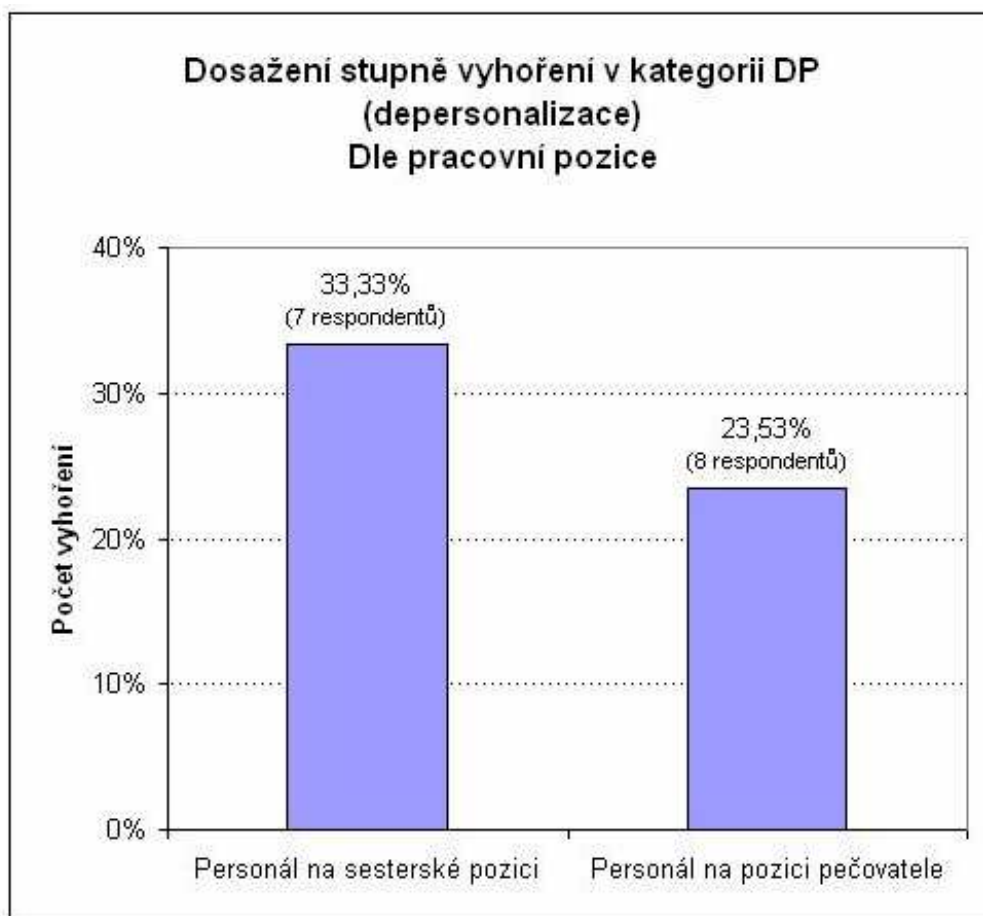


Graf 7 – Srovnání vyhoření v kategorii EE u sester a pečovatelek

b) Vyhoření v kategorii DP

Zjištěné výsledky jsou zobrazeny na Graf 8 – Srovnání vyhoření v kategorii DP u sester a pečovatelek. V této kategorii je již zjištěný meziprofesní rozdíl relativně dobře znatelný (viz Graf 8 – Srovnání vyhoření v kategorii DP u sester a pečovatelek). Zjištěná míra vyhoření je v kategorii sester o 10% vyšší než v kategorii pečovatelek. Byť tento rozdíl nepůsobí na první pohled příliš dramaticky, při pečlivějším pohledu na zjištěná čísla zjistíme, že u sester je v této kategorii výskyt vyhoření o více než 40% vyšší než u pečovatelek, což už je nezanedbatelné.

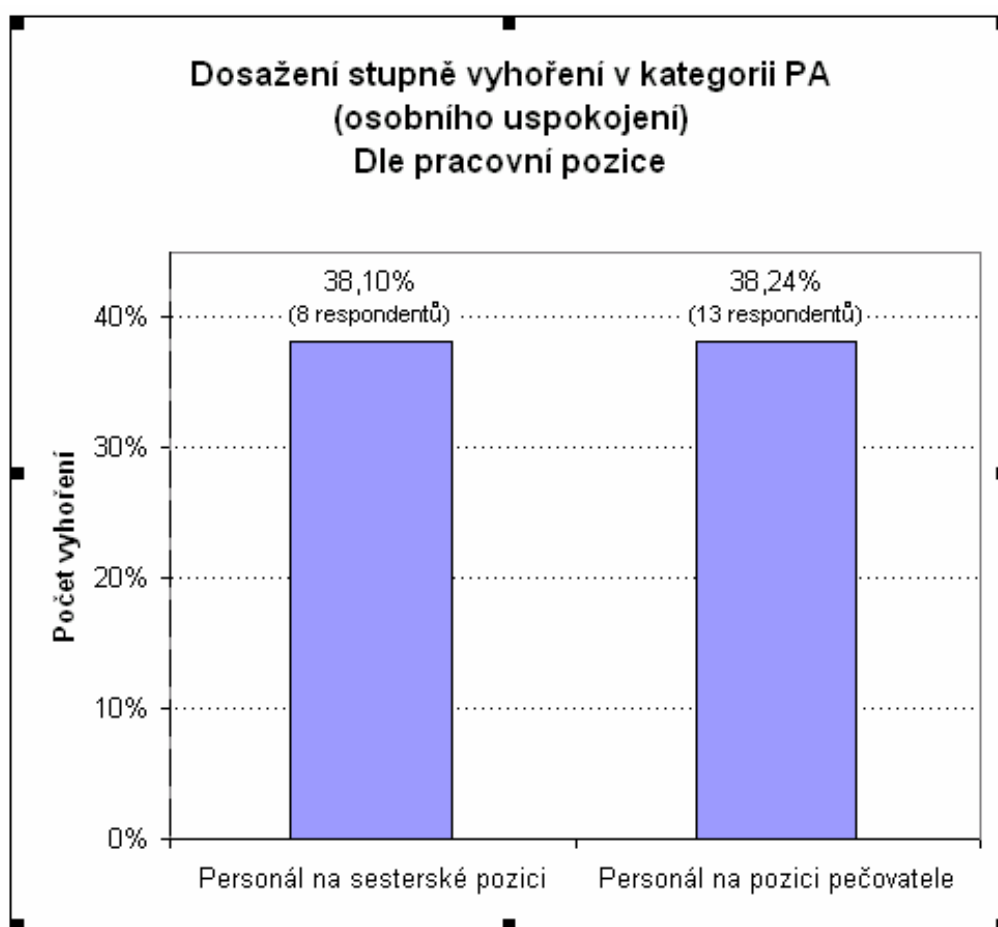
Bylo by zajímavé provést analýzu, zda existuje příčinná podmíněnost plynoucí z obsahové rozdílnosti práce vykonávané sestrami a pečovatelkami, která by mohla způsobovat rozdíl v procentuálním zastoupení pracovníků, u nichž bylo v kategorii DP zjištěno vyhoření, ve skupině sester a ve skupině pečovatelek.



Graf 8 – Srovnání vyhoření v kategorii DP u sester a pečovatelek

c) Vyhovění v kategorii PA

Zjištěné výsledky jsou zobrazeny na Graf 9 – Srovnání vyhoření v kategorii PA u sester a pečovatelek. V této kategorii jsou procentuální zastoupení osob, u kterých bylo zjištěno vyhoření, v obou skupinách až překvapivě shodná (rozdíl je řádově nižší než statistická chyba, která by byla považována za normální pro daný počet respondentů). Můžeme konstatovat, že vyhodnocení dotazníků neposkytlo žádný důvod k domněnce, že v této kategorii existuje rozdíl mezi sestrami a pečovatelkami.



Graf 9 – Srovnání vyhoření v kategorii PA u sester a pečovatelek

5.2.3 Vliv délky práce se seniory na vyhoření

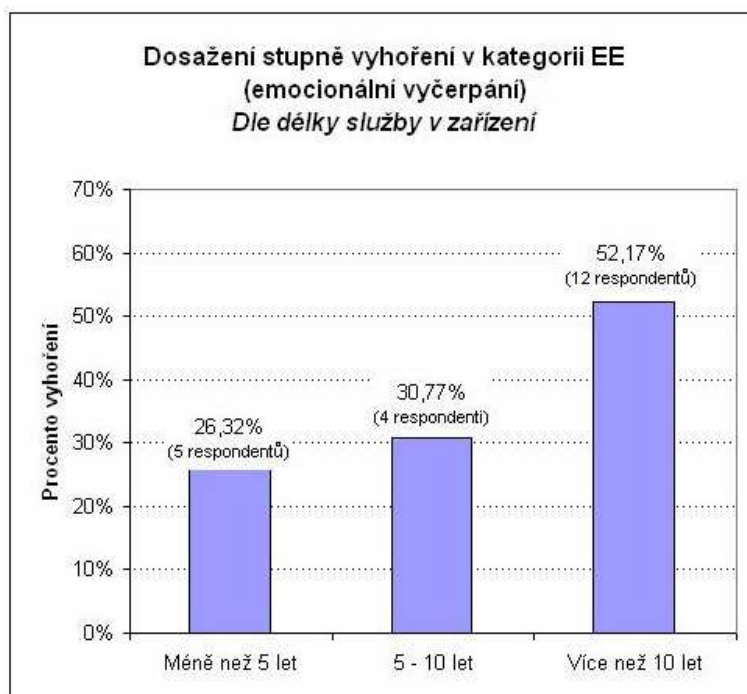
V této kapitole jsou prezentována zjištění týkající se závislosti míry vyhoření na délce trvání pracovního poměru sestry nebo pečovatelky pracující se seniory.

Souhrnná tabulka k tématu této kapitoly je v sekci 5.1.3.

a) Vyhoření v kategorii EE

Zjištěné výsledky jsou zobrazeny na Graf 10 – závislost vyhoření v kategorii EE na délce práce se seniory.

V grafu je jasně patrná stoupající tendence míry vyhoření v kategorii EE se stoupající dobou, po kterou zaměstnanec se seniory pracuje. Tento kumulativní trend si lze v praxi představit tak, že zaměstnanec je v průběhu času opakovaně vystavován stresovým situacím ve vztahu k EE vyhoření a postupně se vůči nim jeho odolnost snižuje. V závislosti na individuální míře této odolnosti a na dalších vnějších faktorech, jako je např. kvalita pracovního kolektivu, podpora ze strany vedení zařízení (možnost supervize, přístup k zaměstnancům a další oblasti tak, jak byly popsány v teoretické části této práce) nebo zdravotní stav klientů zařízení i zaměstnance, může u určitého množství jedinců tato odolnost klesnout pod kritickou mez a dojde u nich k vyhoření.

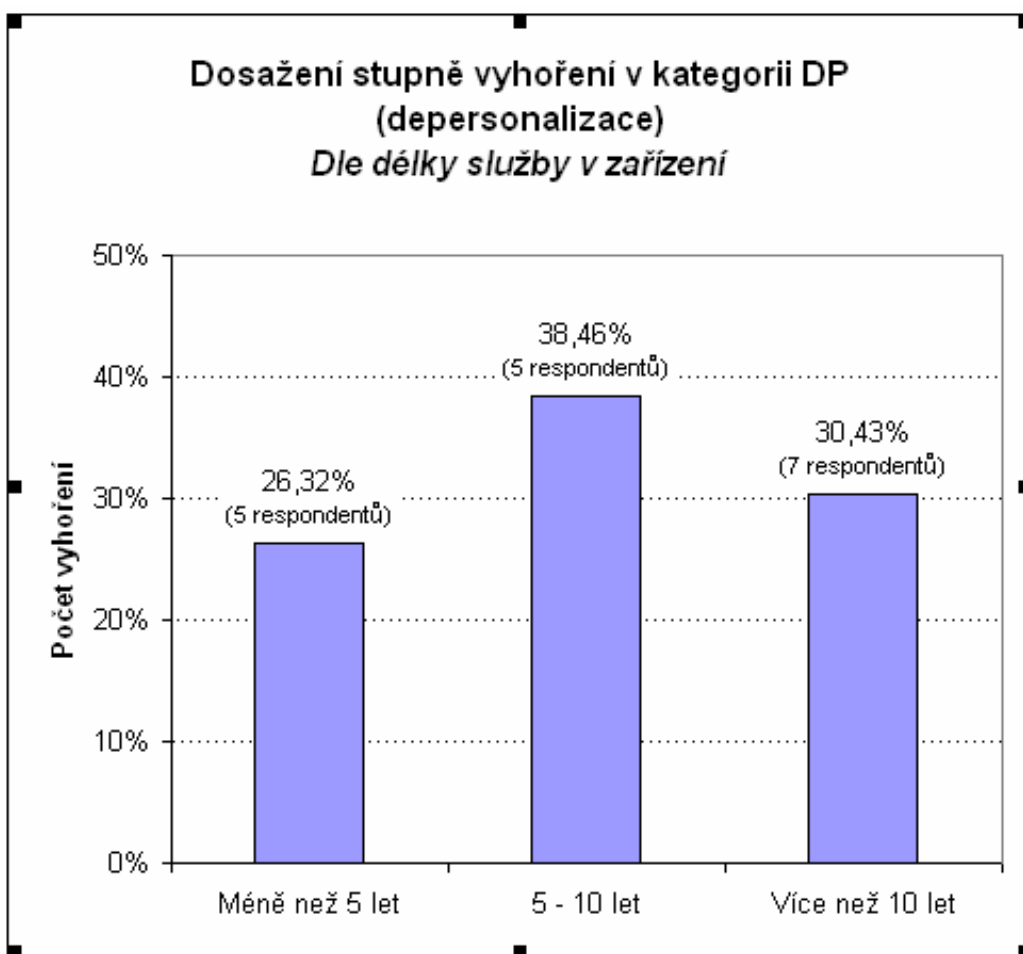


Graf 10 – závislost vyhoření v kategorii EE na délce práce se seniory

b) Vyhoření v kategorii DP

Zjištěné výsledky jsou zobrazeny na Graf 11 – závislost vyhoření v kategorii DP na délce práce se seniory.

V této kategorii není z grafu patrná žádná tendence. Procentuální zastoupení v jednotlivých skupinách pracovníků rozdělených podle délky pracovního poměru se seniory je na srovnatelné úrovni jako v kategorii EE. Podstatně nižší je pouze procento zjištění vyhoření u respondentů, kteří se seniory pracují déle než 10 let.

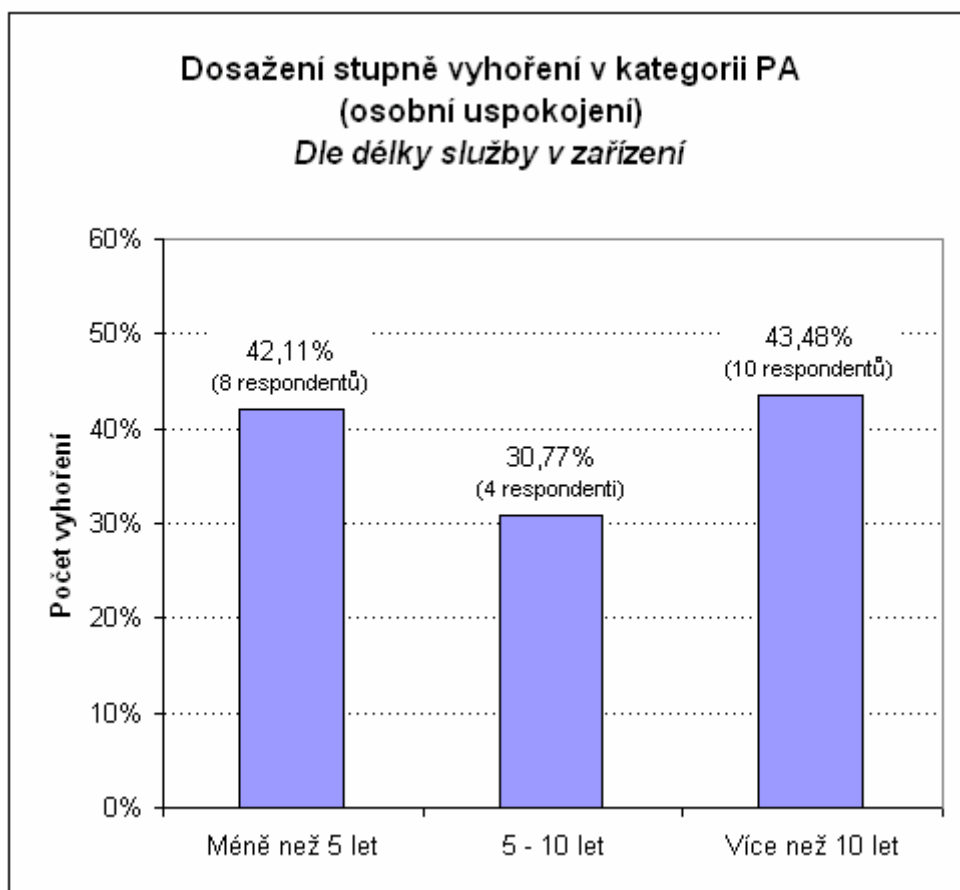


Graf 11 – závislost vyhoření v kategorii DP na délce práce se seniory

c) Vyhoreni v kategorii PA

Zjistene vysledky jsou zobrazeny na Graf 12 – závislost vyhoření v kategorii PA na délce práce se seniory.

Podobně jako v kategorii DP zde není patrný žádný posun míry vyhoření s dobou výkonu práce se seniory. Procentuální míra vyhoření je ve všech třech skupinách přibližně stejná. Pokles u nejméně početné skupiny těch, kteří se seniory pracují 5 – 10 let nelze vzhledem k nízkému počtu respondentů považovat za statisticky významný. Pro ověření výskytu tohoto poklesu by bylo vhodné provést studii na větším vzorku pracovníků pečujících o seniory. Jedním z dílčích cílů tohoto podrobnějšího výzkumu by mohlo být zjištění, zdali míra vyhoření v kategorii PA je na délce pracovního poměru nezávislá.



Graf 12 – závislost vyhoření v kategorii PA na délce práce se seniory

5.2.4 Vliv dosaženého vzdělání na míru vyhoření

V této kapitole jsou prezentována zjištění týkající se závislosti míry vyhoření na stupni dosaženého vzdělání respondentů. Cílem je tedy zjistit, zdali vzdělání má vliv na vznik syndromu vyhoření nebo zdali je odolnost vůči burnout syndromu na vzdělání nezávislá.

Z vyhodnocování v této sekci byly vyjmuty dva dotazníky, ve kterých nebyl uveden údaj o nejvyšším dosaženém vzdělání (viz kapitola 5.1.5 Dosažené vzdělání respondentů).

Pro účely vyhodnocení byly respondenti rozdělení do dvou skupin podle dosaženého vzdělání. První skupinou jsou respondenti s nižším než středoškolským vzděláním a druhou skupinou se středoškolským a vyšším vzděláním. Nízký celkový počet respondentů neumožnil podrobnější rozdělení do více skupin.

a) Celková míra vyhoření

V této kapitole bylo upuštěno od členění na kategorie (EE, DP a PA) a namísto toho je hodnocen počet kategorií, ve kterých respondenti dosáhli stupně vyhoření.

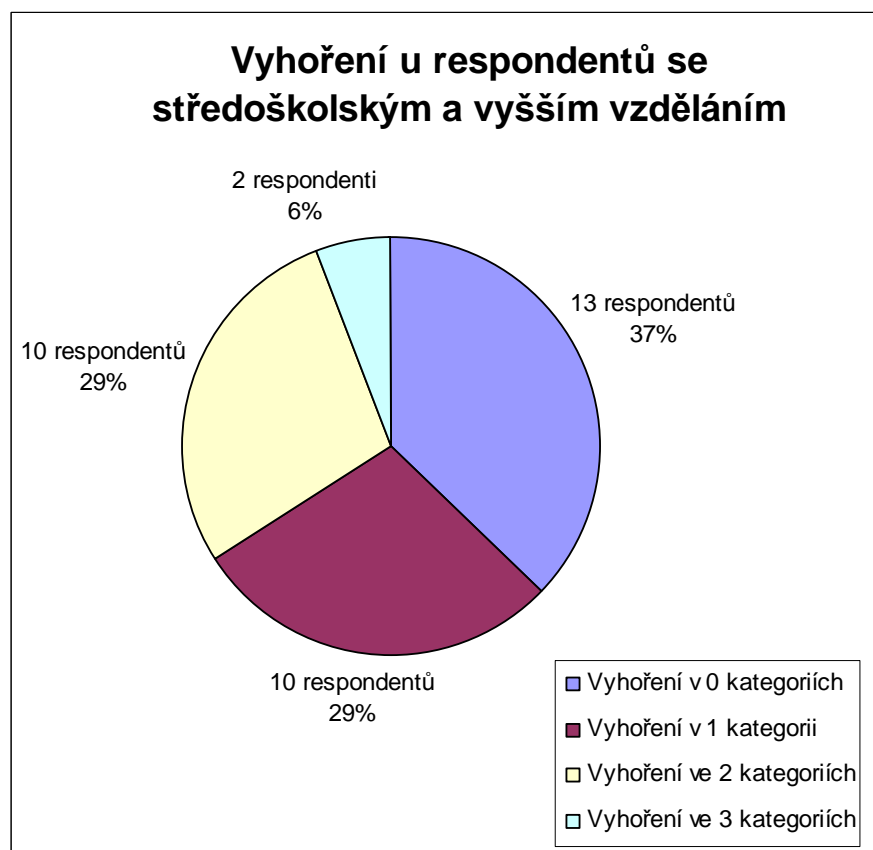
Výsledky jsou zobrazeny na dvou grafech (jeden pro každou skupinu) – Graf 13 – Vyhoření u respondentů s nižším než středoškolským vzděláním a Graf 14 – Vyhoření u respondentů se středoškolským nebo vyšším vzděláním.

Porovnáním obou grafů dojdeme k závěru, že jsou prakticky identické, rozdíly mezi nimi jsou hluboko pod statistickou chybou plynoucí z nízkého počtu vyhodnocovaných dotazníků a tedy i nízkého počtu členů v obou skupinách. V tomto výzkumu tedy nebyla zjištěna žádná závislost celkové míry vyhoření (počtu kategorií, ve kterých respondenti dosáhli stupně vyhoření) na dosaženém vzdělání.

Výsledky hodnocení celkové míry vyhoření evokují otázku, zdali neexistuje závislost mezi vyhořením v určité kategorii a dosaženým vzděláním. Této otázce je věnována následující část této kapitoly.



Graf 13 – Vyhoření u respondentů s nižším než středoškolským vzděláním



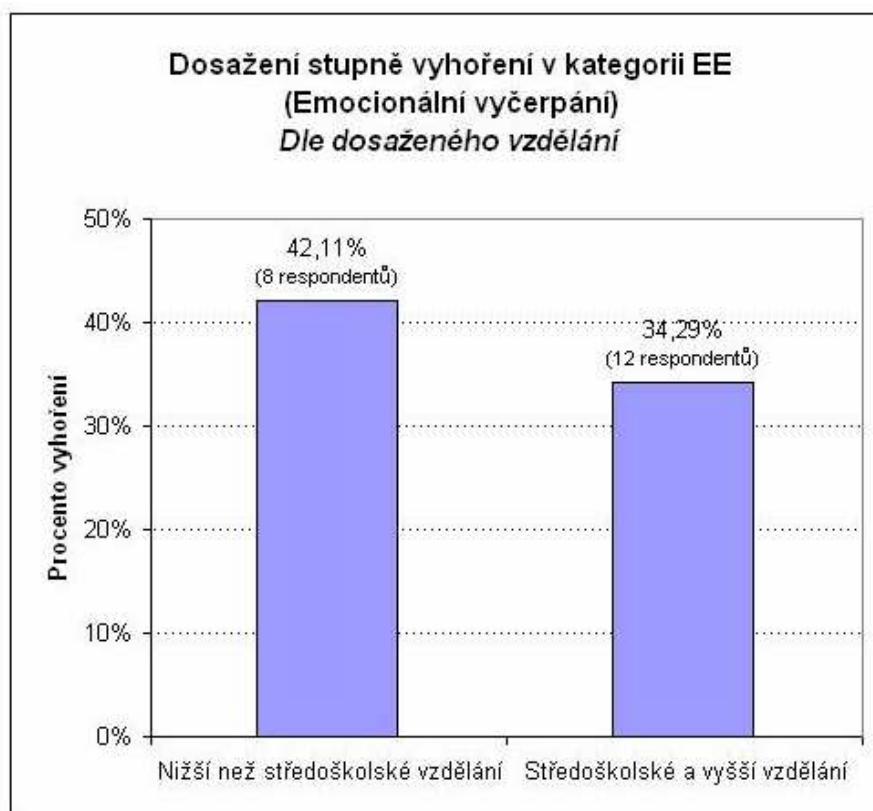
Graf 14 – Vyhoření u respondentů se středoškolským nebo vyšším vzděláním

b) Typ vyhoření v závislosti na vzdělání

Zjištěné výsledky jsou zobrazeny na Graf 15 – Vyhoření v kategorii EE v závislosti na vzdělání.

Procento respondentů, u nichž bylo identifikováno vyhoření, je mírně vyšší ve skupině respondentů s nižším než středoškolským vzděláním. Zjištěný rozdíl ca. 8% není nikterak výrazný a může se jednat o statistickou chybu způsobenou malým počtem respondentů ve výzkumu.

Pokud si bez ohledu na zjištěné výsledky položíme otázku, zdali by dosažené vzdělání mělo mít nějaký vliv na odolnost vůči vyhoření v kategorii EE, tak jen stěží nalezneme důvod, který by takovou domněnku v oboru pracujících se seniory podporoval. Předpokladem k získání vyššího vzdělání je chuť k získávání nových poznatků, pochopení souvislostí mezi nimi a ochota učit se novým věcem. Důvodem emocionálního vyčerpání pracujících se seniory bude spíše setkávání se smrtí, omezené možnosti pro zlepšení současného stavu (narozdíl od učení jakožto rozšiřování znalostí) a uvědomění si neodvratnosti konce života. Nároky kladené na jedince při vzdělávání a výkonu práce se seniory jsou tedy značně odlišného charakteru a předpoklady pro dobré zvládnání jednoho nestačí pro dobré zvládnání druhého.

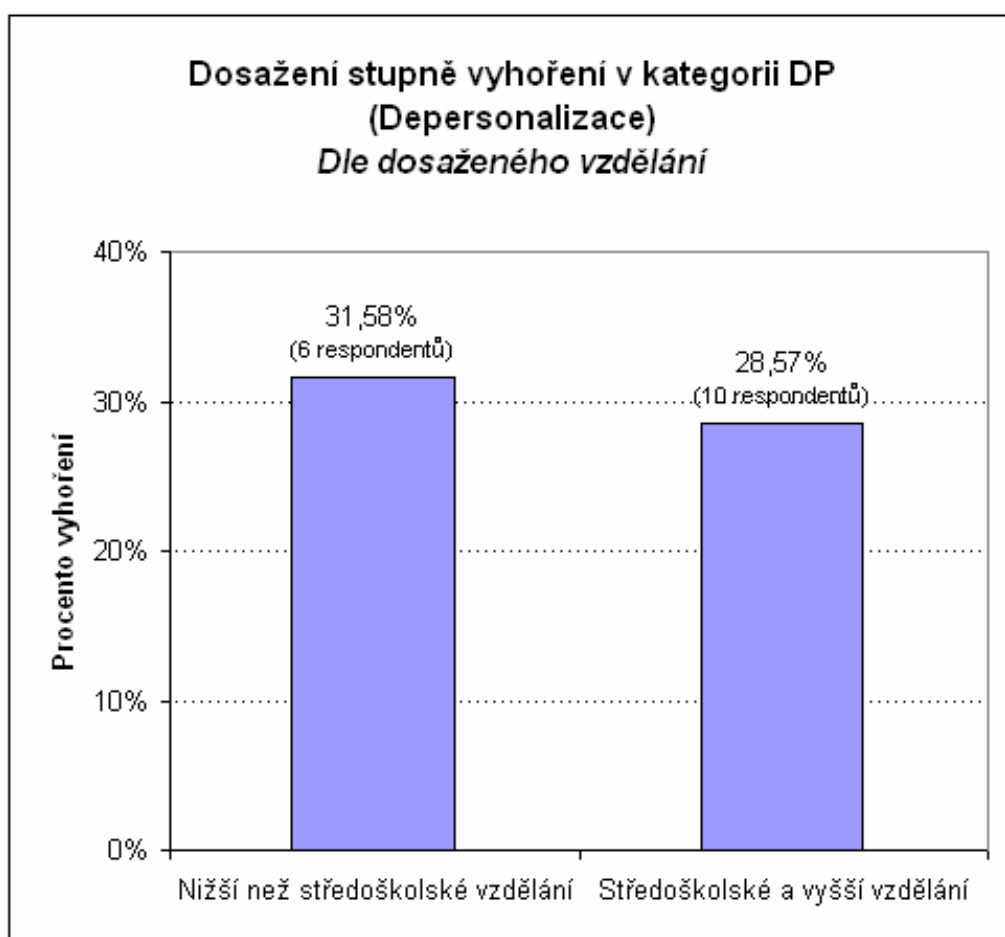


Graf 15 – Vyhoření v kategorii EE v závislosti na vzdělání

c) Vyhoření v kategorii DP v závislosti na vzdělání

Zjištěné výsledky jsou zobrazeny na Graf 16 – Vyhoření v kategorii DP v závislosti na vzdělání.

Obě vzdělanostní podskupiny respondentů dosáhly prakticky shodných výsledků, rozdíl zhruba 3% může v tomto výzkumu být zanedbán. V kapitole 5.1.5 Dosažené vzdělání respondentů je u této kategorie vyhoření zmíněna potřeba kladné odezvy. Takové odezvy se pracujícím se seniory příliš nedostává. Lidé v domovech pro seniory často mají jako cíl pouze klidné dožití svého života. Škála jejich potřeb se zužuje stejně jako možnost jejich naplňování. S tím roste i určitá nespokojenost s životem, která se odráží i na chování směrem k personálu.



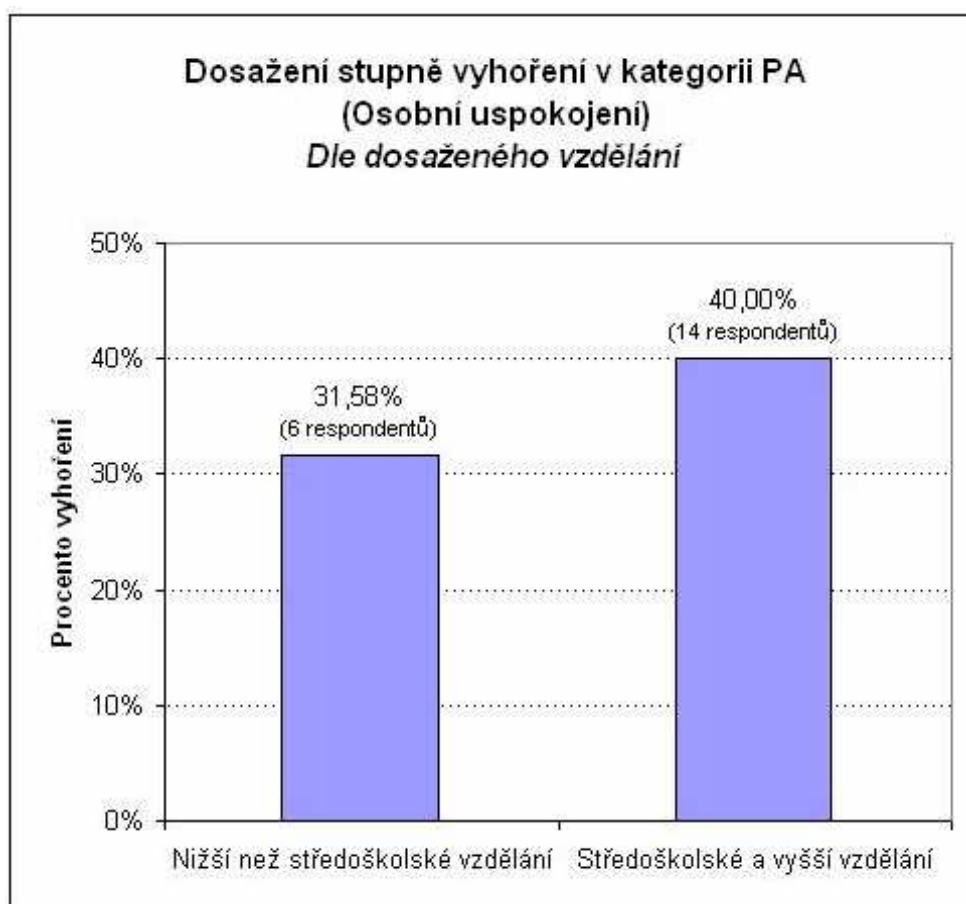
Graf 16 – Vyhoření v kategorii DP v závislosti na vzdělání

d) Vyhoření v kategorii PA v závislosti na vzdělání

Zjištěné výsledky jsou zobrazeny na Graf 17 – Vyhoření v kategorii PA v závislosti na vzdělání.

Stejně jako v případě kategorie EE je zjištěný rozdíl procentuálních zastoupení respondentů, u nichž bylo identifikováno vyhoření, ve dvou vzdělanostních skupinách zhruba 8%.

V kapitole 4.2 Maslach Burnout Inventory jako metoda je v této kategorii zmíněno, že se s ní typicky setkáváme u lidí, kteří mají tendenci se podceňovat, mají malou sebedůvěru, nízký stupeň sebe-ocenění a nejsou schopni se sami odpovídajícím způsobem ohodnotit. Tato charakteristika by spíše nasvědčovala tomu, že v této kategorii by mohli být více zastoupení spíše lidé s nižším vzděláním, protože dosažení určitého (vyššího) stupně vzdělání všeobecně sebevědomí spíše posiluje. Výsledek pocházející z vyhodnocení dotazníků nasvědčuje spíše opačné prevalenci. Jak již bylo napsáno v předchozích kapitolách, pro lepší možnost posouzení skutečného stavu by bylo nutné provést výzkum na podstatně větším vzorku osob pracujících se seniory.



Graf 17 – Vyhoření v kategorii PA v závislosti na vzdělání

6 Diskuse

První hypotéza se nám v našem souboru potvrdila – čím déle pracuje pečující personál se seniory, tím vyšší je u něho míra vyhoření.

Vyhoření v kategorii EE u respondentů pracujících se seniory méně než 5 let bylo 26%. Výsledky jsou nižší např. ve srovnání s hodnocením nově nastoupivších zdravotních sester z výzkumu prováděného u 3180 respondentek v roce 2006 (LASCHINGER a kol., 2009), kde byl index EE i 62% resp. 66% sester v dalším výzkumu z téhož roku (CHO a kol., 2006). Zde se jednalo ovšem o zdravotní sestry pracující nejenom se seniory, proto se možná naše výsledky liší.

Co se týče druhé hypotézy, jen zčásti se nám potvrdila hypotéza, že vyhoření je nižší u respondentů s vyšším vzděláním. V počtu kategorií, ve kterých respondenti vyhořeli bez ohledu na typ kategorie, jsou zjištěné výsledky prakticky totožné. Rozdíly je možné vypočítat až po rozdělení do jednotlivých kategorií. V kategorii EE byla zjištěná míra vyhoření o 8% vyšší u skupiny respondentů s nižším než středoškolským vzděláním a stejná situace se opakovala v kategorii DP, kde ale tento rozdíl dosahoval pouze 3%. V kategorii PA se situace obrátila, zde bylo zjištěných vyhoření o 8% více ve skupině respondentů se středoškolským a vyšším vzděláním. Možná by bylo zajímavější srovnání, pokud by skupina respondentů byla různorodější, tedy bylo by mezi nimi i více respondentů s bakalářským nebo magisterským vzděláním. V této práci zcela chybí zastoupení respondentů s magisterským vzděláním.

Třetí hypotéza, která tvrdí, že pracovní pozice nebude ovlivňovat míru vyhoření, se nám zcela potvrdila v kategorii PA. V kategorii EE byla zjištěná míra vyhoření pečovatelek o 5% vyšší než u sester, v kategorii DP byla naopak zjištěná míra vyhoření vyšší u sester, a to o 10%. Jak bylo již v textu napsáno, tyto zjištěné rozdíly mohou být způsobeny rozdílnou náplní práce sester a pečovatelek. Zde se ukazuje vhodnost zvoleného dotazníku MBI, který umožňuje zjištění míry vyhoření ve více kategoriích.

Limitem našeho souboru je počet respondentů a jeho struktura. Z našeho hlediska je ale obojí plně dostačující, aby demonstroval základní charakteristiky souboru respondentů. V současném systému organizační struktury domovů pro seniory nejsou příliš zastoupeny zdravotní sestry s vysokoškolským vzděláním, které by tvořily další podskupinu naší potenciálních respondentů.

V pobytových zařízeních je pečující personál prakticky denně zahrnován řadou dotazníků, které se týkají organizace práce, kvality péče, spokojenosti atd., proto i ochota se podílet na dalších průzkumech je omezená. To bylo také dalším limitem získání dotazníků od většího počtu respondentů.

7 Závěr

Cílem předkládané diplomové práce „ Syndrom vyhoření u pracovníků pečujících o seniory“ bylo zjistit míru vyhoření pracovníků a posoudit, zda délka práce se seniory ovlivňuje výskyt syndromu vyhoření. Dále zda míra dosaženého vzdělání má vliv na pracovníky ve vztahu k danému tématu a v neposlední řadě zda pracovníci mají dostatečné znalosti v této oblasti. Aby bylo cíle dosaženo, byl realizován výzkum ve dvou pražských domovech pro seniory, respondenty tohoto výzkumu byli pracovníci těchto domovů.

V první části práce jsou objasněny stěžejní pojmy jako je stáří a věková periodizace, pobytové sociální služby určené pro seniory a hlavní téma syndrom vyhoření. Zde jsem se okrajově zmínila o historických souvislostech, dále jsem věnovala pozornost jednotlivým fázím, příznakům vyhoření, jedincům i jednotlivým povoláním, kteří jsou syndromem vyhoření více ohroženi, dále nárokům, které jsou kladeny na profesionály, možným aspektům vzniku syndromu vyhoření, prevenci i terapii. V této části práce jsem pracovala především s odbornou literaturou.

V další části jsou zpracována data z vlastního výzkumu. K získání konkrétních dat o výskytu syndromu vyhoření u zkoumaných respondentů jsem použila test Maslach Burnout Inventory. Tento test jsem vybrala hlavně proto, že možné vyhoření respondentů zkoumá ze třech úhlů a to z pohledu emocionálního vyčerpání, depersonalizace a možného snížení výkonnosti vyhořelých. K získání dalších potřebných dat o respondentech vzhledem k stanoveným hypotézám jsem použila dotazník, který jsem za tímto účelem vytvořila.

První stanovená hypotéza týkající se většího výskytu syndromu vyhoření u pracovníků s delší praxí se v našem vzorku respondentů potvrdila. Druhá ze stanovených hypotéz, týkající se míry vyhoření ve vztahu k dosaženému vzdělání se nám potvrdila jen částečně.

Třetí hypotéza která tvrdí, že pracovní pozice nebude ovlivňovat míru vyhoření se nám z části potvrdila a z části nepotvrdila. V jednotlivých podsložkách dotazníku MBI na tom byli respondenti různě.

Psaní této práce bylo pro mne přínosem. Studium potřebné literatury jsem obohatila své vědomosti o řadu informací, které jsou přínosem pro mou přímou práci nejen s klienty, ale i s kolegy. Myslím si, že mnoho pomáhajících umí velmi dobře pečovat o druhé, ale neumíme tak dobře neslouchat vlastním potřebám a pokud ano, neumíme je naplňovat. Při psaní této práce jsem se na tento jev zaměřila ve své praxi. Dívala jsem se jakoby skrz jiné brýle. Sledovala jsem vlastní potřeby a snažila jsem se lépe porozumět i tomu, co říkají kolegové.

Téma syndromu vyhoření je velice aktuální a lze na něj pohlížet z mnoha úhlů. Jsem si vědoma, že jsem obsáhla jen malý díl tohoto tématu. Sama jsem si v rámci psaní práce objasnila řadu nejasností a proto se chci i dále aktivně zajímat o riziko vyhoření.

LITERATURA

ARAVANIS, S. C., ADELMAN, R. D., BRECKMAN, R., FULMER, T., HOLDER, E., LACHS, M. S., O'BRIEN, J. G., SANDERS, A. B. Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. *Archives of Family Medicine* 1993, 2(4):371 – 88.

BRØNDT, A., SOKOLOWSKI, I., OLESEN, F., VEDSTED, P. Continuing medical education and burnout among Danish GPs. *British Journal of General Practitioners* 2008 Jan, 58(546):5-6.

FARKOVÁ, M. Dospělost a její variabilita. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2480-5

FRIEDMAN, L. S., AVILA, S., TANOUYE, K., JOSEPH, K. A Case–Control Study of Severe Physical Abuse of Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2011, 59(3):417-422.

HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. 2.vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9

CHO, J., LASCHINGER, H. K. S., WONG, C. Workplace empowerment, work engagement and organizational commitment of new graduate nurses. *Canadian Journal of Nursing Leadership* 2006, 19(3), 43–60.

ISAKSSON RO, K., TYSSSEN, R., HOFFART, A., SEXTON, H., AASLAND, O., GUDE, T. A Three-year Cohort Study of the Relationships between Coping, Job Stress and Burnout after a Counselling Intervention for Help-seeking Physicians. *BMC Public Health* 2010, 10:213

KALWASS, A. Syndrom vyhoření. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7

KEBZA, V. a ŠOLCOVÁ, I. Syndrom vyhoření. 2.vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003

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

LASCHINGER, H. K. S., FINEGAN, J., WILK, P. New Graduate Burnout: The Impact of Professional Practice Environment, Workplace Civility, and Empowerment. *Nursing Economics* 2009, 27(6):377-383

MALÍKOVÁ, E. Péče o seniory v pobytových službách. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3

MINIBERGEROVÁ, L. A DUŠEK, J. Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotních oborů, 2006. ISBN 80-7013-436-4

MYRON RUSH, D. Syndrom vyhoření. 1.vyd. Praha: Návrat domů, 2004. ISBN 80-7255-074-8

RICHARDSON, B., LITCHEN, G., LIVINGSTON, G. The effect of education on knowledge and management of elder abuse: a randomized controlled trial. Age Ageing 2002; 31 (5):335-341.

STOKOWSKI, L. A. Overhauling nursing education. Medscape 2011.

TEASTER, P. B., DUGAR, T. A., MENDIONDO, M. S. ET AL. The 2004 Survey of State Adult Protective Services: Abuse of Adults 60 Years of Age and Older. Washington, DC: National Center on Elder Abuse. Administration on Aging, Department of Health and Human Services, 2006.

TOŠNER, J. a TOŠNEROVÁ, T. Burn-Out Syndrom Syndrom vyhoření. Praha: HESTIA, 2002

VENGLÁŘOVÁ, M. A KOL. Sestry v nouzi. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2

Webové stránky Ministerstva práce a sociálních věcí

http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb. 3.7.2011

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Bc. Lucie Rybyšarová

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Syndrom vyhoření u pracovníků pečujících o seniory

Počet stran (bez příloh): 72

Celkový počet stran příloh: 2

Počet titulů české literatury a pramenů: 10

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 9

Počet internetových odkazů: 1

Vedoucí práce: MUDr. Ilona Divácká, MBA

Rok dokončení práce: 2011

EVIDENČNÍ LIST KNIHOVNY

Souhlasím s tím, aby má diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze 10. července 2011.

.....

Uživatel/ka potvrzuje svým podpisem, že pokud tuto diplomovou práci využije ve své práci, uvede ji v seznamu literatury a bude ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Rybyšarová a jsem studentkou 5. ročníku navazujícího magisterského studia na Pražské vysoké škole psychosociálních studií obor Sociální práce zaměřená na krizovou intervenci

Pro svou diplomovou práci jsem si zvolila téma zabývající se problematikou syndromu vyhoření. Diplomovou práci mi vede MUDr. Ilona Divácká MBA

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, jehož výsledky budou zpracovány zcela

anonymně a použity pouze pro účel mé diplomové práce.

Děkuji Vám za spolupráci a Vaše upřímné odpovědi.

Vaši odpověď prosím zakřížkujte!

Při větším množství správných odpovědí označte všechny odpovídající.

1. **Věk:** do 20 21-30 31-40 41-50 51-60 61 a více

Pohlaví: žena muž

2. **Jak dlouho pracujete se seniory:**

méně než 5 let 5-10 let 10-15 let 15-20 let 20-25 let 25 let a více

3. **Na jaké pozici pracujete:**

zdravotní sestra pracovník v sociálních službách (pečovatelka)

4. **Dosažené vzdělání:**

základní škola+ kurz vyučen+kurz střední škola
vyšší škola bakalářské magisterské

5. **Myslíte si, že jste dostatečně informován/a o tom, co je myšleno syndromem vyhoření (burnout syndrom)?**

ano spíše ano spíše ne ne

s

6. **U koho může syndrom vyhoření vzniknout?**

zdravotní sestra pečovatelka učitel/ka
úředník/ce manžel/ka nezaměstnaný

7. **Příčinou vzniku syndromu vyhoření je:**

práce s lidmi nedostatečně oceněná práce velké nadšení
nesplněné ideály nedostatečně oceněná práce a nesplněné ideály

8. **Syndrom vyhoření se projevuje:**

psychickým vyčerpáním fyzickým vyčerpáním
citovým vyčerpáním bolestmi (hlava, klouby, záda)

9. **Pozorujete syndrom vyhoření u svých kolegů/kolegyň ?**

ano spíše ano spíše ne ne

V tomto dotazníku doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení čísla, označující podle níže uvedeného klíče sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

Síla pocitů: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

1	Práce mne citově vysává	
2	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil	
3	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a	
4	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů	
5	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi	
6	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.	
7	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů	
8	Cítím "vyhoření", vyčerpání ze své práce	
9	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a nalad'ují.	
10	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem	
11	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým	
12	Mám stále hodně energie	
13	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení	
14	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává	
15	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty	
16	Práce s lidmi mi přináší silný stres	
17	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru	
18	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty	
19	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého	
20	Mám pocit, že jsem na konci svých sil	
21	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.	
22	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy	

Maslach Burnout Inventory

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: **Bc. Lucie Rybyšarová**

Obor studia: **Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii**

Název práce: **Syndrom vyhoření u pracovníků pečujících o seniory**

Vedoucí/oponent* práce: **MUDr. Ilona Divácká, MBA**

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 71

Počet stránek příloh: 2

Počet titulů v seznamu literatury: 20

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

-vlastní zkušenosti se syndromem vyhoření
-diskuse k různým pohledům na toto téma
-dodatečné vysvětlení k tomu, jakým způsobem byl vybrán soubor respondentů, dotazník, statistické metody, výsledky
-přínos práce, možnosti dalšího využití získaných dat (prezentace na konferenci, krátké sdělení pro časopis...)

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Práci hodnotím jako vyčerpávající po stránce kvantitativní i kvalitativní. Teoretická část komplexně shrnuje problematiku vyhoření u zdravotnických pracovníků i s použitím příklad z vlastní praxe.

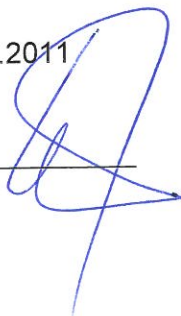
Na práci bych zejména vyzdvihla ale její praktickou část, kde se podařilo získat odpovědi od reprezentativního souboru respondentů a tím bylo umožněno kvalitně zpracovat jak statistiku souboru, tak i testovat stanovené hypotézy.

Práce ve všech splňuje požadavky kladené na diplomovou práci.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji*

Navrhovaná klasifikace: výborná

Datum, podpis: 5.9.2011



*
nehodící se, škrtněte

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Lucie Rybyšarová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Syndrom vyhoření u pracovníků pečujících o seniory

Oponent práce: Mgr. Lucie Vacková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 72

Počet stránek příloh: 2

Počet titulů v seznamu literatury: 19

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		x		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- 1) Vysvětlete pojem „syndrom vyhoření“. Navrhněte postupy, jimiž mu lze předcházet.
- 2) Zamyslete se nad výhodami i nevýhodami znalosti této problematiky u pracovníků pomáhajících profesí.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka diplomové práce si kladla za cíl zjistit u pracovníků přímé obslužné péče, kteří působí v Domovech pro seniory, míru výskytu syndromu vyhoření. Dále pak, zdali je tato míra ovlivněna některými dalšími skutečnostmi jako např. stupněm dosaženého vzdělání, pracovní pozicí či absolvovanými léty praxe. Pozornost soustředila i na konkrétní znalosti pracovníků, týkající se širší problematiky syndromu vyhoření. V teoretické části DP se zabývá fenoménem stáří, nastiňuje význam a funkci pobytových služeb pro seniory, důkladně vysvětluje „burnout syndrom“ a upozorňuje čtenáře na nejvíce ohrožené profesní skupiny. Propojuje širší souvislosti mezi vznikem syndromu vyhoření a náročnými pracovními a organizačními podmínkami těchto zařízení. Zabývá se preventivními a léčebnými možnostmi řešení vzniklé situace. V praktické části DP předkládá data získaná vyhodnocením vyplněných dotazníků 58 respondenty. V diskusi se zamýšlí nad výsledky potvrzených či částečně potvrzených hypotéz a v samotném závěru, nabízí čtenáři souhrn dílčích kroků uplatněných při tvorbě DP.

DP je po stránce obsahové, gramatické a formální v pořádku. Autorka prokázala schopnost kultivovaně pracovat s jazykem i s odbornou a cizojazyčnou literaturou. Téma je zajímavé a pro sociální práci přínosné. Mám jen pár drobných připomínek. Autorka občas zapomíná psát na konci vět tečky (např. s. 18, ř. 3, 13, 16, 18, 21; s. 40, podkapitola 4.1). V seznamu literatury nejsou odborné tituly uvedeny kurzívou, chybí čísla stránek a tečka za ISBN.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně



Datum, podpis: 13/9 2011 Mgr. Lucie Vacková