

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta tělesné výchovy a sportu

**Syndrom vyhoření u pomáhajících profesí na oddělení
geriatrie**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Duben 2006

Vedoucí diplomové práce:

doc. PhDr. Běla Hátlová, PhD.

Zpracovala:

Věra Nyklová

Abstrakt

Název: Syndrom vyhoření u pomáhajících profesí na oddělení geriatricie.

Syndrome burnout at the helping profession in the geriatric ward

Cíle práce:

Cílem diplomové práce bylo zmapovat syndrom vyhoření u pomáhajících profesí v oblasti ústavní péče o seniory. Dále navrhnout projekt pro podporu prevence a rozvoj programů supervize pro pomáhající profese v oblasti geriatrické péče.

Metoda:

Průzkum byl proveden pomocí dvou standardizovaných dotazníků a závěrečného strukturovaného rozhovoru v celkovém objemu 50 dotazovaných respondentů pracujících na oddělení geriatricie. K vyhodnocení dat byl zvolen kvantitativní přístup.

Mezi použité dotazníky patří dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI) autorky Christina Maslach k vyhodnocení emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobní výkonnosti. Dále dotazník Burnout Measure (BM) autorky Ayala Pines k vyhodnocení celkového skóre vyhoření.

Výsledky:

Provedená analýza výsledků potvrzuje předpoklad, že výskyt syndromu vyhoření je stále aktuální téma a nastavení správné a účinné prevence je nezbytné.

Klíčová slova:

syndrom vyhoření, pomáhající profese, prevence, supervize, geriatricie

Touto cestou bych chtěla poděkovat doc. PhDr. Běle Hátlové, PhD. za odborné vedení práce a za praktické rady. Dále děkuji za vstřícný přístup celému geriatrickému oddělení nemocnice Chrudim. Bez spolupráce výše jmenovaných by tato práce nevznikla.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jsem pouze literaturu uvedenou v seznamu bibliografické citace.

A handwritten signature in blue ink, reading "Věra Nyklová", is written over a horizontal dashed line.

Věra Nyklová

Motto:

„Bez práce celý život ztrouchniví, ale když je práce bezduchá, život se dusí a umírá.“

Albert Caus

OBSAH

1. Úvod.....	9
2. Teoretická část	
2.1 Syndrom vyhoření.....	10
2.2. Historie.....	10
2.3. Definice.....	11
2.3.1. Společné znaky definic.....	12
2.4. Situace vedoucí k vyhoření.....	13
2.4.1. Tři cesty k vyhoření.....	13
2.4.2. Pracovní podmínky.....	14
2.5. Projevy vyhoření.....	15
2.5.1. Psychická úroveň.....	15
2.5.2. Úroveň sociálních vztahů.....	16
2.5.3. Fyzická úroveň.....	17
2.6. Stádia vývoje syndromu vyhoření.....	18
2.6.1. Další teorie vývoje.....	18
2.7. Diagnostika	19
2.8. Riziko vzniku vyhoření z pohledu profese.....	20
2.8.1. Pomáhající profese.....	20
2.8.2. Zdravotní sestry.....	21
2.9. Odlišení syndromu vyhoření od jiných negativních psychických stavů.....	22
2.10. Prevence.....	24
2.10.1. Interní podmínky ovlivnění vyhoření	25
2.10.1.1. Obecné zásady aktivního zvládnání stresu.....	27
2.10.2. Externí podmínky ovlivnění vyhoření.....	27
2.11. Supervize.....	29
2.11.1 Pojem supervize.....	30
2.11.2. Cíl supervize.....	30
2.11.3. Proč supervize?.....	31
2.11.4. Supervizí program v organizaci.....	31
2.11.5. Formy supervize.....	32

2.11.5.1. Další formy supervize.....	33
2.11.6. Metoda balintovské skupiny.....	33
2.12. Stárnutí a stáří.....	35
2.13. Charakteristika základních pojmů.....	35
2.14. Problematika stárnutí obyvatelstva a péče o seniory.....	37
2.14.1. Analýza stárnutí populace.....	37
2.14.2. Senioři ve světě.....	38
2.14.3. Programy na podporu zdraví seniorů v ČR	38
2.14.4. Národní program přípravy na stárnutí	39
2.15. Senioři ve vztahu zdraví a nemoc.....	41
2.15.1. Zvláštnosti vyššího věku.....	42
2.16. Pojetí péče o seniory.....	44
2.16.1. Domácí péče.....	44
2.16.2. Nemocnice a její úloha v péči o geriatrické pacienty.....	45
2.17. Nemocniční geriatrická péče.....	45
2.17.1. Geriatrická nemocniční oddělení.....	46
2.17.2. Typy geriatrických nemocničních oddělení.....	46
2.17.3. Společné znaky nemocničních geriatrických oddělení.....	47
2.17.4. Sestra na oddělení geriatrie.....	47
2.17.5. Nejčastější ošetrovatelské problémy na geriatrickém oddělení.....	48

3. Praktická část

3.1. Cíle a úkoly studie.....	51
3.2. Hypotézy.....	52
3.3. Diagnostické metody.....	52
3.3.1. Zdůvodnění výběru diagnostických metod.....	55
3.4. Charakteristika průzkumné skupiny.....	55
3.5. Popis průzkumu.....	56
3.6. Vyhodnocení dat	57
3.6.1. Vyhodnocení výsledků MBI.....	57
3.6.2. Vyhodnocení dotazníků BM.....	61
3.6.3. Vyhodnocení strukturovaného rozhovoru.....	62

4. Diskuse.....	65
5. Závěr.....	67
6. Seznam použité literatury.....	68
7. Seznam vysvětlivek.....	72
8. Seznam příloh.....	73
9. Přílohy.....	74

1. Úvod

„Zuzka chtěla být od mládí zdravotní sestřičkou. A tak nikoho v rodině nepřekvapilo, když začala studovat zdravotnickou školu. Po úspěšném absolvování školy nastoupila na oddělení dlouhodobě nemocných, jelikož péče o seniory je přeci tak potřebná. Práce se jí líbila a snažila se pomáhat všem. Asi po dvou letech na tomto oddělení začala pociťovat protichůdné pocity. Její pomoc nikdo neoceňoval, vše se zdálo zbytečné. Každodenní stres ji připravoval o všechnu energii. Zuzka začala být často nemocná, žádala o pracovní volna. Dokonce začala uvažovat o změně zaměstnání.“

To byl příběh Zuzky, který ve stručnosti vystihuje o čem pojednává tato diplomová práce.

Tématem mé diplomové práce je syndrom vyhoření. Tento pojem se do České republiky dostává krátce po revoluci spolu s otevřením hranic. V této době k nám proudí mnoho technických dokonalostí ze západu, dochází k velkému rozvoji medicíny a jejího výzkumu. Mnoha lidem svitne naděje na nové pokroky a zázraky. Ale vše má svůj rub a líc. S velkým očekáváním a nadějemi přicházejí i větší zklamání a frustrace. Důsledky dopadají na pacienty, ale i na zdravotnický personál. Paradoxně vylepšené postupy, nová technologie a tím i větší kapacita pacientů- to vše znamená narůstající stres pro pomáhající personál. A proto syndrom vyhoření nenechává na sebe dlouho čekat.

Tento syndrom vystihuje termín vyhasnutí, vyhoření. Projevuje se nejvíce na psychice, ale promítá se i do mezilidských vztahů, do pracovní činnosti a také fyzické problémy doprovázejí jeho symptomatiku.

Cílem mé diplomové práce je zmapování problematiky u skupin pomáhajícího personálu na oddělení geriatric. Výsledky průzkumu by měly posloužit nejen pro zúčastněnou skupinu a jejich vedoucí pracovníky, ale všem těm, kdo se angažují v oblasti profesionální pomoci druhým.

2. Teoretická část

2.1. Syndrom vyhoření (syndrom burnout)

Syndrom vyhoření se objevuje u angažovaných „pomahačů.“ Projevuje se tělesným a emocionálním vyčerpáním, únavou, popudlivostí, nedůvěřivostí, depresivitou a negativním a cynickým postojem k vlastní práci a ke klientům. Bývá označován jako „fenomén prvních let v zaměstnání,“ kdy po vysokých očekáváních, entuziasmu a „profesní mytologii“ nastává frustrace, bezmoc a rezignace (Mallotová 2000).

Takto je často vyjádřena definice problému vyhoření. Ale pro možnosti vytvoření správného postoje, důležitých preventivních opatření a programů- supervizí je třeba ponořit se do problematiky hlouběji.

2.2. Historie

Již od sedmdesátých let 20. století se psychologové a lékaři zabývají stavy celkového, především pak psychického vyčerpání, jež se projevuje v oblasti poznávacích funkcí, motivace i emocí a jež zasahuje a ovlivňuje postoje, názory, ale i výkonnost a následně celé vzorce především profesionálního chování a jednání osob, u nichž došlo k iniciaci proměněných, ovlivňujících vznik a rozvoj tohoto syndromu. Tyto stavy se označují jako syndrom vyhoření, vypálení, těž vyhaslosti, tj. vyčerpání („burnout syndrom“) (Kebza, Šolcová 2003).

Tento termín použil poprvé Hendrich Freudenberg. Označil jím jev, který byl dobře znám. Freudenberg mu však dal jméno. Pojmenoval ho a mnoho dalších psychologů začalo tento jev soustavně sledovat (Křivohlavý 1998).

Jde svým způsobem o velmi výstižnou metaforu: anglické sloveso „to burn“ to znamená hořet, ve spojení „burn out“ pak dohořet, vyhořet, vyhasnout. Původní silně hořící oheň, symbolizující v psychické rovině vysokou motivaci, zájem, aktivitu a nasazení, přechází u člověka postiženého příznaky syndromu vyhoření do dohořívání a

vyhaslosti: kde nic není, tj. kde již není materiál, který by živil hořící oheň, nemá již dál co hořet (Kebza, Šolcová 2003).

Termín vyhoření (burnout) byl původně používán pro označení stavu lidí, kteří zcela propadli alkoholu a ztratili o vše zájem. Později se tento termín začal používat i pro toxikomany, pro ten jejich stav, kdy jejich zájem je soustředěn jen na danou drogu a vše ostatní jim je zcela lhostejné. Posléze se termínu vyhoření začalo používat i pro lidi, kteří byli tak opojeni svou prací, že nic jiného, než to, co udělali, je nezajímalo. Pro nic jiného nebyli schopni žít. V práci se doslova utápěli. Začal se pro ně razit termín „workoholici“ – v odkazu na obdobu, kterou je možno vidět u alkoholiků. I zde docházelo k apatii a při existenci těžkostí, překážek a neúspěchů ke stranění se druhých lidí, depresím, lhostejnosti, celkové vyčerpanosti, únavě a osamění.

Jakmile se objevil termín „burnout“ a zjistilo se, že jde o něco, co se v životě vyskytuje a mnoho lidí trápí, vynořily se psychologické studie lidí, v nichž byl tento syndrom vyčerpání všech sil pozorován.

Trend neustále rostoucího zájmu o psychické vyhoření pokračuje (Křivohlavý 1998).

2.3. Definice

Zastavme se nejprve u některých výroků psychologů, kteří se jevem vyhoření dlouhodobě zabývali, jak je uvádí Jaro Křivohlavý (1998).

Hendrich Freudenberg:

„Burnout je stav vyplenění všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka (např. lidí, kteří se snaží druhým lidem v jejich těžkostech pomoci a pak se cítí sami přemoženi jejich problémy).“

Řehulka:

„Burnout je emoční vyprahlost.“

„Burnout je ztrátou smyslu pro zaujetí pracovní činnosti.“

„Burnout je vystupňovaná nespokojenost ze ztráty iluzí (disilusionment).“

Agens Pines a Elliott Aronson:

„Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně těžké (náročné). Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací dvou věcí: velkým očekáváním a chronickými situačními stresy.“

Maslach a Jackson:

„Burnout je syndromem emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobního výkonu. Dochází k němu tam, kde lidé pracují s lidmi, tj. tam, kde se lidé věnují potřebným lidem.“

2.3.1. Společné znaky definic

Přehlédneme-li uvedené definice vyhoření, pak vidíme, že některé charakteristiky jsou jim společné (Křivohlavý 1998).

1. Je uváděna řada negativních emocionálních příznaků- charakteristických např. pro stav emocionálního vyčerpání, únavy, deprese atp.
2. Důraz je kladen na příznaky a chování lidí, více než na fyzické příznaky vyhoření.
3. Syndrom vyhoření je uváděn vždy v souvislosti s výkonem určitého povolání.
4. Příznaky vyhoření se vyskytují u jinak psychicky zcela zdravých lidí, tj. nejde o psychologicky nenormální osobnosti (psychopaty).
5. Snížená výkonnost (nižší efektivita práce) při vyhoření souvisí úzce s negativními postoji a z nich vyplývajícím chováním a ne s nižší kompetencí či z nižších pracovních schopností a dovedností.

2.4. Situace vedoucí k vyhoření

Mezi rizikový faktor patří již samotný život v současné civilizované společnosti, s neustále rostoucím životním tempem a nároky na člověka (Kebza, Šolcová 2003).

Každé povolání má nějaké demotivační aspekty. Ale v opravdu „ničících zaměstnáních“ převažují situace, které vyvolávají vyhoření (Potter 1997).

2.4.1. Tři cesty k vyhoření

Ztráta ideálů. Ten, kdo hoří, může vyhořet: Na počátku jedné cesty, která končí syndromem vyhoření, je nadšení. Na konci studia nebo na konci předcházející profesionální dráhy se člověk upřímně těší na nové zaměstnání. Práce je zábavou je smysluplná. Postupně však narůstají potíže. Ztráta důvěry ve vlastní schopnosti jde ruku v ruce se ztrátou smysluplnosti práce samé. Jen pokračující zatížení pomáhá od negativních myšlenek. Avšak zatížení více a více vyčerpává, nakonec vede k vyhoření.

Workoholismus. Jde o nutkavou vnitřní potřebu hodně pracovat. Je sice trochu překvapující, že takové chvályhodné činnosti, jakou je práce, může někdo propadnout stejně zhoubně jako jiný opojné droze, ale je to tak. Dostat se z pravého workoholismu bude vyžadovat spolupráci s psychologem.

„Teror příležitostí.“ Některým aktivním lidem práce roste pod rukama ne proto, že by tak pomalu ubývala, ale protože s každým úkolem, který přijmou, se jim po čase objeví několik dalších, které představují lákavé příležitosti, jak na výchozí úkol navázat. Byl by hřích šanci nevyužít. Jde zde o nedostatek řádu v životě, horší kontakt s realitou (chybí odhad, co bude stát kolik času) a někdy též o neschopnosti odmítnout (Kopřiva 1997).

Takto popsal cestu k vyhoření Kopřiva, shrnul příčiny vyhoření převážně v rovině osobní- individuální. Zabýval se faktory seberealizace, perfekcionismu, vysokými osobními nároky, schopností organizace času. Mnoho dalších autorů zabývajících se příčinami vyhoření zohledňují ještě faktory pracovního zázemí, pracovních podmínek.

2.4.2. Pracovní podmínky

- *Kritičtí nadřízení.* Určitá míra kritiky je užitečná, protože nám ukazuje co máme zlepšit. Nesmí však být převážně negativní, což vede k pocitům bezmoci.
- *Nedostatek uznání.* Příliš mnoho nadřízených šetří se svým uznáním a pochvalami.
- *Neodpovídající finanční ohodnocení.*-Často je plat považován za měřítko „uznání.“
- *Práce neodpovídající kvalifikaci pracovníka.* Lidé často zjišťují, že musí přijmout zaměstnání, které neodpovídá jejich kvalifikaci. To vede k nedostatku uznání a větší náchylnosti k vyhoření.
- *Nejasnost.* Když nevíte, co se od vás očekává, je pro vás složité vědět, jestli děláte správnou věc ve správnou chvíli.
- *Úkoly bez konce.* V řecké mytologii byl zlý král Sisyfos odsouzen, aby v říši mrtvých koulel balvan nahoru na kopec. Každý den se namáhal a bojoval, až ho nakonec dokoulel na vrcholek. Každou noc, když spal, se kámen skutálel dolů. Jeho úkol nikdy neskončil.
- *Nesplnitelné úkoly.* Sice víte co se od vás očekává- jen není možné to realizovat.
- *Nevyléčitelní klienti.* Ať se snažíte sebevíc, ať jim věnujete sebevíc pozornosti a péče, narkomani dále berou drogy, lidé žijící z podpory stále nemají práci, mladí delikventi nadále končí ve vězení.
- *Neslučitelné požadavky.* Neslučitelné požadavky znamenají, že splnění jednoho vylučuje splnění druhého. A od vás se očekává, že splníte obojí .
- *Pracovní přetížení.* Příliš mnoho úkolů a věcí na rozhodování, neustálé zpoždění a starosti s časem a termíny.
- *Konflikt hodnot.* Můžete věřit tomu co děláte, snažit se odvést dobrou práci, ale přesto kam přijdete, lidé vás za vaši práci kritizují (policista).
- *Nedostatek schopností.* Vaše dobrá a uspokojující práce v organizaci závisí na vašem vztahu k ní a na vašem chování. Je důležité naučit se zvyšovat svoji osobní sílu získáváním nových dovedností (Potter 1997).
- *Neexistují plány osobního rozvoje.*

- *Chybí supervize.* Pracovník nemá příležitost sdělit někomu kompetentnímu, na jaké potíže při práci narazil, a poradit se s ním o možných řešení (Matoušek 2003).

2.5. Projevy vyhoření

Syndrom vyhoření definujeme změnou v chování pracovníka. Pokud se někdo ke klientům od začátku své pracovní dráhy chová, tak jak se chovají pracovníci trpící syndromem vyhoření, nejde u něj o reakci na pracovní stres, ale o stálý postoj (Matoušek 2003).

Příznaky vyhoření lze rozčlenit na úroveň psychickou, fyzickou a sociální vztahy. Toto členění je však pouze didaktické a příznaky jsou rozděleny z hlediska přehledného popisu.

2.5.1. Psychická úroveň

- *Negativní emoce*

Občasné pocity frustrace, vzteku, deprese, nespokojenosti a úzkosti patří k normálnímu životu a práci. Ale lidé, kteří jsou ve stádiu vyhoření, zažívají tyto emoce tak často, až se u nich stanou chronickými. Většinou lidé zažívají nejprve frustraci, která se později změní ve vztek. V pozdějších stádiích se objeví úzkost a strach, potom deprese a někdy i zoufalství.

Frustrace

Vždy existují nějaké překážky, které nám brání získat to, co chceme. Občasný pocit frustrace může být užitečný, protože nás nutí, abychom použili nové metody nebo alternativní řešení problému. Tím se rozšiřují naše schopnosti a rosteme. Ale když je frustrace stále přítomná a neřešitelná, situace je zralá pro vznik pocitu marnosti: „Proč se namáhat? Nemá to smysl. Je to beznadějně. Stejně s tím nemohu nic dělat.“

Deprese

Neustálé pocity negace a marnosti vyčerpávají emoční zásoby i největšího optimisty. Výsledkem jsou pocity hluboké deprese a takové emoční a duševní vyčerpání, kdy máte pocit, že fungujete jen na jeden watt bez možnosti dalšího nabití. I když deprese může mít počátek v pracovní situaci, stává se problémem sama sebe a vede ke zhoršení zdravotního stavu a k nekvalitním výkonům v práci (Potter 1997).

- *Pocit ztráty radosti ze života*

Hodně zaměstnaných lidí přestane dělat věci, které byly dříve pro ně příjemné nebo je těšily. Jejich aktivita přitom může být velká – dělají řadu činností, které „musí.“ Ale vypustí téměř naprosto činnosti, které by mohli dělat pro své potěšení. Současně cítí, že z jejich života odešla radost (Praško, Prašková 2004).

- *Pocit zbytečnosti*

Většina lidí očekává od práce více než peníze. Ve skutečnosti každý chce dělat něco smysluplného, aby když přijde večer domů, cítil, že to, co celý den dělal, sloužilo důležitému účelu.

Silným signálem je, když je nadšení vystřídáno cynismem. Práce se zdá být bezúčelná (Potter 1997).

2.5.2. Úroveň sociálních vztahů

- *Interpersonální problémy*

Pocit citové vyprahlosti většinou zatěžuje komunikaci s ostatními lidmi, a to jak v práci, tak doma. Když nastanou nevyhnutelné konflikty, oběti vyhoření většinou reagují emočním výbuchem nebo intenzivním nepřátelstvím, které znemožňují další komunikaci s kolegy, přáteli a rodinou.

Citové uzavření

Lidé se často nepříznivé pracovní situaci brání tím, že se citově stáhnou. Tím, že se odříznou od přátel a kolegů, připravují se o podporu, kterou zoufale potřebují.

Přirozenou obranou je nezáměr o lidské city a problémy. Dehumanizace je jinou formou emočního uzavření. Mnoho lidí, kteří mají sloužit a pomáhat, začnou o svých klientech uvažovat nikoliv jako o lidech, ale jako o předmětech (Potter 1997).

Neangažovaný vztah ke klientům

Převládá neangažovaný vztah ke klientům, snaha vyhýbat se intenzivním a delším kontaktům s nimi, případně konflikty s nimi. Klient se v očích pracovníka mění v „případ,“ nebo dokonce jen v „příznak.“ V úvahách o účinnosti služby, případně i o budoucnosti klientů převládá skepse (Matoušek 2003).

- Nechuť k profesi

Člověk se začne nudit a nedokáže se nadchnout pro žádnou práci. Nebo zjišťuje, že soustředit se na práci je čím dál tím složitější. V obou případech trpí výkonnost a kvalita práce prudce klesá. I když jsou oběti vyhoření v práci fyzicky přítomny, jsou často nepřítomny duševně a citově. Potom je pouze otázkou času, kdy se projeví podstatný pokles v kvalitě práce (Potter 1997).

Pracovní neschopnosti

Může docházet i k častým a opakovaným pracovním neschopnostem- útek do nemoci. Taktéž k žádostem o náhradní či neplacená volna.

2.5.3. Fyzická úroveň

- *Zdravotní problémy*

Spolu s citovým vyčerpáním a zhoršujícími se mezilidskými vztahy klesá u oběti vyhoření její fyzická odolnost. Zdá se být ve stavu stálého napětí nebo stresu. Častěji se objevují malá onemocnění jako nachlazení, bolesti hlavy, nespavost a bolesti zad. Panuje všeobecný pocit únavy a vyčerpání.

2.6. Stádia vývoje vyhoření

Jev zvaný burnout – vyhořívání psychických sil a nadšení – není jevem statickým, jak by se zdálo při pozorování syndromu vyhoření, ale procesem, tj. dějem, který má svůj začátek, průběh a výsledný stav. Tento dynamický jev zvaný burnout je někdy právě pro tento charakter časového průběhu přirovnáván k lidskému životu. I tam můžeme pozorovat zrod, průběh a vyvrcholení. Je dokonce možno pozorovat fáze tohoto procesu. Tyto fáze je možno projevovat i v průběhu vyhořívání (Křivohlavý 1998).

V literatuře se setkáváme s různými názory na fáze vzniku a utváření syndromu vyhoření.

Většinou se setkáváme s následujícím členěním:

Vyhoření je proces, který má své fáze a dynamiku. Na počátku bývá **nadšení** a mnohé naděje, které však zpravidla souvisejí s nerealistickým pohledem na pomáhající profesi a zejména s nepřirozeným očekáváním. Zapojení do práce je enormní a uspokojení se zdá být tak značné, že se téměř kryje se smyslem života. Pak se dostavuje **stagnace**, nadšení dohasíná, práce již není na tolik přitažlivá. Do popředí se dostávají subjektivní a mimopracovní zájmy. Po stagnaci následuje **frustrace** spojená s otázkami po smyslu této práce. Začínají se objevovat obtíže na pracovišti, ale i v osobním životě. Frustrace pak přerůstá v **apatii**, což je reakce na bezvýchodný stav, kdy je člověk trvale frustrován a nemá možnost tuto situaci změnit. Apatie již nemá nic společného s počátečním nadšením. V této situaci dělá člověk z pravidla pouze to, co musí (dle pracovní náplně). Poslední fází, která vlastně znamená cestu z tohoto bludného kruhu ven, je **intervence**. Může mít mnoho podob, od změny vztahu k práci, klientům či okolí až po změnu zaměstnání, bydliště, popřípadě i partnera (Jankovský 20003).

Počet fází, které psychologové v procesu vyhoření vyčlenili, je různý. Pro přehlednost uvádím další modely dělení.

2.6.1. Další teorie vývoje syndromu vyhoření

Čtyřfázový model procesu vyhoření dle Maslach (in Křivohlavý 1998):

1. Idealistické nadšení a přetěžování.

2. Emocionální a fyzické vyčerpání a přetěžování.
3. Dehumanizace druhých lidí jako obrany před vyhořením.
4. Terminální stádium: stavění se proti všem a proti všemu a objevení se syndromu vyhoření v celé jeho pestrosti („sesypání se“ a vyhoření všech zdrojů energie).

S odlišným dělením se setkáváme v koncepci R.Schwaba, který člení proces vzniku syndromu vyhoření na 3 fáze:

1. nerovnováha mezi požadavky zaměstnání (práce) a schopnosti jedince těmto nárokům dostát (stress);
2. bezprostřední krátkodobá emocionální odpověď na tuto nerovnováhu – pocity úzkosti, tenze, únavy a vyčerpání (strain);
3. změny v postojích a chování – tendence jednat s klienty neosobně a mechanicky (jedná se o defenzivní chování, psychologický únik ze situace, která se nedá zvládnout aktivním řešením problémů).

Je zřejmé, že je zcela na místě uvažovat o vývojových stádiích či fázích syndromu vyhoření, neboť skutečně nejde o neměnný stav, ale o neustále se vyvíjející proces (Kebza, Šolcová 2003).

2.7. Diagnostika

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

Dotazníků vytvořených za tímto účelem existuje celá řada. Vznikají různé typy orientačních dotazníků, které jsou velice jednoduché „samoobslužné“ (tedy vhodné, pro každého kdo jsi chce sám zjistit míru vyhoření). Otázkou je jejich spolehlivost (reliabilita). Proto se více využívají již prověřené typy dotazníků, které byly vytvořeny v zahraničí.

Mezi nejpoužívanější ověřené dotazníky patří dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI) autorů Maslachové a Jacksonové nebo Burnout Measure (BM) Pinesové, Aronsové a Kafryho (Masopust 2003).

Ve Státním zdravotním ústavu byly vytvořeny v odborné skupině pro psychologii a behaviorální intervence české verze některých z těchto metod a jsou postupně předávány k ověřovacímu využití v psychologické praxi (Kebza, Šolcová 2003).

2.8. Riziko vzniku vyhoření z pohledu profese

K vyhoření dochází u lidí, kteří vykonávají profesi orientovanou na pomoc druhým lidem. Proto je častý výskyt u lékařů a zdravotních sester, také u psychologů a sociálních pracovníků. Nejvíce je syndrom vyhoření popisován u lékařů a sester na odděleních s častou paliativní léčbou. Jedná se o pracovníky hospiců, onkologických a geriatrických oddělení. Na jednotkách intenzivní péče je práce sice náročná, ale různorodá a často přináší uspokojení a evidentní výsledky.

Nejen lidé pracující ve zdravotnictví mohou vyhořet. Podobně jsou na tom učitelé, úředníci, soudci, pracovníci nápravných zařízení nebo obchodníci (Masopust 2003).

V posledním období výzkumu tohoto syndromu se objevuje názor, že základní charakteristiku rizik je třeba kromě kontaktu s lidmi doplnit též o trvalý požadavek na vysoký a nekolísající výkon, který je pokládán za standard, s malou, či žádnou možností úlevy, odchylek, vysazení, a se závažnými důsledky v případě chyb a omylů (Kebza, Šolcová 2003).

2.8.1. Pomáhající povolání

V běžném životě považujeme díky slušné výchově za správné přiskočit druhému člověku na pomoc, jakmile to potřebuje, a to bez říkání, bez ptaní a pro samozřejmě dobro věci. Na takovém chování není nic mimořádného a netřeba z toho dělat vědu. Naopak vědu z pomáhání je nutné dělat všude tam kde je prohlásíme za své poslání a svou pozici v něm jako profesionální. Profesionální pomáhání je neběžná a neobyčejná

věc. Všechny pomahačské profese spatřují v pomáhání svůj smysl a k jeho naplnění hledají způsoby, jak podpořit prospěch, zdraví nebo pohodu druhého člověka (Úlehla 2005).

Na rozdíl od jiných povolání však hraje v těchto profesích velmi podstatnou roli ještě další prvek – lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem. Pacient potřebuje věřit svému lékaři a cítit lidský zájem od své pečovatelky, žák si chce vážit svého učitele, klienti by rádi důvěřovali své sociální pracovníci. Tato myšlenka je obsažena v rozšířeném názoru, že v těchto profesích je hlavním nástrojem pracovníka jeho osobnost.

I jiné než pomáhající profese se odehrávají v neustálém kontaktu s lidmi – advokát, manažer, úřednice za přepážkou, holič. Zde však stačí, když se pracovník chová v souladu s konvencí, tj. slušně. Nečeká se od něj osobní vztah.

Pomáhající pracovník se však velmi často setkává s lidmi v nouzi, v závislém postavení, kteří zpravidla potřebují víc než pouhou slušnost: přijetí, spoluúčast, porozumění, pocit, že pomáhajícímu pracovníkovi nejsou na obtíž, že pracovník je neodsuzuje. Pátrají po signálech, které by jim pomohly vytušit kvalitu prožitků pracovníka při vzájemném kontaktu. Nacházejí je při každém setkání v drobných neverbálních projevech pracovníka. Nemusí je ani vědomě vnímat. Stačí, že tyto projevy vytvářejí určitou atmosféru, která klienty posiluje či naopak straší. Klient potřebuje důvěřovat, cítit se bezpečný a přijímaný. Bez tohoto vztahového rámce se práce pomáhajícího stává jen výkonem svěřených pravomocí (Kopřiva 1997).

2.8.2. Zdravotní sestry

Kdy a proč dochází k psychickému vyhoření zdravotní sestry? Zdravotní sestry se snaží pomoci pacientům zlepšit jejich zdravotní stav. Někteří pacienti to chápou. Váží si toho a poděkují jim za jejich péči. Jiní však to tak nechápou. Neprojeví uznání. Nepoděkují. Není divu, že se zdravotní sestry cítí potom frustrovány – neuspokojovány z hlediska svých základních psychických a sociálně- psychologických potřeb. Jejich základní existenciální potřeba není uspokojena. A to má vliv na sebehodnocení a sebeocenení i na celkový postoj zdravotní sestry jak k jejímu zaměstnání, tak k pacientům.

Zodpovědnost za životy a pohodu pacientů může být na jedné straně zdrojem uspokojení z práce, na druhé straně se ale sestry mohou při této náročné práci cítit vyčerpané a citově opotřebované. Mezi stresové faktory patří pracovní přetížení, vztahy s nadřízenými a v současné době i nedořešené kompetence sester. Na syndromu vyhoření se velkou měrou podílí i nepravidelný pracovní rytmus (Novotná, Hlaváčová 2004).

Některé zdravotní sestry se pokusily detailněji vyjádřit to, co je v jejich práci psychicky vyčerpáno tak, že nakonec ztratily prvotní nadšení (elán). Ve studii, kterou provedly W.D. Fosterová a S. Froelingová, sestry uvádějí, že je nejvíce vyčerpávalo, když poznávaly, že jsou zcela bezmocné, že stojí tváří v tvář smrti a umírání, nebo když samy utrpěly šok z bolesti, na kterou se dívaly, ale nebyly schopny pacientovi pomoci. Bylo tomu tak tam, kde se po operacích ukázalo, že naděje na celkové vyléčení je mizivá. Emocionálně je např. vyčerpávalo to, když musely přicházet do intimního styku s lidskými exkrety. Namáhavé bylo i utěšování pacientů a neustálé projevování soucítění (empatie) atp. (Křivohlavý 1998).

2.9. Odlišení syndromu vyhoření od jiných negativních psychických stavů

Syndrom vyhoření je negativním emocionálním psychickým jevem v lidském životě. Negativních jevů obdobného druhu je však více. Rozlišení pěti nejvýraznějších negativních psychických stavů vůči syndromu vyhoření uvádí Křivohlavý (1998).

- *Syndrom vyhoření a stres*

Stres a přesněji distres podobně jako vyhoření patří mezi negativní emocionální zážitky. Je definován jako napětí mezi tím, co člověka zatěžuje (tzv. stresory) a zdroji množství tyto zátěže zvládat (tzv. salutory).

Do stresu se může dostat každý člověk, avšak vyhoření se objevuje jen u lidí, kteří jsou intenzivně zaujati svou prací.

Stres se může objevit při různých činnostech, avšak vyhoření se objevuje jen u těch činností, kde člověk přichází do osobního styku s druhým člověkem- při práci s lidmi.

Pravdou je, že stres obvykle přechází do vyhoření, avšak ne každý stresový stav dochází do této fáze celkového vyčerpání.

- *Syndrom vyhoření a deprese*

Podle statistik WHO patří deprese k nejčastějším nemocem v celosvětovém měřítku. Může propuknout u lidí, kteří intenzivně pracují- jako vyhoření. Může však stejně dobře propuknout u lidí, kteří intenzivně nepracují.

Deprese může být vedlejším příznakem vyhoření, avšak může se vyskytovat i nezávisle.

Deprese má často úzký vztah k negativním zážitkům z mládí, které vyhoření nemá.

Deprese se dá léčit farmakoterapeuticky, u vyhoření se to však dosud nepodařilo.

Pravdou je, že vztahy mezi vyhořením a depresí jsou velice úzké.

- *Syndrom vyhoření a únava*

Únava je dalším psychologickým negativním zážitkem podobně jako vyhoření. Únava se vyskytuje i při vyhoření. Obecně však má únava užší vztah k fyzické zátěži, než tomu je u vyhoření. Z takovéto fyzicky ovlivněné únavy je možno dostat se odpočinkem, což u vyhoření není možné.

- *Syndrom vyhoření a odcizení*

Odcizení (alienation) patří do skupiny negativních emocionálních zážitků. Pocity odcizení je možno pozorovat i v syndromu vyhoření. Tyto příznaky se tam však objevují až v posledním stádiu vyhoření. Nikdy ne na začátku tohoto procesu. Na začátku je situace naprosto opačná.

Vyhoření se vyskytuje jen u lidí, kteří byli zpočátku nadšeni prací. Odcizení se vyskytuje i u těch, kteří nikdy ničím nadšeni nebyli, kterým moc nešlo o to, co dělali.

Odcizení se vyskytuje u lidí, pro které to, co dělali, nebylo smyslem jejich života, „celoživotním cílem“ (ideálem či idolem). U vyhoření je tomu naopak.

- *Syndrom vyhoření a existenciální neuróza*

Existenciální neuróza je „moderním“ negativním jevem. Při existenciální neuróze jde o pocit zaplnění života a naprosté existenční beznaděje. Oč jde, to je možno přiblížit výrokem: „*viděl mnoho lidí, kteří zemřeli, protože neměli proč žít.*“

Pravdou je, že s něčím podobným se setkáváme i při vyhoření. Setkáváme se s tím však jen na konci tohoto procesu.

- *Syndrom vyhoření a copout*

Kdy copout je chápán jako zjevné selhání a útek od odpovědnosti, zatímco u vyhoření se zpočátku udržuje vysoký výkon (Kebza, Šolcová 2003).

- *Syndrom vyhoření a syndrom pomáhajících*

Na rozdíl od syndromu vyhoření u syndromu pomáhajících se jedná o rané trauma odmítnutého dítěte. Trpí hladem po porozumění a uznání. Pokud je pomáhající profese provozována bez supervize, jen prohlubuje tuto nekončící a nenasytou touhu po vděčnosti a obdivu (Schmidbauer 2000).

2.10. Prevence

Následná kapitola o možnostech prevence, intervence je asi jednou z nejdůležitějších oblastí daného tématu. Jak uvádí Hawkins a Shohet (2004) vyhořením je třeba se zabývat dřív, než k němu dojde. To znamená zamyslet se nad svou stínovou motivací k práci pomáhajících profesí; sledovat své vlastní příznaky stresu a vytvářet si zdravý systém podpory; postarat se o vlastní smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní život mimo roli pomáhajícího.

Odpovědi na otázky o prevenci a zvládnání syndromu vyhoření mohou být různého druhu. Mohou být náhodné. Mohou vycházet z určitých praktických zkušeností. Mohou též vycházet z určitého teoretického pojetí (Křivohlavý 1998).

V následujícím textu představuji některé preventivní opatření v boji se syndromem vyhoření. Do preventivních opatření lze zařadit velkou škálu metod a strategií. Zde uvádím jen ty nejhlavnější, které jsem z důvodu přehledu rozčlenila na interní a externí možnosti ovlivnění vyhoření.

2.10.1. Interní podmínky ovlivnění vyhoření

- úroveň jedince-

- *Pozitivní myšlení*

Kritika je snadná, umění je obtížné. Často jsme zvyklí klást důraz na to, co nejde, a úspěchy pokládat za normální. Důsledkem toho je, že posilujeme to, co se nedaří, a snižujeme, co je dobré.

Četné vědecké studie ukázaly, že pozitivní posilování přispívá ke zlepšení učení a přináší v práci kladné výsledky.

Je důležité naučit se každý den prožít, výtěžit z něho maximum a moci si každý večer udělat pozitivní bilanci. Tento způsob života nám pracovní výkonnost v ničem nesnižuje, a podstatně to zlepšuje kvalitu života (Cungi 2001).

- *Posílení osobnosti, sebevědomí*

Nejistý člověk se těžko prosazuje. Nemá odvalu jít otevřeně za svými cíli. Je nerozhodný, často se nechává zastrašit více sebevědomými lidmi. Sebejistota naopak dává odstup, porozumění a toleranci. Sebejistý člověk je více nad věcí. Nebere si je tak osobně (Praško, Prašková 2004).

Neulpívejme na vlastních nedostatcích, negativěch a slabínách. Ty má nakonec každý. Snažte se ty své redukovat, oslabovat jejich vliv na své chování. Plán osobního rozvoje budujeme zásadně na svých přednostech, pozitivěch, silných stránkách osobnosti. Nekopírujme však druhé, buďme sami sebou a protože nejlepší cestou je ta, která staví na pozitivním vidění a myšlení, nehovoříme již nadále o svých slabínách a nedostatcích, ale zásadně o rezervách, o tom co je možné zlepšovat (Štěpaník 2003).

- *Reálné cíle, plánování*

Vedle objektivního pohledu na sebe je zapotřebí posoudit i přiměřenost cíle vzhledem k sobě a svým možnostem. Chtít reprezentovat svou zemi na olympijských hrách v nějaké disciplíně je reálné, pokud jste dobře trénovaným sportovcem na slušné úrovni. Člověka, který si občas v neděli ráno zaběhá, nebo kdo stěží jednou zvládl sjezdovku na lyžařském výcviku, to je směšné. Je příklad jasný? Existuje však plno situací zdaleka ne tak evidentních a přitom neméně absurdních. Abychom se jich vyvarovali, musíme si uvědomovat, co prožíváme. To znamená být duchem přítomen, nedělat nic mechanicky a snít přitom o něčem jiném.

Půjdeme-li přímo k cíli a o nic kolem se nebudeme starat, neúspěch je prakticky jistý. Je nutné dlouhodobě plánovat a stanovovat si vhodné strategie. Dokonce musíme myslet i na rezervní strategie pro případ nějaké překážky (Renaudová 1993).

- *Relaxační techniky.*

Pokud volíme relaxační cvičení, pak to má být spíše postup jednoduchý a takový, který dobře známe (Novák 1999).

Do relaxačních technik lze zařadit jógu, Bensonovu relaxaci, Schulzův autogenní trénink atd. S těmito relaxační techniky nás seznamuje kniha T. Nováka (1999).

- *Mezilidské vztahy a komunikace*

Může se zdát, že v reálném životě se až příliš často prosadí bezohlední a agresivní, kteří si navíc osvojí některé techniky psychologie a využívají je bez skrupulí ve svůj prospěch. Až příliš často nejde o zdání, ale o holou skutečnost. Když se však jedinec takového „vyznání“ dočká pádu- a to je poměrně časté- bývá překvapen jak osamocen ve skutečnosti byl a kolik lidí z jeho blízkého okolí mu pád přeje. A tak z racionálních důvodů a také trochu z víry, že špatné se nakonec vyplácí, se přece jen vyplatí jednat s lidmi způsobem, který bychom si přáli vidět i my jejich podání- jde vlastně pouze o maličkosti: Projevovat a pěstovat vlastnosti, které komunikaci usnadňují a na kterých dobré mezilidské vztahy stojí (Štěpaník 2005).

2.10.1.1. Obecné zásady aktivního přístupu k zvládnání stresu

- Důležité je vyvážení osobních a profesních možností
- Soustředíme-li se na to co nemáme, je to ten nejlepší recept na nespokojenost.
- Musíme si uvědomit, že nemůžeme dělat všechno! Vždyť to, co děláme, je pouze kapkou v moři toho, co bychom případně dělat mohli!
- Pokud budeme se svoji volbou a rozhodnutím spokojeni, dosáhneme více.
- Musíme lépe poznat co je součástí nás samých, nebo situací, v nichž se nacházíme. Pokud například máme provést nějakou konkrétní práci odpovídající „sešitu nutností,“ profesní možnosti zde odpovídají činnostem, ve kterých jsme kompetentní a za něž jsme odměňováni.
- Potěšení nebo pocítené uspokojení, motivace jsou součástí osobních možností.
(Cungi 2001)

2.10.2. Externí možnosti ovlivnění vyhoření

- úroveň společnosti -

- *Sociální opora*

Sociální opora chrání lidi před propadnutím do stavu psychického vyhoření. Pomáhá jim zvládat lépe stres- jak v práci, tak v občanském životě.

Uvádím členění sociální opory dle Křivohlavého (1998) v návaznosti na studii autorské dvojice Alyala Pinesové a Elliot Aronsonové:

Naslouchání

Pozorně sledovat to, co druhý člověk říká, snažit se mu porozumět a pochopit, co nám chce říct, to není snadné. Jak se ukazuje je tato potřeba „naslouchajícího ucha“ živá nejen tam, kde se člověk propadá do velkých obtíží, ale i tam, kde jde o běžné každodenní starosti, které člověka zahlcují (o tzv. „daily hassles“).

Potřeba sociálního zrcadla

Potřebujeme, aby naši činnost někdo „neutrální“ zhodnotil. A aby nám dal zpětnou vazbu. Není-li takovéto zpětné vazby, můžeme si myslet, že to co děláme za moc nestojí a spadnout do pastí sebepodceňování. Na druhé straně se můžeme pýchou nadnášet.

Uznání

Lidem nadšeným se často stává, že klesají na mysli. Proto potřebují někoho, kdo by je upozorňoval na hodnotu toho, co již vykonali, na cenu toho, čeho se jim podařilo dosáhnout.

Povzbuzení

K tomu, abychom byli, kým být máme, potřebujeme neustálého povzbuzování. Potřebujeme někoho, kdo by nám v tomto směru byl vzorem.

Soucítění- empatie

Člověk potřebuje druhého člověka ve chvílích, kdy mu není dobře, aby s ním nesl jeho bol a žal. Potřebuje člověka, aby se s ním mohl rozdělit o svou radost- aby s ním emocionálně sdílel dobré a zlé.

Emocionální vzpruha

Potřebujeme kolem sebe i mravně zralejší osobnosti a morální vzory, tj. tzv. hrdiny v etickém slova smyslu, kteří by nám naznačovali kým můžeme být.

Prověřování stavu světa

Stačíme na mnohé. Na vše však nestačíme. I když není pravda, že všichni lidé všechno vědí, přece jen je pravdou, že více lidí toho více ví. I při hledání informací, které nutně potřebujeme a které získáváme od druhých při prověřování, testování stavu světa, nám druzí lidé jsou oporou a pomocí.

Dělba práce

Mnohé můžeme udělat sami- děláme to sami. Jsou však věci, které sami dělat nemůžeme. Nestacíme na to. Je toho na nás mnoho. Za této situace je velkou pomocí, najdeme-li člověka, který je ochoten nám pomoci.

Spolupráce

Zážitek opravdové, harmonické spolupráce je něco, co překračuje naše „já.“
Opravdová (autentická) spolupráce je „dar.“

Přejný prosociální postoj a nezištná pomoc

Přejný prosociální postoj se může projevit různým způsobem. Může se odehrát jen v oblasti sociální komunikace- v tom, jak lidé spolu mluví, jak se na sebe tváří, zda se na sebe usmívají, když se potkají atp. Může se však projevit nezištnou pomocí v případě nouze.

- *Pracovní podmínky*

Úprava pracoviště

Správně motivující prostředí přispívá k udržení spolupracovníků v podniku. Naproti tomu demotivující charakter prostředí může být příčinnou, že pracovníci podnik zase rychle opouštějí (Niermeyer, Seyffert 2005).

Důležitá je možnost individuální úpravy pracoviště, nepřítomnost hluků, vhodné a dostatečné osvětlení, tepelná pohod a klidné prostředí.

2.11. Supervize

Žádný pracovník, který vystuduje příslušnou odbornou školu, není vzdělán jednou provždy. Důležité je získávání profesionální jistoty a kompetence v práci s klientem. V této souvislosti se hovoří o supervizi, která prochází napříč pomáhajícími profesemi. Pracovník v pomáhající profesi by se měl během celé své profesní kariéry pravidelně zúčastňovat supervize (Bednářová, Pelech 2003).

2.11.1. Pojem supervize

Slovo supervize pochází z latiny, *super-* znamená „výše“ nebo „přes“ a *visio* znamená „pohled.“ Úplně stejným významem lze rozumět i významu tohoto termínu, jež se postupně rozšiřoval a obohacoval o rozměr standardní kvality a měřitelnosti efektivity (Svobodová 2002).

Původ slova supervize můžeme také hledat v angličtině. Slovo „*supervision*“ se překládá jako „dohled, dozor, kontrolu, řízení, inspekci“ apod. (Kopřiva 1997).

Úlehla (2005) vyjadřuje nespokojení s překladem tohoto termínu. Uvádí, že supervizor je ten, na koho se pracovník může obrátit o pomoc a jehož odborností je pomáhat, nikoliv kontrolovat.

Je tedy zřejmé, že nekončí debaty o termínu supervize, svědčí o nejasnosti v chápání jeho obsahu. Ve skutečnosti totiž v sobě zahrnuje řadu elementů, jako je výuka, vedení, poradenství a řízení. Pokud by se supervize přiblížila jednomu z nich, ztratila by svůj originální význam (Svobodová 2002).

Jak tedy nejlépe stanovit pojem supervize? Hess (in Hawkins,Shohet 2004) definuje supervizi jako čistou mezilidskou interakci, jejímž obecným cílem je, aby se jedna osoba, supervizor, setkávala s druhou osobou, supervidovaným, ve snaze zlepšit schopnost supervidovaného, účinně pomáhat lidem.

2.11.2. Cíl supervize

Cílem supervize není kontrola, ani pouhé předávání rad, informace nebo konzultace nad případem či příkazování, jak dál postupovat a jak zvolit metody. Supervize je zaměřena na odborný i osobní rozvoj pracovníků. Jde o specifickou metodu učení v bezpečném prostředí důvěry, která se zaměřuje na podporu pracovníka, vyjasnění případu, vyhodnocení dosavadních postupů a metod, stanovení dalších strategií, odhalení nových neuvědomovaných souvislostí, pocitů a emocí, jež mohou ovlivňovat práci s klientem.

Supervize je tedy metoda umožňující reflexi vlastního profesního konání. Má za cíl analýzu (individuální nebo ve skupině) případů z praxe nebo problémů týmu,

prováděnou ve spolupráci mezi supervizorem a supervidovanými pracovníky. Výsledkem je mj. reflexe vlastní práce supervidovaných a jejich případných vědomých či neuvědomovaných chyb, vyplývající z jejich nereflektovaných dispozic osobnosti či životního postoje (Bednářová, Pelech 2003).

2.11.3. Proč supervize?

Dobrá supervize znamená přínos pro agentury a jejich pracovníky hned v několika jejich základních směrech, protože přispívá:

- k vyjasnění poslání pracoviště a celé organizace
- k prevenci syndromu vyhoření pracovníků
- k prevenci zahlcenosti a přepracovanosti
- k účinnému zvládnutí pocitů bezmoci a viny
- k účinnějšímu zacházení s vlastními zdroji pracovníků

Tím vším pochopitelně přispívá ke zlepšení služeb, které pracovníci nabízejí, ke zvýšení efektivity a dobrého jména organizace (Úlehla 2005).

2.11.4. Supervizí program v organizaci

Matoušek (2003) popisuje oblasti rozvoje supervizního programu v organizaci podle McDermentové (in Havrdová 1999).

K zaměření dochází v oblasti:

- etika a hodnoty, legislativa
- role- kdo co dělá, očekávání od představitelů dané role- jeho potřeby, otázky hranic kompetencí, očekávání od vedení týmu, zpětné vazby, složení týmu a jeho důsledky
- diskuze o případech, vytváření plánů péče
- pracovní klima- jaké to je, tady pracovat, míra radosti, podpory a spolupráce, přítomnost humoru, zvládnutí konfliktů
- postup při složitostech, komunikace s nadřízenými, s vedením
- identifikace oblastí stresu a jeho zvládnutí, prevence syndromu vyhoření

- rozbor potřeb týmu, předávání vědomostí a dovedností, hledání možných cest rozvoje a příležitosti k učení, perspektivy

2.11.5. Formy supervize

Proces supervize je nejčastěji zastoupen formou individuální, skupinové nebo týmové supervize. Dále se mohou uplatňovat i další formy jako vzájemné konzultace dvou kolegů, intervize nebo audiovize.

- *Individuální supervize*

Individuální supervize spočívá ve strukturovaném kontaktu s jedním pracovníkem. Jejím úkolem je reflektovat a podpořit profesionální fungování pracovníka a jeho další rozvoj (Matoušek 2003).

- *Skupinová supervize*

Jedná se u supervizi, která probíhá ve skupině. Hawkins a Shohet (2004) uvádějí několik důvodů výběru této formy:

- ekonomické využití času
- podpůrná atmosféra, uvědomění si, že i ostatní pracovníci čelí problémům
- více reflexí a zpětné vazby
- širší škála životních zkušeností
- využití supervizi činnostní techniky

- *Týmová supervize*

Týmová supervize není totéž co supervize skupinová. Jde o práci se skupinou, která se nesešla jen za účelem společné supervize, ale i mimo skupinu existuje vzájemně provázaný pracovní život (Hawkins, Shohet 2004). Je zaměřena především na činnosti týmu jako celku a jeho efektivitu, popř. na práci celé organizace (Matoušek 2003).

2.11.5.1. Další formy supervize dle Matouška (2003):

- *Vzájemné konzultování dvou kolegů (co-consultancy)*

Jedná se o reciproční konzultaci dvou kolegů s podobným rozsahem zkušeností. Poskytuje příležitost získat nadhled a zvážit alternativní možnosti při vedení případu. (Předem musí být dohodnuto, kdo je supervizor a kdo supervidovaný).

- *Intervize (peer- supervision)*

Jedná se o supervizní setkání skupiny bez supervizora. Jde o podobně funkčně postavené spolupracovníky, sdílející odpovědnost za pracovní činnost. Která formálně může náležet jednomu z nich.

- *Autovize (autosupervize, sebesupervize)*

Autovize je proces sebereflexe pracovníka (supervizita). Pracovník sám sobě klade užitečné otázky, na něž hledá odpovědi. Všimá si svých postupů, pocitů a tělesných reakcí při práci s klientem, které písemně vyhodnocuje.

Jak je z výše uvedeného přehledu (ve stručné formě) patrné, možností jak zapojit sebe nebo celý tým do procesu supervize je několik. Popsání postupů a metod jak tyto formy využívat je již specifika psychoterapie a psychoterapeutických poznatků. V tomto případě odkazují na velké množství literatury týkající se této problematiky.

Jedinou metodou, kterou bych se chtěla zabývat podrobněji je metoda balintovské skupiny. Tato metoda je velice často indikována u cesty k porozumění osobního procesu vyhoření. A to v rovině nejen získání představy o původu stresu, tak i v rovině námětů řešení této situace.

2.11.6. Metoda balintovské skupiny

Jedním z prvních systematických postupů současného pojetí supervize v západním světě byly tzv. balintovské skupiny.

Autorem metody je Michael Balint (1896-1970), kdy na základě své praxe došel k přesvědčení, že se lékař musí zabývat nejen pacientovou nemocí, ale celým člověkem v kontextu jeho konkrétního života. Od šedesátých let 20.století byl balintovský způsob práce využíván i v ostatních pomáhajících profesích, protože práce s lidmi vždy přináší vztahové problémy (Matoušek 2003).

Skupina příslušníků některé z takovýchto profesí se schází ve stanovených intervalech pod vedením kvalifikovaného vedoucího. Na sezení vždy někdo nabídne případ, s kterým by chtěl pomoci. Je to případ, kdy pomáhající není spokojen s tím, jak prožíval kontakt s klientem nebo jak si počínal. Nese v sobě vnitřní konflikt. Toto se přihodilo, takto jednal, ale něco v něm s tím není spokojeno. Nějaký motiv vždy vedl k tomuto jednání, které proběhlo. Jiný motiv by si přál reakci jinou. Je zde tušení, uspokojivější reakce je představitelná, jinak by to nebyl problém k řešení. Je třeba přijít na to, co vlastně od sebe člověk chce. Možná, že to pak vezme za své, možná, že to odmítne jako zbytek starých dětských přání. Potřebuje si to však s někým ujasnit (Kopřiva 1997).

Práce v balintovské skupině má pět fází.

- A. *Expozice případu.* Ten kdo případ předkládá, přednese problém tak, jak si ho pamatuje (nebývají zde důležitá objektivní data z dokumentace- to, čím se skupina zabývá, je subjektivní obraz případu v duši pomáhajícího.
- B. *Otázky.* Účastníci se ptají na okolnosti, které potřebují vědět, aby si mohli vytvořit obraz o tom, co se asi dělo v pomáhajícím, klientovi a případně i dalších osobách, které v příběhu vystupují.
- C. *Fantazie.* Účastníci říkají, co si představují o citech a vztazích jednotlivých postav příběhu. Slovo „fantazie“ má povzbudit k uvolnění tvořivosti na základě intuice. V žádném případě zde nejde o vyslovování prokazatelných pravd.
- D. *Praktické náměty na řešení.* V této fázi účastníci říkají, jaký praktický postup by v daném případě zvolili na místě pomáhajícího.
- E. *Vyjádření protagonisty.* Ten, kdo případ předložil, se vyjádří k tomu, co slyšel během fází B a D. Ocení to, co bylo pro něj užitečné. Co pro něj užitečné nebylo, může nechat stranou. Cílem celé práce není najít objektivní pravdu, nýbrž

předestřít pomáhajícímu spektru představ, z nichž si vybere to, co má pro něj cenu (Kopřiva 1997).

Tímto nastíněním prevence syndromu vyhoření se zaměřením na supervizi u pomáhajících profesí, jsem chtěla dát podmětné informace nejen pro mojí průzkumnou skupinu na oddělení geriatric a jejich vedoucí, ale také všem, kdo v pomáhajících profesích pracují, těm kteří se setkávají den co den s klienty a řeší jejich problémy a také především těm, kteří pociťují negativní pocity ze svého povolání.

2.12. Stárnutí a stáří

Stárnutí a stáří je natolik významným fenoménem života, že zájem o procesy stárnutí, pátrání po příčinách a důvodech, zájem o oddálení této nepominutelné části lidského života provází lidstvo prakticky po celou dobu existence. Je pravda, že v nejrůznějších obdobích minulosti byl tento fenomén sice různě intenzivně akcentován, ale vždy spíše ve spojení s úctou ve stáří, se zájmem o zkušenosti starých lidí a možno snad říci i s vnímáním, že být starý a dosáhnout vyššího věku a vysokého věku je spíše záviděníhodným privilegiem. Vnímání stárnutí a stáří je tedy dozajista fenoménem společenským a právě jeho akcentaci lze nahlížet optikou společenských hodnotových postojů, a tedy společenské vyspělosti z hlediska schopnosti se postupně s výhodnými a poznáním prodlouženými změnami vypořádat s dogmaty a předsudky, které mají, a to je nutno objektivně připustit, navzdory aktuálně existujícímu úsilí poměrně velkou setrvačností (Kalvach 2004).

2.13. Charakteristika základních pojmů

- ***Pojem stárnutí, stáří***

Stárnutí a stáří je na konci přirozeného vývojového procesu každého individua. I přes relativně velké množství nashromážděných dílčích poznatků nelze jednoznačně definovat jev stárnutí, ani odpovědět na otázku, proč stárneme. Stárnutí je proces, kdy

nastupují v jednotlivých orgánech na všech úrovních specifické degenerativní, morfologické a funkční změny. Nástup těchto změn nastává v ontogenezi jedince v různou dobu a pokračuje různou rychlostí. Jde tedy o proces disociovaný, desintegrovaný a asynchronní (Weber 2000).

Dělení stáří dle Kalvacha Z. a Mikeše Z. (in Kalvach 2004):

1. Kalendářní stáří je jednoznačně vymežitelné, ale nepostihuje zcela interindividuální rozdíly. I arbitrární věková hranice se posouvá, neboť se prodlužuje očekávaná doba dožití a průběžně se zlepšuje zdravotní a funkční stav nově stárnoucích generací. Dnes je počátek stáří vesměs považován věk 65 let a o vlastním stáří se hovoří od věku 75 let, který se jeví jako uzlový ontogenetický bod.
2. Sociální stáří postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. Pojem upozorňuje na společné zájmy i na rizika seniorů, k nimž patří např. maladaptace na penzionování, ztráta životního programu a společenské prestiže, osamělost, pokles životní úrovně, hrozba ztráty soběstačnosti, věková segregace a diskriminace (ateizmus). Za počátek sociálního stáří je obvykle považován vznik nároku na starobní důchod či skutečné penzionování.
3. Biologické stáří je označení pro konkrétní míru involučních změn daného jedince. Jeho exaktní vymezení se však nedaří a není shoda ani o tom, co by mělo vyjadřovat. Nečetná pracoviště, která se biologickým věkem dnes zabývají, obvykle hodnotí funkční stav, výkonnost, jako souhrn involuce, kondice i patologie, a to jak parciálně (např. věk kardiorepirační či mentální), tak celkově jako součin údajů o různé váze.

- ***Gerontologie***

Gerontologie je nauka, soubor vědomostí o stárnutí a stáří, respektive o problematice starých lidí a života ve stáří. Akcent na lidskou dimenzi je symbolizován již převažujícím označením oboru, který je odvozen od řeckého gerón (gerontos) – stařec, starý člověk, nikoliv od gerás– stáří, i když existuje i pojem geratologie.

Gerontologie se tradičně dělí do tří hlavních proudů:

1. Gerontologie experimentální se zabývá otázkami, proč a jak živé organismy stárnou.
2. Gerontologie sociální se zabývá vzájemnými vztahy starého člověka a společnosti, tím, co staří lidé od společnosti potřebují, i tím, jak populační stárnutí ovlivňuje společnost a jejich rozvoj.
3. Gerontologie klinická se zabývá zdravotním a funkčním stavem starých lidí.

- **Geriatric**

Geriatric (gerón – starý člověk, iatriá – léčení) je oblast medicíny. V širším slova smyslu, jako klinická gerontologie, geriatrická medicína, shrnuje a zobecňuje napříč všemi obory seniorskou problematiku zdravotního a funkčního stavu, specifických potřeb geriatrických pacientů, zvláštnost ve výskytu, klinickém obraze, průběhu, vyšetřování, léčení, prevenci i sociálních souvislostech chorob ve stáří.

2.14. Problematika stárnutí obyvatelstva a péče o seniory

Má vůbec stárnutí živého jedinou příčinou? Je touto příčinou onen známý poklesek Adama v ráji, když neodolal nástrahám hada, za což dnes celé lidské pokolení trpí chorobami, stárnutím a smrtí? Nebo je jen stárnutí způsobeno nepřehlednou spleť příčin, které se navzájem podmiňují, jejichž drobné, ale neustálé působení nahlodává integritu organismu jako rez železo a které končí opotřebením, zničením celého organismu používáním (Hocman 1985).

Odpověď se jistě nebude hledat lehce, ale co víme jistě, že stárnutí obyvatelstva vede k změnám demografické struktury obyvatelstva a promítá se i do stránky sociální a ekonomické.

2.14.1. Analýza stárnutí populace

Podle nejnovější projekce obyvatelstva České republiky do roku 2050 vypracované Českým statistickým úřadem bude počet osob starších 65 let intenzivně přibývat, počet

děti naopak ubývat. Podle střední varianty projekce dojde do roku 2050 k více než zdvojnásobení počtu obyvatel ve věku nad 65 let, přičemž u nejstarších osob, tj. nad 85 let, dojde dokonce k zpětínásobení jejich dosavadního počtu. U počtu dětí ve věku 0-14 let dojde k poklesu o více než jednu čtvrtinu.

Demografické stárnutí populace, které lze charakterizovat zejména růstem relativního zastoupení osob ve věku nad 65 let, mělo doposud poměrně klidný průběh a jednalo se především o takzvané stárnutí zespona věkové pyramidy. To znamená, že se snižoval podíl osob ve věku do 15 let, zatímco osob ve vyšším věku přibývalo pouze velmi pozvolně. Podle nejnovější projekce obyvatelstva České republiky do roku 2050, kterou vypracoval Český statistický úřad závěrem roku 2003, však již za dva tři roky začne počet osob starších 65 let intenzivně přibývat, neboť se tohoto věku začnou dožívat početně silnější generace narozených po roce 1940. Na intenzitě nabere tento proces, jež bude charakteristickým rysem populačního vývoje České republiky v celé první polovině 21. století, v období 2011-2017, a to v důsledku přechodu silných poválečných ročníků přes tuto věkovou hranici. (http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artcIID=201).

2.14.2. Senioři ve světě

Beata Tobiasz –Adamczyk ve své studii *Psychosocial resources in the beginning of old age as predictors of healthy ageing* (in Sýkorová 2004) potvrzuje, že demografický trend z minulého období a prognózy předurčují nárůst čísel v oblasti zastoupení starých a velmi starých lidí v populaci. Dále považuje tuto situaci za nestabilní jev a to především v západních a východních státech Evropy.

V gerontologických studiích, které B.T. Adamczyk uveřejnila ve výše uvedeném článku, se hlavními tématy stávají- úspěšné stáří, pozitivní stáří a kvality vyššího věku. Kdy hlavním bodem je zaostření na životní uspokojení a morálku.

2.14.3. Programy na podporu zdraví seniorů v ČR

Ještě nedávno se podpora zdraví zaměřovala zejména na děti a na lidi v produktivním věku, což u nás do značné míry přetrvává. Na tomto místě je ale třeba zdůraznit, že

podpora zdraví má svůj klíčový význam také pro seniory, pro jejich zdraví a sociální pohodu. Proto je třeba, aby senioři samotní, zdravotničtí pracovníci i celá společnost, pochopili důležitost a přínos podpory zdraví ve vyšším věku.

Negativní postoje vůči stárnutí mezi lidmi všech věkových skupin a představu, že staří lidé již nemohou mít prospěch z podpory zdraví, musí i naše společnost překonat. Starší lidé nesmějí být vylučováni z programů podpory zdraví a programů prevence, které jsou nabízeny mnohdy automaticky spíše mladším jedincům. Starší lidé mají být motivováni, aby se podíleli na všech aktivitách, které napomohou zlepšení zdraví a pohody (Holmerová, Jurášková, Zikmundová 2003).

2.14.4. Národní program přípravy na stárnutí (na období let 2003-2007)

Cílem tohoto dokumentu je podpořit rozvoj společnosti pro lidi všech věkových skupin tak, aby lidé mohli stárnout důstojně, v bezpečí a mohli se i nadále podílet na životě společnosti jako plnoprávní občané.

Je třeba překonat a změnit dosavadní stereotypní pohledy na stárnutí a stáří, překonat předsudky o životě, postavení a významu seniorů ve společnosti. Změna postojů jednotlivců i společnosti ke stárnutí a seniorům se musí stát základem pro přístup k naplňování celospolečenského programu přípravy na stárnutí. Nezastupitelnou roli v úspěšném prosazování programu přípravy na stárnutí a přijetí myšlenky „vytvoření společnosti pro všechny generace“ musí sehrát i soustavná a dlouhodobá medializace, publicita a propagace programu a jeho cílů, stejně jako veřejná kontrola jeho naplňování.

Stárnutí společnosti je třeba pojmout jako příležitost, které má být využito všemi generacemi. Národní program přípravy na stárnutí se proto obrací na celou společnost : mladou generaci, střední generace a samotné seniory.

Oblasti, kterými se tento návrh zabývá:

- *Etické principy*

K hlavním etickým principům patří respekt k jedinečnosti člověka při současném uznání vzájemné rovnosti lidí, respekt k důstojnosti osobnosti seniora, respekt k jeho

nezávislosti, právu na sebeurčení, k právu na soukromí a vlastní volbu. Je důležité podporovat, posilovat a chránit rodinu jako základní článek společnosti, v níž se přirozeně realizuje mezigenerační solidarita, úcta a respekt ke starším lidem.

- *Přirozené sociální prostředí*

Možnost žít v přirozeném sociálním prostředí je předpokladem pro udržení, popřípadě i rozvoj společenského postavení seniorů. Rodina jako základní článek společnosti vytváří bezpečný prostor pro život seniorů, pomáhá seniorům udržet si nezávislost, samostatnost, je prostorem mezigenerační solidarity a brání jejich sociálnímu vyloučení.

- *Pracovní aktivity*

Rovnost příležitostí na trhu práce a co nejširší podpora zaměstnávání starších osob a seniorů je prostředkem jejich aktivizace a plného zapojení do společnosti. Zároveň představuje pro společnost cenný pracovní a ekonomický přínos.

- *Hmotné zabezpečení*

Hmotné zabezpečení ve stáří je důsledkem celoživotní aktivity každého jedince a jeho odpovědného přístupu k přípravě na stáří a je předpokladem ekonomické nezávislosti seniorů.

- *Zdravý životní styl, kvalita života*

Zdravý životní styl je součástí odpovědné přípravy na stáří. Je podmínkou pro zajištění aktivního a důstojného stárnutí a kvality života seniorů. K naplňování zdravého životního stylu a kvality života musí přispět jak společnost, tak i jednotlivci sami.

- *Zdravotní péče*

Péče o zdraví seniorů má pro společnost vzrůstající důležitost nejen v rovině etické, ale také v souvislosti s ekonomickou situací společnosti. Nárůst počtu seniorů, kteří potřebují a budou potřebovat zdravotní péči, povede k rostoucím požadavkům na systémy zdravotní péče. Zároveň je potřebné podporovat zájem a účast všech generací na programech prevence a péče o zdraví.

- *Komplexní sociální služby*

Nárůst počtu seniorů a rostoucí potřeba sociální péče a sociálních služeb musí vést k rozvoji sociálních systémů tak, aby reflektovaly různost sociální situace seniorů a minimalizovaly riziko sociálního vyloučení a institucionizace.

- *Společenské aktivity*

Co nejširší účast seniorů na společenském životě je nezbytnou podmínkou rozvoje společnosti, zdravých postojů ke stárnutí a stáří, ke vzájemnému respektu a solidaritě generací.

- *Vzdělávání*

Vzdělání je jednou z podmínek pro aktivní a plodný život. Možnost celoživotního vzdělávání je nezbytným předpokladem pro udržení znalostí a schopností stárnoucích osob a seniorů. Podporuje duševní pohodu, udržení pracovní schopnosti a uplatnění na trhu práce, posiluje nezávislost. Může přispět ke snížení marginalizace, osamění, generační intolerance a zlepšit příležitosti k začlenění do společenského dění. Vzdělávání přispívá k humanizaci, k sociální integraci a kvalifikaci, umožňující uplatnění na trhu práce.

- *Bydlení*

Odpovídající bydlení je pro seniory zvláště důležité. Oddaluje nebo zamezuje odchodu seniorů do objektů a zařízení, kde jsou odloučeni od rodin a ztrácejí dosavadní společenské kontakty ([http:// www.mpsv.cz/cs/1057](http://www.mpsv.cz/cs/1057)).

2.15. Senioři ve vztahu zdraví a nemoc

Zdraví je podmínkou soběstačnosti, autonomie seniorů. Zdravotní stav a stupeň soběstačnosti představují faktory, které významně determinují životní způsob ve stáří a potažmo tak i stupeň integrace seniorů do společnosti.

A právě i v této oblasti problematiky se setkáváme s jedním z mnoha dogmat o stáří. Všeobecně panuje rozšířená představa, že senioři nedisponují potenciálem zdraví, ba naopak, že většina starých lidí je nemocná, má chabé zdraví, trpí častými úrazy a že

v důsledku svého chatrného zdraví a různých nemocí pak nemohou senioři provádět běžné aktivity a celkově se tak snižuje jejich kvalita života.

Avšak stárnutí a stáří rozhodně nelze ztotožňovat s nemocemi nebo zdravotním postižením (Štěpánková in Sýkorová 2004).

Na druhé straně je třeba připustit, že právě stáří je obdobím, kdy některé nemoci a poruchy přicházejí častěji a také lidé vyššího věku jsou častějšími klienty zdravotních a sociálních služeb (Holmerová, Jurašková, Zikmundová 2003).

2.15.1. Zvláštnosti vyššího věku

- *Adaptační schopnosti*

Oblast související s psychickou involucí a psychologickými aspekty adaptace ve stáří. Tato funkce je ve stáří snížena a je jen otázkou jak se úspěšně vyrovnat s těmito změnami. Jednu z mnoha metod adaptace uvádí Švancarová J. (in Kalvach 2004).

Teorii dělí na tři skupiny:

1. teorie aktivního stáří: hlavní je podržení činností a kontaktů ze světem
2. teorie postupného uvolňování z aktivit: jedinec se naopak z řady funkcí a činností uvolní
3. teorie substituční: činnosti, povinnosti, které jsou vnímány jako zátěž nahradit jinými vhodnými aktivitami

- *Srdce a cévní systém*

Ve stáří dochází ke snížení elasticity (pružnosti) cév a ke snížení průtoku krve prakticky všemi systémy (Holmerová, Jurašková, Zikmundová 2003).

- *Pohybový systém*

Kosti a klouby podléhají u starých lidí významným změnám. Ubývá kostních trámců, kostní buňky zpomalují svojí činnost. Kost se stává řidší, křehčí a snadněji zranitelná. Meziobratlové ploténky a kloubní chrupavky se snižují, stárnou vlákna kolagenu a kloubní vazy ztrácejí svou délku a pružnost (Jedlička 1991). Těmito změnami často dochází k zlomeninám.

Jedním z charakteristických projevů doprovázejících stárnutí je změna držení těla spojená s funkčně decentralizovaným postavením v kloubech a s charakteristickým omezením mobility v kloubech (Kolář in Kalvach 2004).

Svalstvo zmenšuje svůj objem, ztrácí pružnost a sílu, snižuje se schopnost rychlé reakce. Tyto změny jsou způsobeny úbytkem kontraktilních svalových vláken, neschopností regenerace a nahrazením vazivem. Tento proces se zvyrazňuje tendencí k nečinnosti u starých lidí (Jedlička 1991).

- *Nervový systém*

Ve stáří pravidelně přicházejí senzorické poruchy, omezená je tzv. propriocepce, tedy ta část vnímání, která umožňuje identifikovat průběh a stav hybnosti. Myšlení starších lidí může být pomalejší a může být přítomna tzv. benigní stařecká zapomnětlivost. To však mohou být důsledky přirozené involuce centrálního nervového systému. Součástí normálního stáří však není demence, ta je důsledkem onemocnění, které poškozuje mozkovou tkáň. Dalším významným onemocněním je deprese, která je ve stáří častá a probíhá často nepoznána, maskována různými somatickými příznaky.

- *Výživa*

Důležitým faktorem ve stáří je stav výživy. Zatímco lidé středního věku trpí často obezitou, starší (zejména ti velmi staří) lidé jsou ohroženi spíše podvýživou, a to z příčin sociálních (osamocení, chudoba, nepřiměřená spořivost atd.) a také v důsledku změněného zdravotního stavu- chronicky vysilujících onemocnění, patologie či významné involuce zažívacího traktu.

- *Smyslové poruchy*

Tyto poruchy patří dle souhlasu odborných lékařských společností k obrazu normálního stáří. S těmito poruchami je třeba počítat a dle možností je kompenzovat (Holmerová, Juráčková, Zikmundová 2003).

2.16. Pojetí péče o seniory

Dnešním (nikoliv však novým) stěžejním problémem je právě dělba rolí (a kompetencí) v péči o seniory, a to zvláště mezi rodinou, státem, neformálním sektorem i komerčními institucemi.

Zamyslíme-li se nad některými aspekty dnešního pojetí péče o seniory, jak je aktuálně prosazováno především v rámci koncepce sociální pomoci. Ve skutečnosti lze říct, že jejím základem je posílení role rodiny a komunity (Rabuši 1997).

Vzhledem k prognózám, které předpokládají nadále stárnutí populace ve vyspělých krajinách světa, dozrál čas, aby se i naše společnost zamyslela a připravila na řešení problémů a potřeb seniorů v rovině ekonomické, sociální, zdravotní, kulturní a morální. Je důležité pro společnost i pro samotné seniory, aby informace o nich, o jejich potřebách byly pravdivé, komplexní a aby se období stárnutí začalo opět vnímat jako přirozená součást životního cyklu člověka.

Každý z nás si přeje prožít toto poslední období našeho života důstojně a v harmonii se sebou samým i s nejbližším okolím. Za optimální místo, kde může člověk prožívat svoje stáří považujeme jeho rodinu, která by ho měla zahrnout úctou a pozorností. Pro každého člověka je kontakt s jeho rodinou, ale i širším sociálním okolím, přáteli a známými velmi důležitý. Bez častých, intenzivních a pozitivně laděných interpersonálních vztahů se může starší člověk cítit osamělý a nešťastný.

Různé okolnosti ale často neumožňují, aby bylo o seniora postaráno domácím prostředím. Na pomoc rodině, která při starosti o seniora vyhasíná, si každá společnost vytváří soustavu sociálních služeb a zařízení, které můžou při péči asistovat nebo ji nahradit, ale je pravděpodobné, že nikdy ne úplně (Bayerová in Sýkorová 2004).

2.16.1. Domácí péče

Rodinu je třeba chápat jako základní prvek společnosti, který integruje všechny věkové kategorie. Proto je důležité, aby byl vytvořen systém podpory pečujících rodin. V případě nemoci či zhoršení soběstačnosti seniora je třeba rodině dodat takové služby, které ji umožní se o pacienta seniora postarat.

Nejčastějšími poskytovateli této péče jsou agentury domácí péče, domácí péče však může být také součástí komplexu služeb gerontologických center, některých nemocnic a podobně (Holmerová, Jurášková, Zikmundová 2003).

2.16.2. Nemocnice a její úloha v péči o geriatrické pacienty

Umístěním do ústavního zařízení představuje pro seniora zásadní změnu jeho životního stylu, zátěžovou situaci různé intenzity, která je závislá od mnohých okolností a je spojena se ztrátou zázemí, známého teritoria a s ním spojené identity. Starší člověk se v novém neznámém prostředí špatně orientuje, ztrácí pocit bezpečí a umístění do zařízení může chápat jako stresující signál blížícího se konce života, promítajících se do oblastí základních fyziologických a psychických potřeb. Život v ústavním zařízení je typický svoji organizovaností, tlakem na udržení určitých pravidel (Bayerová in Sýkorová 2004).

2.17. Nemocniční geriatrická péče

Projevem geriatrizace zdravotnických služeb je i zvyšování podílu seniorů na spotřebě nemocniční péče. Seniori představují podstatnou a stále narůstající část nemocniční klientely a spotřebovávají stále větší podíl nemocničních služeb.

Situace je způsobena jednak zcela či převážně neovlivnitelnými faktory demografickými a biologickými, jednak ovlivnitelnými faktory organizačními a provozními.

K objektivní faktorům patří:

- přibývání seniorů v populaci
- vyšší prevalence chorob ve stáří
- výraznější tendence k ambulantním výkonům u mladší populace než u starší
- delší ošetrovací doba (delší doba hojení)

K ovlivnitelným jevům patří:

- nadměrné prodloužení ošetrovací doby zbytečnými negativními dopady hospitalizace (geriatrický hospitalismus se vznikem imobilizačního syndromu)
 - nadměrná čekací doba na zajištění péče po propuštění– problematika bedblockingu
 - časná hospitalizace i nadměrné překlady mulimorbidních a multidisciplinárních pacientů, jako projev neschopnosti vyřešit jejich problematiku v daném prostředí, v domácích podmínkách
 - hospitalizace jako náhradní neúčelné řešení sociální situace– tzv. sociální hospitalizace
- (Kalvach, Bureš, Koval, Krajčík, Přehnal 2004 in Kalvach)

2.17.1. Geriatrické nemocniční oddělení

Rozvoj nemocniční geriatrické péče je spojen především s identifikací skupiny pacientů, jejichž charakteristikou není dlouhodobá nesoběstačnost, ale křehkost a ohroženost. Alespoň po určitou dobu svého nemocničního pobytu jsou v závažně labilním stavu a o jejich prognóze funkční i životní rozhoduje včasnost, přiměřenost a poučenost poskytovaných služeb diagnosticko– terapeutických, ošetrovatelských i rehabilitačních (Kalvach 2004).

2.17.2. Typy geriatrických nemocničních oddělení

- akutní geriatrická nemocniční oddělení
- subakutní, převážně funkčně diagnostické oddělení pro komplexní geriatrické hodnocení
- geriatrická rehabilitační oddělení postakutní péče
- ošetrovatelská geriatrická oddělení
- specializované geriatrické oddělení
- gerontopsychiatrická nemocniční oddělení

2.17.3. Společné znaky nemocničních geriatrických oddělení

Kalvach (2004) uvádí specifika geriatrického oddělení dle Rubesteina (1995).

- oddělení jsou lůžková, nikoliv ambulantní či stacionářová a jsou umístěna v areálu nemocnice
- oddělení jsou určena především pro složité, multimorbidní, interdisciplinární, „komplexní,“ křehké geriatrické pacienty
- ošetřující tým je koordinovaně multidisciplinární s rovnocenným postavením lékařů geriatrů, případně psychiatrů, odborníků v ošetrovatelství, fyzioterapii, ergoterapii, psychoterapii, logopedii, sociální práci, popř. dalších odborníků podle profilace oddělení
- základní styl práce je intervenční ve smyslu intervence diagnostické a terapeutické
- vyšetřování, léčení a rehabilitace se řídí stavem, obtížemi a potřebami jednotlivých pacientů, liší se podle profilace oddělení, ale společná je nadstandardní znalost atypické či neobvyklé geriatrické problematiky, vyloučení její marginalizace i ateistických, věkově diskriminačních přístupů, a tím zlepšení účelnosti i účinnosti hospitalizace s omezením geriatrického hospitalismu a iatrogeního poškození
- přijímání nemocných se děje s ohledem na profilaci oddělení překladem z jiných nemocničních oddělení, přijetí z domácího prostředí či překladem z dlouhodobé ústavní péče při zhoršení stavu přesahujícím možnosti těchto zařízení
- geriatrické oddělení neplní funkci zařízení dlouhodobé péče ani roli „odkladových zařízení.“
- propouštěcí proces je cílevědomě plánován již po přijetí

2.17.4. Sestra na oddělení geriatric

Ne každý je schopen najít lidský vztah k člověku v krajní nouzi. Mladí lidé, kteří chtějí lidem pomáhat, se často ostýchají pracovat se starými, osamělými a postiženými lidmi a raději hledají uplatnění v práci v dětských domovech či střediscích pro mládež.

Bojí se stáří, samoty a tělesného či mentálního postižení, s nimiž se v jejich životě doposud nesešli, jako nepochopitelných životních tragédií. Nedovedou pro ně najít místo ve svém obrazu světa. V běžném životě potkáváme mnoho lidí, kteří v takovém postoji setrvávají po značnou část svého dospělého života. Teprve když některé z těchto omezení vystoupí do jejich života– nejčastěji jsou to nemoci a stáří– začnou se emočně vyrovnávat se situacemi, o jejichž nevyhnutelném příchodu věděl jejich rozum už dávno.

Při práci se starými, chudými, osamělými a postiženými lidmi vůbec hodně záleží na životní filozofii pomáhajícího. Pro toho, kdo vidí smysl života v práci pro společnost, se může zdát působení v domově důchodců jako málo produktivní (*„vždyť ti lidé už lidstvu nemohou mnoho přinést, a tak jako tak zde nebudou dlouho“*). Je pochopitelné, že takový člověk se raději bude věnovat dětem nebo mladým rodinám. U starých lidí podle něj už o nic nejde, vše důležité už bylo rozhodnuto dávno. Jiný pomáhající naopak vnímá osamělost ve stáří jako důležitý a dramatický životní zápas, při kterém chce pomáhat raději než při zvládání problémů s pitím mladého a bohatého otce rodiny. Podle něj jde právě v situaci těžkého omezení o řešení podstatných životních problémů, zatímco onen mladý muž jen volí mezi způsoby, jak se existenciálními otázkám vyhýbat. Podobně je pro klidnou práci pracovníka ústavu sociální péče nezbytné, aby neviděl tělesné či mentální postižení jen jako vadný výrobek z dílny matky přírody, ale jako jednu z forem lidské existence (případně jednu z forem života), která má i svůj životní potenciál. Takový pohled je nutným předpokladem pro to, aby klienti– obyvatelé domovů a ústavů– mohli vycítit z chování pomáhajícího svou vlastní hodnotu (Kopřiva 1997).

2.17.5. Nejčastější ošetrovatelské problémy na geriatrickém oddělení

- Omezená pohyblivost v souvislosti s kosterně- svalovou nebo neuro- svalovou poruchou, zraněním, chirurgickým výkonem, bolestí, sníženou motorickou aktivitou a svalovou slabostí následkem stáří.
- Intolerance aktivity v souvislosti s dlouhodobým pobytem na lůžku, mobilitou, změnou srdečního výkonu.

- Nedostatečná sebekpéče v oblasti hygieny, oblékání, vyprazdňování, výživy.
- Riziko úrazu v souvislosti s labilní chůzí, chůzí s kompenzační pomůckou, ortostatickou hypotenzí.
- Narušená celistvost kůže (tkání), v souvislosti s vlhkostí z inkontinence, poruchou výživy, sníženou cirkulací, změnami v turgoru kůže, třením kůže při nešetrném polohování.
- Poruchy výživy- menší příjem než tělesná potřeba v souvislosti s: neschopností přijímat či trávit potravu z příčin biologických (špatný chrup, problém s polykáním, nevhodná protéza) a psychických (strach, úzkost); neschopností zajistit si potravu z ekonomických.
- Poruchy výživy- větší příjem než tělesná potřeba v souvislosti s přejídáním, stresem.
- Deficit objemu tekutin, v souvislosti se sníženým příjmem tekutin pro snížený pocit žízně; nadměrné ztráty při průjmech, zvracení.
- Porucha polykání v souvislosti s neuro- svalovou poruchou, oslabení polykacího reflexu, žvýkacích a polykacích svalů a změnami na sliznici v dutině ústní.
- Inkontinence moči- funkční (změna prostředí, velká vzdálenost toalety, neochota přivolat sestru signalizačním zařízením); urgentní (dráždění zánětem, psychickou alterací nebo depresivními stavy); stresová (oslabení svalstva pánevního dna).
- Zácpa v souvislosti s nedostatečným množstvím vlákniny ve stravě, mobilitou nebo neadekvátní fyzickou aktivitou.
- Inkontinence stolice v souvislosti autonomní dysfunkce; neurologickým onemocněním; narušením mentálních procesů- kognitivní poruchy.
- Neúčinné čištění dýchacích cest v souvislosti s tracheobronchiální infekcí, nedostatkem energie, únavou, nepohyblivostí, dehydratací.
- Nedostatečné dýchání v souvislosti se zmenšenou kapacitou plic, sníženou energií, únavou, bolestí, úzkostí, zánětem.
- Bolest akutní (zánět, operace, úraz) a chronická (poškození kloubů, zánětlivý proces, neefektivní strategie léčby bolesti).

- Strach nebo úzkost v souvislosti se změnami integrity, zhoršeným smyslovým vnímáním, změnami v myšlení, hospitalizací, chorobou, ztrátou blízkého člověka, nedostatkem vědomostí, odchodem do důchodu, změnou rolí, stárnutím.
- Beznaděj v souvislosti se změnou nezávislosti v závislost, ztrátou blízkých osob, opuštěností, samotou, dlouhotrvajícím omezením aktivity.
- Bezmocnost v souvislosti se ztrátou soběstačnosti, neschopností komunikovat, smyslovým nebo kognitivním deficitem, poruchu pohyblivosti.
- Nedostatek informací v souvislosti s nedostatkem zkušeností s danou problematikou, porucha paměti, alterací kognitivních funkcí, nezáměrem o informace.
- Sociální izolace souvislosti s hospitalizací, omezenou pohyblivostí, smyslovou poruchou, poruchou řeči, poruchou vnímání a myšlení, ztrátou blízkého člověka.
- Smutek v souvislosti se ztrátou milované osoby.
- Narušená adaptabilita v souvislosti s nedostatečností nebo nedostupností podpůrného systému (Poledníková, Nádaská 2004).

Z výčtu uvedených ošetrovatelských problémů si lze vytvořit přehled a specifika práce o seniory na geriatrickém oddělení. Uvedené ošetrovatelské problémy vyplývají především ze zvláštností vyššího věku, které byly popsány v kapitole 2.15.1.

Avšak je ještě jedna oblast, kterou považuji za velice důležitou a ve vztahu ošetřující personál a pacient na gerontologii za velmi důležitou a to je oblast paliativní péče. Tato problematika je však velice obsáhlá a v daném okruhu problematiky této diplomové práce není možné podrobného zaměření na toto téma. Z tohoto hlediska odkazuji na dostupnou a bohatou literaturu v oblasti paliativní péče.

4. Praktická část

4.1. Cíle a úkoly práce

Cíle práce

Na základě teoretických a praktických poznatků přehledně formulovat informace o problematice a prevenci syndromu vyhoření v oblasti ústavní péče o seniory.

Teoretická část by měla být souhrnem informací, které přispějí k zlepšení informovanosti nejen lidem, kteří pracují se seniory, ale všem pomáhajícím profesím .

Experimentální část by měla sloužit jako zpětná vazba pracovišti kde byl průzkum proveden a oslovit vedoucí pracovníky v oblasti prevence a podpory supervize.

Úkoly teoretické části

- Prostudování a zpracování dostupných literaturních pramenů z oblasti syndromu vyhoření zvláště pak prevence.
- Prostudování a zpracování dostupných literárních pramenů z oblasti ústavní péče o seniory.
- Na základě získaných poznatků podat ucelený přehled problematiky.

Úkoly experimentální části

- Na podkladě odborné literatury stanovit metodický postup průzkumu.
- Provést průzkum u personálu geriatrického oddělení pomocí dotazníků Maslah Burnout Inventory (MBI) , Burnout Measure (BM) a strukturovaného rozhovoru.
- Provést analýzu dat kvantitativní metodou a vyhodnocení výsledků v grafech.
- Zhodnocení důsledků průzkumu.

3.2. Hypotézy

H1: Lze předpokládat, že pečující personál na geriatrickém oddělení bude vykazovat v dotazníku Maslach Burnout Inventory nejvýraznější změny v oblasti emocionálního vyčerpání.

H2: Lze předpokládat, že pečující personál na geriatrickém oddělení bude vykazovat v dotazníku Burnout Measure hodnoty vyšší jak 3 body ze sedmistupňové hodnotící škály.

H3: Lze předpokládat, že respondenti považují dosavadní preventivní opatření a míru reflexní činnosti za nedostatečnou a změnu v rámci zavedení supervize by přivítali

3.3. Diagnostické metody

Dotazník MBI

Plný název: Maslach Burnout Inventory

Český název: Inventář vyhoření

Autor: Christina Maslach (1982)

Účel: Tento dotazník určuje rozsah tří složek syndromu vyhoření.

- EE emotional exhaustion (emocionální vyčerpání)
- DP depersonalization (odosobnění, ztráta úcty k druhým lidem jako k lidským bytostem)
- PA personal accomplishment (osobní výkonnost)

Popis: Dotazník má 22 otázek na které je možno odpovědět stupnicí od 1 do 7.

Hodnocená populace: Pomáhající profese.

Vyhodnocení: Procentuální vyjádření každé položky testu- EE, DP, PA.

(<http://gwbweb.wustl.edu/cmhsr/measure/n6.html>)

V dotazníku MBI je devět otázek zaměřených na emocionální vyčerpání, pět otázek zaměřených na depersonalizaci. Tyto dvě položky jsou směřovány do negativní roviny (respondenti se vyjadřují k negativním pocitům). A osm otázek zaměřených na míru osobní výkonnosti testovaného je uvedeno v rovině pozitivní (respondenti se vyjadřují k pozitivním pocitům).

EE- emocionální vyčerpání

Emocionální vyčerpání, ztráta chuti k životu, nedostatek sil k jakékoliv činnosti, nulová motivace k nějaké činnosti atp. jsou považována za základní příznaky syndromu vyhoření. Emocionální vyčerpání je nejspolehlivějším ukazatelem přítomnosti vyhoření.

DP– depersonalizace

Tento projev psychického vyčerpání je zřetelně vyjádřen u lidí, kteří mají velikou potřebu reciprocity, tj. kladné odezvy od lidí, kterým se věnují (např. ve službách, pečovatelské a učitelské činnosti, vedení pracovního týmu atp.). Když se jim tyto kladné odezvy nedostává, zahořknou a staví se k ostatním lidem cynicky. Přestávají v nich vidět lidské osobnosti, ztrácí k nim povinný respekt a bezpodmínečnou úctu. V extrémním případě jednají s nimi jako s neživými předměty.

PA– osobní výkonnost

Snížení osobní výkonnosti. S touto charakteristikou syndromu psychického vyhoření se setkáváme zvláště u lidí s nízkou mírou zdravého sebe-cenění, sebe-hodnocení, sebe-důvěry (tzv. self- esteem). Tím, že si sami sebe moc necení, nemají též dostatek energie ke zvládnutí stresových situací, konfliktů a životních těžkostí (Křivohlavý 1998).

Autorská dvojice Leitter a Maslach (1988) naznačili, jak dochází k vyhořívání těchto tří složek procesu syndromu burnout.

Nejprve se podle tohoto zjištění objevuje emocionální vyčerpání jako odpověď na mimořádné požadavky okolí. Zvýšená míra vyčerpanosti tak vede zcela automaticky k depersonalizaci. Daný člověk se snaží odpoutat od druhých lidí, distancuje se od nich a stahuje se do samoty. Oba tyto faktory, které se tak objevily, se poté spojují a ovlivní výkonnost. Jako třetí se tak objevuje snížená efektivita práce (Křivohlavý 1998).

Dotazník BM

Plný název: Burnout Measure

Český název: Míra vyhoření

Autor: Ayala Pines, PhD, a Elliot Aronson, PhD (1980)

Účel: Zjištění míry vlastního psychického vyhoření.

Popis: Dotazník má 21 otázek na které je možno odpovědět stupnicí od 1 do 7.

Hodnocená populace: Pomáhající profese.

Vyhodnocení: Výpočet indexu BQ (skór vyhoření).

Výpočet: položka A: sečtené hodnoty otázek

1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 21

položka B: sečtené hodnoty otázek – 3, 6, 19, 20

položka C: od položky 32 odečteme index B ($B - 32 = C$)

položka D: sečteme položky A + C

celkové skóre BQ : položku D vydělíme 21 ($D: 21 = BQ$)

(Křivohlavý 1998)

Interpretace výsledků:

- hodnota kolem 2 (2 – 3) je velmi dobrá až *dobrá* (nejsou vážné problémy)
- hodnota nad 3 (3 – 4) je již *alarmující*
- hodnota kolem 4 a vyšší (4 – 5) prokazuje *vyhoření*
- hodnota vyšší než 5 svědčí o *akutní krizi*

Dotazník BM je zaměřen na tři různé aspekty (hlediska) jednoho jediného psychického jevu: celkového vyčerpání (exhausce). Jde o následující tři aspekty:

1. Pocit fyzického (tělesného) vyčerpání- viz. pocit únavy, celkové slabosti, pocity stavu, kdy je člověk blíže k tomu, aby onemocněl, pocity ztráty sil „udření“ atp.
2. Pocity emocionálního (citového) vyčerpání– pocity tísně (deprese), beznaděje, bezvýchodnosti, pocity jakoby chycení do pasti atp.

3. Pocity (psychického) duševního vyčerpání- viz. pocity naprosté bezmocnosti, ztráty lidské hodnoty, ztráty iluzí (kladných představ o sobě a o světě), pocity marnosti vlastní existence atp.

Dotazník BM má dobrou vnitřní konzistenci, vysokou míru shody při opakování (tzv. reliabilitu) po uplynutí jednoho až čtyř měsíců. BM má i vysokou míru shodu mezi údaji, kdy se člověk měří (hodnotí) sám a kdy ho měří (hodnotí) ten, kdo ho dobře zná- např. spolupracovník, člen rodiny atp. (Křivohlavý 1998).

Strukturovaný rozhovor

Rozhovor představuje zprostředkovaný a vysoce interaktivní proces získávání dat. Při strukturovaném rozhovoru má interviewující „předepsané“ znění jednotlivých otázek i jejich pořadí (Ferjenčík 2000).

V případě rozhovorů se často spoléhá na to, že lidé chápou pojmy stejně, mají podobné životní zkušenosti a také, že odpovídají podle svých názorů či svého jednání. Jde o obsahovou analýzu za pomoci kvantitativní metody. Kdy ze zvláštností zkoumaného vzorku usuzujeme na vlastnosti celé populace.

3.3.1. Zdůvodnění výběru diagnostických metod

V průběhu let jak přibývalo vědomostí a informací také přibývalo různých hodnotících škál k měření syndromu vyhoření. Můžeme se však jen domnívat jaká je jejich míra validity. Mnoho těchto škál je pouze orientačních, vytvořených pro osobní potřebu a orientaci. Jiné jsou v této době testovány a používány v programech na ověření výhod a nevýhod použití.

Z tohoto hlediska jsem zařadila mezi diagnostické metody zahraniční dotazníky Maslach Burnout Inventory a Burnout Measure.

Tyto diagnostické metody již byly velice důkladně prověřeny a jsou ve světě i u nás pokládány za vysoce validní a efektivní.

3.4. Charakteristika průzkumné skupiny

Do průzkumu jevu vyhoření byl začleněn pečující personál geriatrického oddělení nemocnice v Chrudimi. Celkem bylo zapojeno do tohoto programu 50 respondentů (mužů i žen).

Průzkumnou skupinu tvořil personál z jednotek geriatrické péče. Jednalo se o geriatrické oddělení následné rehabilitační péče, geriatrické oddělení subakutní péče, ošetrovatelské geriatrické oddělení a oddělení s gerontopsychiatrickou problematikou kde jsou hospitalizováni převážně klienti s demencí.

3.5. Popis průzkumu

Uvedený průzkum této části diplomové práce mapuje situaci vyhoření u pečujícího personálu na geriatrickém oddělení nemocnice Chrudim.

Průzkum byl prováděn prostřednictvím dvou standardizovaných dotazníků a strukturovaného rozhovoru zaměřeného na oblast prevence.

Použity byly dotazníky Maslach Burnout Inventory (dále jen MBI) a Burnout Measure (dále jen BM). Kdy dotazník MBI mapuje situaci v rovině citového vyčerpání, depersonalizace a snížení pracovního výkonu a dotazník BM mapuje celkovou míru vyhoření u ošetrujícího personálu na geriatrickém oddělení.

Ve strukturovaném rozhovoru byly stanoveny pevně dané otázky (počet-5), které mapovaly situaci dosavadních preventivních opatření a zájem respondentů k možnosti supervize na oddělení.

Průzkum byl zahájen v průběhu měsíce října. Toto období bylo vybráno s ohledem na dva faktory. Prvním z faktorů byla situace již dříve ukončeného období dovolených. Kdy toto období autoři pojednávající o syndromu vyhoření považují za vysoce rizikové. A druhým z faktorů byla situace, delšího období před vánočními svátky, které by mohly negativní pocity pečujícího personálu zvýraznit. Jelikož období vánočních svátků bývá jak u personálu, tak i u hospitalizovaných klientů velice složitou psychickou situací.

Používané dotazníky byly vždy předávány jednou osobou a to mnou. Před předáním dotazníků proběhl krátký informační rozhovor a seznámení s dotazníkem. V rámci

informací, které byly předávány byl dotazovaný ujištěn o anonymitě a tedy i vyzván k co největší míře upřímnosti.

Analýza získaných dat byla provedena dle typu dotazníku. Při vyhodnocení dotazníku MBI jsem vyhodnotila každou ze tří složek samostatně. Oblast emocionálního vyčerpání obsahovala devět otázek, oblast depersonalizace pět otázek a oblast osobní výkonnosti otázek osm. U každé z oblastí jsem stanovila průměrnou hodnotu (s přesností na jedno desetinné číslo) a zaznamenala v grafu. K podrobnější případné analýze byly zmapovány i průměrné hodnoty odpovědí u jednotlivých otázek dotazníku.

Při vyhodnocení dotazníku BM jsem postupovala dle určených pravidel na výpočet celkového skóre vyhoření. A výsledky opět zanesla do grafu.

Při analýze dat získaných pomocí strukturovaného rozhovoru jsem provedla analýzu dat pomocí metody kvantitativní a výsledky znázornila v grafu.

Vyhodnocené výsledky nastiňují situaci vyhoření u pečujícího personálu geriatrického oddělení a mapují situaci prevence vyhoření na pracovišti výzkumné skupiny.

3.6. Vyhodnocení dat

V následující části práce jsou uvedené analýzy získaných dat, které jsou vyhodnoceny kvantitativní metodou (s přesností zaokrouhlení na jedno desetinné místo). Grafy byly vyhotoveny v grafickém programu Excel.

3.6.1. Vyhodnocení výsledků MBI

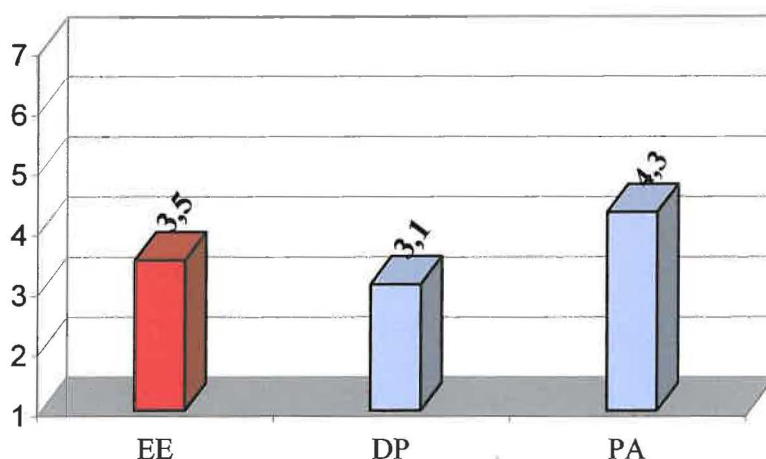
Výsledky oblasti emocionálního vyčerpání- EE

Vyhodnocení otázek:

Práce mě citově vyčerpává.....	4,3b.
Na konci pracovního dne se cítím být na konci svých sil.....	4,1b.

Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a.....	2,9b.
Celodenní práce s lidmi je skutečně namáhavá.....	4,3b.
Cítím „vyhoření,“ vyčerpání ze své práce.....	2,9b.
Moje práce mi přináší pocit marnosti, neuspokojení.....	3,1b.
Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mě to vyčerpává.....	3,6b.
Práce s lidmi mi přináší silný stres.....	3,2b.
Mám pocit, že jsem na konci svých sil.	2,9b.

Maslach Burnout Inventory



Tato část testu MBI vyhodnocuje míru emocionálního vyčerpání pečujícího personálu na geriatrickém oddělení. Z vyhodnocení je patrné, že míra emocionálního vyčerpání se pohybuje v oblasti 3,5 bodu na sedmibodové hodnotící škále. Získanou hodnotu lze považovat za varující, jelikož oblast emocionálního vyčerpání je nejspolehlivějším ukazatelem vyhoření.

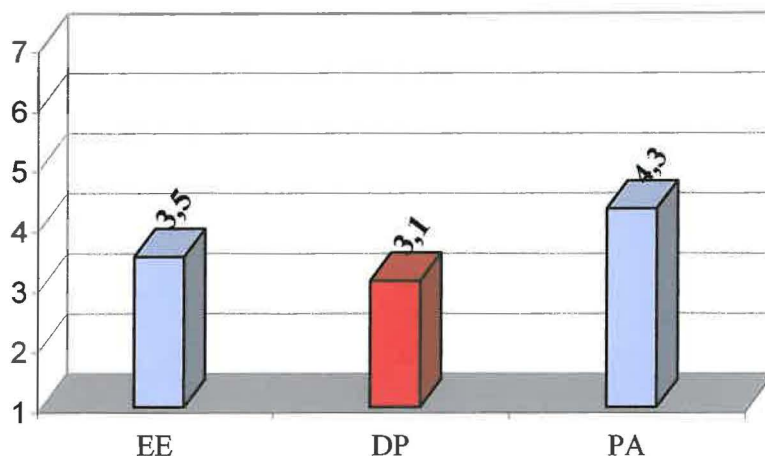
Výsledky oblasti depersonalizace- DP

Vyhodnocení otázek:

Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi.....2,9b.

- Od té doby co vykonávám svoji profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem.....3,5b.
 Mám strach, že výkon mé práce mně činí citově tvrdým..... 3,3b.
 Už mě dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty.....3,2b.
 Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy2,6b.

Maslach Burnout Inventory



Oblast týkající se depersonalizace popisuje výsledek jisté dávky reciprocit pečujícího personálu při práci s nemocnými seniory. Pokud pečující nenalézá tak velkou dávku reciprocit jak by bylo zapotřebí, často dochází k odcizování, zahořknutí a cynismu. Z grafu lze vyčíst výsledek 3,1 bodu ze sedmibodové hodnotící škály. Zde sice nebylo dosaženo „jisté poloviční“ hranice 3,5 bodu, ale i tak lze situaci v oblasti depersonalizace vyhodnotit jako „správný čas“ k zahájení supervizí činnosti.

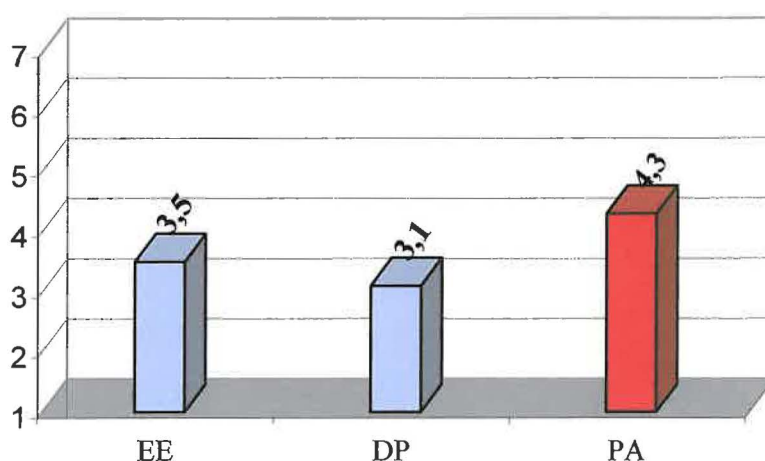
Vyhodnocení osobního výkonu- PA

Vyhodnocení otázek:

- Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů..... 4,8b.
 Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů. 4,2b.

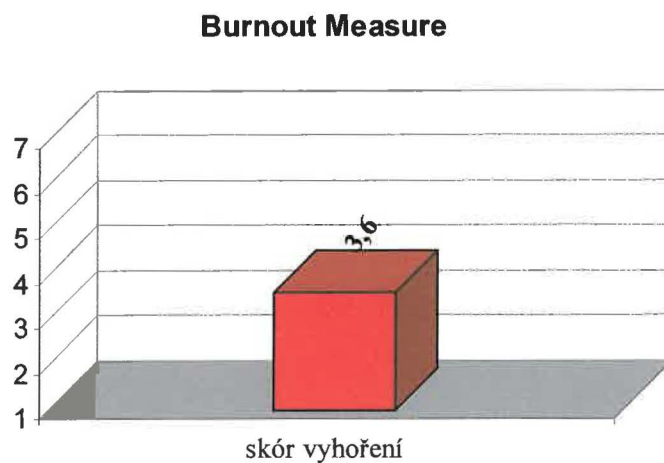
Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a nalad'uji.....	3,9b.
Mám stále hodně energie.....	4,2b.
Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru.....	4,7b.
Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty.....	3,7b.
Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal hodně dobrého.....	4,8b.
Citové problémy v práci řeším velmi klidně.....	3,9b.

Maslach Burnout Inventory



V poslední oblasti došlo k vyhodnocení osobního výkonu, respondenti hodnotili svoje kladné postoje k práci (na rozdíl od ostatních kdy hodnotili negativní pocity), tedy míry osobního výkonu a následné efektivity práce. Výsledná hodnota 4,3 bodu ze sedmibodové hodnotící škály nám signalizuje jistou míru kladné motivace k práci a to je jistě potěšující výsledek. Ale musíme si přiznat, že kdybychom byli na místě nemocného seniora, asi by jsme očekávali více. Přeci jen tříbodový rozdíl od maximální hranice signalizuje jisté místo pro zlepšení situace. A jak už jsem předeslala u předchozí oblasti, tak i zde je supervize vhodnou metodou k hledání právě těchto „prostorů pro zlepšení.“

3.6.2. Vyhodnocení dotazníku BM

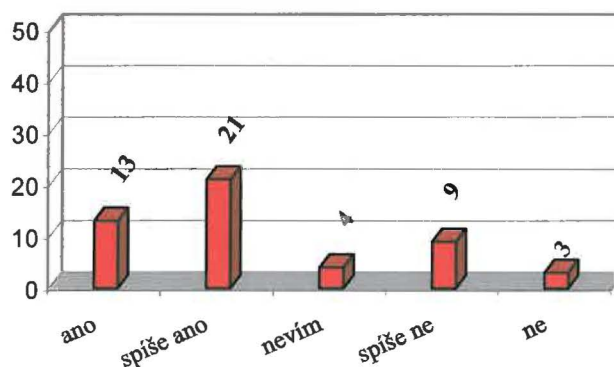


Na rozdíl od předchozího dotazníku, který se zaměřoval na dané oblasti vyhoření, dotazník Burnout Measure nám diagnostikuje celkovou míru psychického vyčerpání. Z analýzy výsledků byl stanoven celkový skór, který byl 3,6 bodu ze sedmibodové hodnotící škály. Tato hodnota značí křehkou hranici na cestě k vyhoření. Docíleá hodnota spadá do bodového rozmezí 3- 4 body, kdy se doporučuje, zamyslet se nad sebou samým a nad svoji práci. Tudiž velice vhodné „pole“ pro působení preventivních opatření.

3.6.3. Vyhodnocení strukturovaného rozhovoru

Otázka č.1. „*Jsou vaše informace o pojmu syndrom vyhoření (burnout) dostatečné?*“

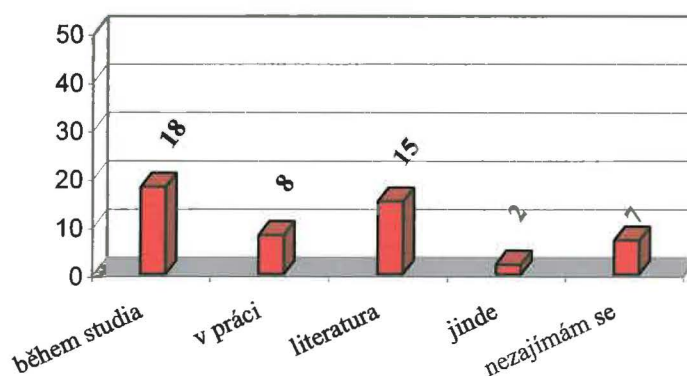
Otázka č.1.



V otázce č. 1. dochází k vyhodnocení míry informovanosti respondentů, jak sami hodnotí své znalosti o této problematice. Z grafického znázornění vyplývá, že více než polovina- 34 dotazovaných respondentů se cítí být v otázce vyhoření dostatečně informována a 16 respondentů není přesvědčeno o dostatečné informovanosti k dané problematice.

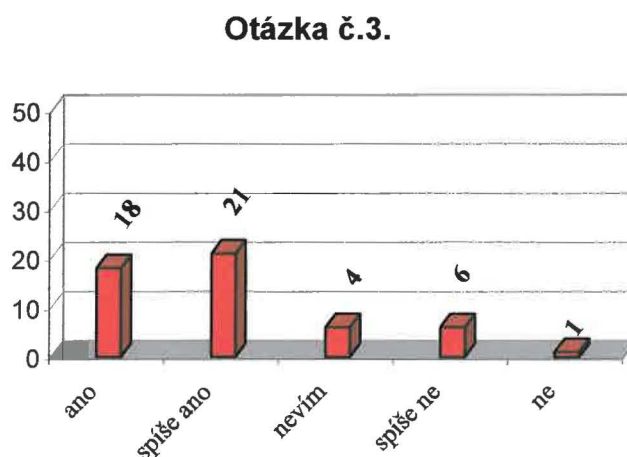
Otázka č. 2. „*Kde jste získal(a) informace o této problematice?*“

Otázka č.2.



Druhá otázka byla kladena s cílem určení hlavních oblastí vzdělávání v problematice vyhoření. Došlo k ujasnění lokalizace vzdělání, kdy respondent vyhodnocoval pět oblastí předávajících informace. Z výsledků je patrné, že dominující postavení zaujímá škola a nezanedbatelnou část v oblasti vzdělávání zastupuje i odborná literatura. Jako negativní položku můžeme vyhodnotit fakt, že oblast vzdělávání a informovanosti ještě zcela nepronikla do našich pracovišť.

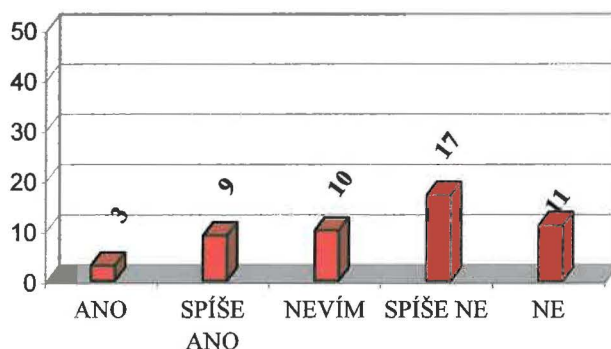
Otázka č.3. „Myslíte si, že preventivní opatření a informovanost můžou zlepšit stav této problematiky?“



Otázka č.3. se zabývá důsledky informovanosti, jak velký vliv mají informace v oblasti prevence vyhoření. Dochází k ověření zda respondenti věří v preventivní programy a zda informace mohou, dle jejich názoru, vyloučit a omezit rizika spojená se vznikem syndromu vyhoření.

Otázka č.4. „Pokud se vyskytne negativní situace např. konflikt s klientem, máte možnost reflexe (s kolegou, vedoucím pracovníkem..) této negativní situace?“

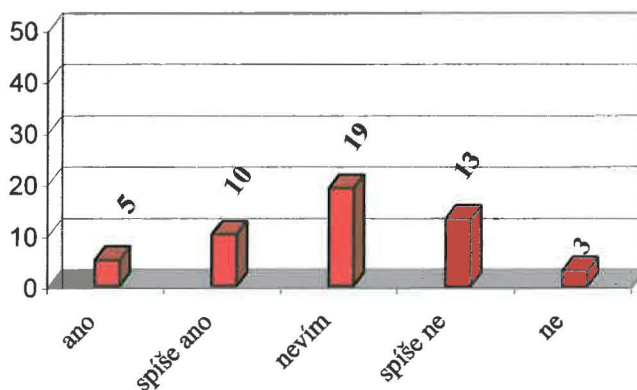
Otázka č.4.



Tato otázka vykresluje stav možnosti reflexe na negativní situace a emoce pracovníka na pracovišti. Z výsledků, které jsou zaznamenány v grafu lze vyvodit, že respondenti neprocházejí procesem vyhodnocování konfliktních situací, který slouží k hledání nových cest a přístupů k řešení negativních situací..

Otázka č.5. „Přivítal(a) by jste program supervize, který by pomáhal v oblasti vzdělávání, informovanosti a možnosti reflexe problémů ve vaší pomáhající profesy?“

Otázka č.5.



Poslední otázka mapovala přístup respondentů k novým postupům, zda si přejí danou situaci řešit a zda mají chuť vydat se novou cestou k vyšší profesionalitě v oblasti pomáhajících profesí. Analýza výsledků poukazuje na situaci, že respondenti hodnotí dosavadní informovanost a prevenci za nedostačující, ale nejsou ochotni nebo váhají nad svojí vlastní aktivitu, která ukazuje cestu z problému vyhoření.

4. Diskuse

Ukázalo se, že získaná data poukazují na stále aktuální problém, jak bylo dokázáno pomocí dotazníků Maslach Burnout Inventory a Burnout Measure. Proto bych na tomto místě chtěla zopakovat stanovené hypotézy a zhodnotit získaná data.

Hypotéza 1, která předpokládala, že personál na geriatrickém oddělení bude vykazovat v dotazníku Maslach Burnout Inventory největší změny v oblasti emocionálního vyčerpání, se podle předpokladu potvrdila. Z celkové analýzy dat dotazníku Maslach Burnout Inventory vyplývá, že nejvyšší míra příznaku vyhoření se propaguje v oblasti emocionálního vyčerpání a to na úrovni 3,5 bodu. Jelikož u dotazníku je použita sedmibodová hodnotící škála, jedná se o průměrnou hranici, která vyjadřuje již varující situaci v problematice syndromu vyhoření. A to z toho hlediska, že oblast emocionálního vyčerpání je nejsměrodatnějším ukazatelem přítomnosti vyhoření.

V dotazníku Maslach Burnout Inventory došlo i k dalším celkovým analýzám a to v oblasti depersonalizace, kdy výsledná hodnota činila 3,1 bodu a v oblasti osobní výkonnosti kdy výsledná hodnota efektivity činnosti činila 4,3 bodu. Kladně hodnocená položka míry efektivity práce jako jediná výrazněji překročila průměrnou hranici 3,5 bodu. Na podkladě těchto zjištění můžeme usuzovat, že pečující personál sice pociťuje negativní emoce a dochází k projevům depersonalizace, ale k práci mají kladný vztah a pokud se jejich pozitivní motivační pocity budou rozvíjet, bude „ohníček“ motivace stále hořet a nedojde k vyhoření.

Hypotéza č.2, předpokládala, že personál na geriatrickém oddělení bude vykazovat v dotazníku Burnout Measure hodnoty vyšší jak 3 body ze sedmibodové hodnotící

škály, se potvrdila. Z výpočtu celkového skóre vyhoření vyplývá, že hodnoty psychického vyhoření u celé průzkumné skupiny jsou 3,6 bodu. Tento výsledek je jevem velice alarmujícím a upozorňuje na jisté preventivní nedostatky. Zjištěný bodový skór 3,6 je tím správným obdobím pro zahájení prevence a vyzkoušení nových postupů, např. supervize. Jelikož o syndrom vyhoření by jsme se měli zajímat, ještě dřív, než k němu dojde. Důležitý je také aktivní přístup, pozitivní myšlení a zdokonalení v „umění“ odpočívat.

Hypotéza č.3, která předpokládala, že respondenti považují dosavadní preventivní opatření a možnosti reflexní činnosti za nedostatečné a změnu v rámci supervize by přivítali, se potvrdila pouze z části. Respondenti sice projeví negativní postoj k dosavadním preventivním opatření a vyjádřili svoji nespokojenost s dosavadními preventivními možnostmi na pracovišti (a to také potvrdili výše uvedené dotazníky). Avšak v otázce aktivního přístupu k řešení problematiky a zvolení nových strategií, supervizích programů se cítí rozpačití a na „vážkách.“ Mnozí z nás máme strach z něčeho nového, z něčeho co neznáme a tedy zůstáváme stát. Ale měli bychom si uvědomit, že naše okolí se pohybuje a všechno okolo nás se vyvíjí a proto je důležité nezastavit se, ani když je před námi neznámá cesta učení, nových poznatků a rozvoje osobnosti.

Ráda bych také uvedla fakt, že provedení průzkumu s sebou neslo řadu úskalí. Kromě velice vstřícného postoje vedení geriatrického oddělení, jsem se setkala také s opačným postojem. Z této neochoty vyplynula situace, že z celkového počtu 50ti respondentů na geriatrickém oddělení se pět osob odmítlo zúčastnit. Dále se u třech testů objevil přístup „zlaté střední cesty“ a u všech položek byly vypisovány průměrné hodnoty.

Přes veškerá úskalí považuji výsledné hodnoty za podmíněné ale zároveň varující a to nejen pro výzkumnou skupinu, ale i nám všem, kteří pracujeme v oblasti pomáhajících profesí. Jak je vidět syndrom vyhoření je stále aktuální věc a účinné preventivní programy, supervize v nedohlednu.

5. Závěr

Tato diplomová práce byla zaměřena na problematiku syndromu vyhoření a na jeho zmapování v oblasti ústavní péče o seniory. Cílů této práce bylo dosaženo.

Podařilo se definovat a vymežit pojem vyhoření se zaměřením na možnosti prevence. Byl proveden průzkum, kde byly použity standardizované dotazníky Maslah Burnout Inventory, Burnout Measure a strukturovaný rozhovor. Získaná data byla vyhodnocena a z větší míry potvrdila stanovené hypotézy.

O problematice kterou jsem se snažila zmapovat v této diplomové práci by se jistě dalo napsat hodně prací či knih. Mým cílem bylo u každého problému vystihnout vždy to nejdůležitější a vše v postupné návaznosti sdělit. Uvedená fakta slouží k získání základní orientace. V případě hlubšího zájmu lze čerpat z citované literatury. Uvedená literatura byla čerpána z nejnovějších zdrojů a to vzhledem k dynamickému vývoji skutečností u všech vytyčených oblastí.

Sběr informací a napsání této diplomové práce mi pomohlo utvořit si přehled v oblasti syndromu vyhoření u pomáhajících osob a v oblasti stárnutí, kde předpokládám velký zájem do budoucna.

Pevně věřím, že tato práce bude nápomocna všem, kteří pracují ve sféře profesionálního pomáhaní a bude inspirací v dalším zkoumání tohoto, jak jsme se přesvědčili, aktuálního problému. Dále by práce mohla posloužit jako vodítko k vytvoření prevence pro jednotlivce i tým pečovatelů či zahájení supervize na odděleních geriatric.

6. Seznam literatury

ADAMCZYK, B., T. Psychological resources in the beginning of old age as predictors of healthy ageing. In *Autonomie ve stáří Strategie jejího zachování*. Boskovice: Albert, 2004. s.154 – 173.

BAYEROVÁ, M. Sociální práce se seniory v ústavním zařízení. In *Autonomie ve stáří Strategie jejího zachování*. Boskovice: Albert, 2004. s.233- 237.

BEDNÁŘOVÁ, Z., PELECH, L. *Slabikář sociální práce na ulici*. Brno: Doplněk, 2003. ISBN 80- 7239-148-8.

CUNGI, Ch. *Jak zvládat stres*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-465-6.

HAWKINS, P., SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.

HOCMAN, G. *Stárnutí*. Praha: Avicem, 1985. s.104.

HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost, 2003. ISBN 80-86541-12-6.

JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. ISBN 80-7013-109-8.

KALVACH, Z., BUREŠ, I., KOVAL, Š., KRAJČÍK, Š., PŘEHNAL, J. Nemocniční geriatrická péče. In *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. s.473 – 482.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.

KOLÁŘ, P. Vývojová kineziologie a svalová dysbalance ve stáří. In *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 619.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást lidské profese*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-429-X.

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

MALLOTOVÁ, K. *Burn-out neboli syndrom vyhoření*. *Psychologie dnes.*, 2000, č.2
<http://obchod.portal.cz/scripts/detail.asp?id=702> [cit. 2005-17-09]

MASOPUST, J. *Syndrom profesionálního vyhoření*. *Practicus.*, 2003, č.5., s.16-17.

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

NIERMEYER, R., SEYFFERT, M. *Jak motivovat sebe a své spolupracovníky*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1223-7.

NOVÁK, T. *Jak se zbavit stresu*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-758-3.

NOVOTNÁ, H., HLAVÁČOVÁ, M. *Syndrom vyhoření bohužel není minulostí*. *Sestra.*, č.3., s.23-24.

POLEDNÍKOVÁ, L., NÁDASKÁ, I. *Ošetrovatelská péče o starého pacienta metodou ošetrovatelského procesu*. *Sestra.*, 2004, č. 7-8., s. 50-52.

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

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. *Proti stresu krok za krokem*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0068-9.

RABUŠI, L. *Česká společnost a senioři*. Brno: Masarykova univerzita, 1997. ISBN 80-210-1729-5.

RENAUDOVÁ, J. *Co je stres a jak se mu vyhnout*. Praha: Práce, 1993. ISBN 80-208-0297-5.

SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-312-9.

SVOBODOVÁ, P. *Úvod do supervize*. Tišnov: sdružení SCAN, 2002. ISBN 80-86620-002-X.

SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří Strategie jejího zachování*. Boskovice: Albert, 2004. ISBN 80-7326-026-3.

ŠTĚPANÍK, J. *Umění jednat s lidmi – cesta k úspěchu*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0530-3.

ŠTĚPANÍK, J. *Umění jednat s lidmi 2 – komunikace*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0844-2.

ŠTĚPÁNKOVÁ, N. Senioři a zdraví. In *Autonomie ve stáří Strategie jejího zachování*. Boskovice: Albert, 2004. s.174 – 189.

ŠVANCAROVÁ, J. Adaptace v preseniu a seniu. In *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. s.106 – 107.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: Slon, 2005. ISBN 80-86429-36-9.

WEBR, P. a kol. *Minimum z klinické gerontologie- pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-314-7.

Ostatní zdroje

URL: <<http://gwbweb.wustl.edu/cmhsr/measure/n6.html>>[cit. 2005-17-12]

URL: <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=201>[cit. 2005-18-11]

URL: <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=34 >[cit. 2005-18-11]

URL: < [http:// www.mpsv.cz/cs/1057](http://www.mpsv.cz/cs/1057)>[cit. 2005-18-11]

7. Seznam vysvětlivek

BM: Burnout Measure

DP: depersonalization (odosobnění)

EE: emotional exhaustion (emocionální vyčerpání)

MBI: Maslah Burnout Inventory

PA: personal accomplishment (osobní výkon)

WHO: světová zdravotnická organizace

H: hypotéza

8. Seznam příloh

Příloha č.1. Budoucí vývoj složení obyvatelstva

Příloha č.2. Přehled států dle počtu starší populace

Příloha č.3. Dotazník Maslah Burnout Inventory

Příloha č.4. Dotazník Burnout Measure

Přílohy

Příloha č. 1.

*Budoucí vývoj složení obyvatelstva podle hlavních věkových skupin, ČR, 2002-2050
(v %).*

	0-14	15-64	65+
2002	15,6	70,5	13,9
2005	14,5	71,3	14,1
2010	13,6	70,9	15,5
2015	13,8	68,1	18,1
2020	13,7	66,0	20,3
2025	13,2	65,3	21,5
2030	12,6	64,5	22,8
2035	12,2	63,6	24,1
2040	12,2	60,9	26,9
2045	12,4	57,9	29,7
2050	12,4	56,3	31,3

(http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=201)

Příloha č. 2.

Přehled států podle počtu starší populace (%).

2000		2015		2030		2050	
1. Itálie	18,2	1. Itálie	22,4	1. Švýcarsko	30,2	1. Španělsko	37,6
2. Rakousko	17,3	2. Švédsko	22,3	2. Itálie	28,6	2. Itálie	35,9
3. Švédsko	17,2	3. Švýcarsko	22,1	3. Rakousko	27,9	3. Slovinsko	34,8
4. Španělsko	16,9	4. Rakousko	21,2	4. Německo	27,7	4. Rakousko	34,1
5. Belgie	16,7	5. Německo	21,0	5. Švédsko	27,0	5. Rakousko	34,0
22. ČR	13,9	12. ČR	18,7	11. ČR	24,4	6. ČR	32,7
39. Moldávie	9,4	39. Arménie	10,3	39. Irsko	16,9	39. Kypr	23,2
40. Arménie	9,4	40. Moldávie	10,2	40. Moldávie	16,5	40. Irsko	21,9
41. Azerbajdžán	5,9	41. Azerbajdžán	8,1	41. Azerbajdžán	15,1	41. Lucembursko	19,7
42. Turecko	5,6	42. Albánie	8,1	42. Albánie	13,1	42. Albánie	18,4
43. Albánie	5,6	43. Turecko	7,2	43. Turecko	11,1	43. Turecko	17,9

(http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=34)

Příloha č.3.

Maslach Burnout Inventory

Oblast emocionálního vyčerpání- EE

Práce mě citově vyčerpává.

Na konci pracovního dne se cítím být na konci svých sil. 1 2 3 4 5 6 7

Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a. 1 2 3 4 5 6 7

Celodenní práce s lidmi je skutečně namáhavá. 1 2 3 4 5 6 7

Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce. 1 2 3 4 5 6 7

Moje práce mi přináší pocit marnosti, neuspokojení. 1 2 3 4 5 6 7

Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mě to vyčerpává. 1 2 3 4 5 6 7

Práce s lidmi mi přináší silný stres. 1 2 3 4 5 6 7

Mám pocit, že jsem na konci svých sil. 1 2 3 4 5 6 7

Oblast depersonalizace-DP

Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi. 1 2 3 4 5 6 7

Od té doby co vykonávám svoji profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem. 1 2 3 4 5 6 7

Mám strach, že výkon mé práce mně činní citově tvrdým. 1 2 3 4 5 6 7

Už mě dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty. 1 2 3 4 5 6 7

Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy. 1 2 3 4 5 6 7

Oblast osobního výkonu- PA

Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů. 1 2 3 4 5 6 7

Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů. 1 2 3 4 5 6 7

Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuje a nalaďují. 1 2 3 4 5 6 7

Mám stále hodně energie. 1 2 3 4 5 6 7

Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru. 1 2 3 4 5 6 7

Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty. 1 2 3 4 5 6 7

Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal hodně dobrého. 1 2 3 4 5 6 7

Citové problémy v práci řeším velmi klidně. 1 2 3 4 5 6 7

Příloha č.4.

Burnout Measure

1.....nikdy

2.....jednou za čas

3.....zřídka kdy

4.....někdy

5.....často

6.....obvykle

7.....vždy

Byl jsem unaven.	1	2	3	4	5	6	7
Byl jsem v depresi (tísni)	1	2	3	4	5	6	7
Prožíval jsem krásný den.	1	2	3	4	5	6	7
Byl jsem tělesně vyčerpán.	1	2	3	4	5	6	7
Byl jsem citově vyčerpán.	1	2	3	4	5	6	7
Byl jsem šťasten.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil jsem se vyřízen (zničen).	1	2	3	4	5	6	7
Nemohl jsem se vzchopit a pokračovat dále.	1	2	3	4	5	6	7
Byl jsem nešťastný.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil jsem se uhoněn a utahán.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil jsem se jakoby uvězněn v pasti.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil jsem se jako bych byl nula (bezcný).	1	2	3	4	5	6	7
Cítil jsem se utrápen.	1	2	3	4	5	6	7
Tížily mě starosti.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil jsem se zklamán a rozčarován.	1	2	3	4	5	6	7
Byl jsem slab a na nejlepší cestě k onemocnění.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil jsem se beznadějně.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil jsem se odmítnut a odstrčen.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil jsem se pln optimismu.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil jsem se pln energie.	1	2	3	4	5	6	7
Byl jsem pln úzkostí a obav.	1	2	3	4	5	6	7