

# **Prevence syndromu vyhoření pracovníků v sociálních službách pečujících o osoby s Alzheimerovou chorobou**

Petra Mertová, DiS.

---

Bakalářská práce  
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav pedagogických věd  
akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra Mertová, DiS.**  
Osobní číslo: **H130378**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Prevence syndromu vyhoření pracovníků v sociálních službách pečujících o osoby s Alzheimerovou chorobou**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.  
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti edukace pracovníků v sociálních službách ošetřující osoby s Alzheimerovou chorobou a prevence syndromu vyhoření.  
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.  
Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.  
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.  
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

PIDRMAN, Vladimír. Demence. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.

JŮN, Hynek. Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a zdravotnictví. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-590-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

MLÝNKOVÁ, Jana. Péče o staré občany. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.

CALLONE, Patricia R., KUDLACEK, Connie, VASILOFF, Barbara C., MANTERNACH, Janaan, BRUMBACK, Roger A. Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2320-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

MOURLANE, Denis. Jak posílit svou odolnost a vnitřní sílu: Cesta k úspěchu a spokojenosti. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4873-3.

PRIEĚ, Mirriam. Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5394-2.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Renata Polepilová**

Datum zadání bakalářské práce: **7. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **26. dubna 2017**

Ve Zlíně dne 7. prosince 2016

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 25. 4. 2014

Michal Pekař

<sup>1)</sup> zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

<sup>2)</sup> Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odporuje-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce pojednává o smysluplnosti a užitečnosti práce, která je vykonávána pracovníky v sociálních službách, poskytující péči lidem postiženým Alzheimerovou nemocí, která přináší řadu nesnází nejen pro samotné nemocné, ale také pro pečující personál. Ten je mnohdy vystaven vysokému stresu, napětí, vůči kterému by měl být odolný, měl by disponovat bezmeznou trpělivostí a měl by být seznámen s možnými krizovými situacemi, které při práci s takto nemocnými lidmi, mohou nastat. Jestliže tomu tak není, což se u někoho může projevit již po několika měsících nebo až za několik let, hrozí nástup syndromu vyhoření, jehož popisem, symptomy, možnostmi prevence a řešení se práce podrobně zabývá.

Klíčová slova:

Alzheimerova nemoc, demence, syndrom vyhoření, hostilita, supervize, zvláštní režim, prevence.

## **ABSTRACT**

This Bachelor thesis deals with the meaningfulness and usefulness of work done by social service workers providing care to people afflicted by the Alzheimer disease that brings a range of difficulties to the ill people alone as well as their care takers. They are often exposed to a high stress, a tension, they should be immune against, they should offer unbounded patience and should be familiarized with possible critical situations that may arise while working with such ill people. Otherwise, an onset of a burnout may be noticeable in some people already in a few months or after a few years. This work deals with the description, symptoms, prevention possibilities and solutions for the burnout.

Key words:

The Alzheimer disease, the dementia, the burnout, the hostility, the supervision, the special regime, the prevention

Chtěla bych velmi poděkovat paní Mgr. Renatě Polepilové za její cenné rady, vstřícnost, trpělivost, ochotu při vedení mé bakalářské práce a pomoc při přípravě a zpracování výzkumného šetření. Vděk bych chtěla projevít také všem respondentům, kteří se podíleli na vyplnění dotazníku a ochotně sdělili své názory a zkušenosti.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.





# OBSAH

Úvod.....	5
TEORETICKÁ ČÁST .....	12
1 Syndrom vyhoření.....	13
1.1 Příčiny vzniku a příznaky .....	14
1.2 Fáze syndromu vyhoření .....	16
1.3 Prevence.....	17
2 Alzheimerova choroba .....	20
2.1 Stádia Alzheimerovy choroby.....	21
2.2 Příčiny vzniku .....	22
2.3 Diagnostika .....	22
2.4 Specifika práce s osobami s Alzheimerovou chorobou .....	20
2.5 Domovy se zvláštním režimem.....	23
3 Pracovníci v sociálních službách .....	29
3.1 Podmínky výkonu a osobnostní předpoklady.....	30
PRAKTICKÁ ČÁST .....	30
4 Metodika výzkumu .....	34
4.1 Dotazník.....	35
4.2 Organizace výzkumného šetření.....	35
4.3 Zpracování získaných dat .....	36
4.4 Vymezení výzkumného problému .....	36
4.5 Cíle výzkumu.....	33
4.6 Výzkumné otázky .....	37
4.7 Výzkumný soubor a způsob jeho výběru .....	39
5 Interpretace výsledků.....	38
5.1 Analýza dat .....	38
6 Diskuze .....	60
6.1 Zhodnocení cílů a výzkumných otázek.....	64
Závěr .....	66
Seznam použité literatury .....	72
Seznam použitých symbolů a zkratk.....	72
Seznam tabulek.....	73
Seznamn grafů.....	74
Seznam Příloh .....	75

## Úvod

Výskyt Alzheimerovy nemoci v posledních letech prudce stoupá. Jedná se o onemocnění, které ukrývá řadu neobjasněného. Ukážeme si, že dodnes není například jednoznačné, zda je geneticky podmíněné, co ho způsobuje nebo jestli je možná prevence. Nelze ani říct, že postihuje určitou věkovou skupinu. Nejčastěji se Alzheimerova nemoc vyskytuje ve vyšším seniorském věku, existují ale také případy, kdy touto nemocí trpí lidé ve věku 40-50 let. Péče o takto nemocné vyžaduje vyškolené pracovníky, kteří jsou obeznámeni se specifickými znaky Alzheimerovy nemoci do takové míry, aby byli schopni poskytnout kvalitní péči s ohledem na individuální potřeby nemocných.

Vzhledem k velmi specifickým potřebám osob s Alzheimerovou nemocí jsou na pečující personál v zařízeních sociálních služeb kladeny vysoké nároky, hlavně co se týče jejich odolnosti vůči stresu a schopnosti zvládat krizové situace, které při práci s těmito lidmi mohou nastat. Musíme si uvědomit, že k osobám s Alzheimerovou chorobou je třeba přistupovat individuálně, pečovat o ně s trpělivostí, ochotou, naslouchat jim, umět rozpoznat signály, které vysílají, protože už mnohdy nejsou schopni verbální komunikace a nemohou nám proto sdělit, co je trápí, co potřebují, po čem touží. Tato psychicky i fyzicky náročná práce pracovníků v sociálních službách může vyvolat syndrom vyhoření.

Z těchto důvodů si zmapujeme četnost případů syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách, v našem případě ve specializovaných domovech se zvláštním režimem ve Zlínském kraji a zjistíme, zda zaměstnavatelé poskytují prevenci svým zaměstnancům.

V posledních letech se čím dál častěji prokazuje, že syndrom vyhoření se nejčastěji projeví u těch, kteří pracují s lidmi, jsou s nimi v každodenním kontaktu. Bylo provedeno několik průzkumů na pracovištích za účelem zjištění, do jaké míry jsou zaměstnanci vyčerpaní, vyhořelí.

V České republice se uskutečnilo několik výzkumů, které mapovaly výskyt syndromu vyhoření, avšak nemnoho výzkumů se zaměřovalo na pracovníky v sociálních službách. Nejčastěji byly výzkumy prováděny ve zdravotnických zařízeních, kde dotazovanými byly zdravotní sestry, které jsou s lidmi v každodenním styku a jejich práce je založena na komunikaci s pacienty. Vzniklo několik bakalářských či diplomových prací, jejichž cílem prováděných výzkumů bylo zjištění výskytu syndromu vyhoření u sociálních pracovníků v různých zařízeních sociálních služeb.

V roce 2011 byl společností Commservis.com zjištěno, že každý osmý Čech trpí syndromem vyhoření. První zmínky o tomto jevu jsou až ve 2. polovině minulého století a to prostřednictvím Herberta J. Freudenbergera (1974), který syndrom vyhoření jako první pojmenoval a blíže se jím zabýval. Lze tedy říci, že jde o pojem nedlouho známý.

Z tohoto důvodu shledávám náš výzkum jako žádoucí, protože tyto pracovníci jsou lidem s Alzheimerovou nemocí v zařízeních sociálních služeb nejblíže. Jsou pracovníky přímé péče, tráví s nimi nejvíce času a mnohdy je jim ze strany klientů věnována bezmezná důvěra, kterou by měli pracovníci umět náležitě využít ve prospěch jeho přání, zájmů, požadavků, což nejsou schopni efektivně provádět, jestliže oni sami jsou vyčerpaní, unavení, vystresovaní, zkrátka na pokraji vyhoření.

K tomuto tématu mám velmi blízko, jelikož pátým rokem pracuji v zařízení pro osoby s Alzheimerovou nemocí jako sociální pracovnice. Mohu tedy říct, že jsem v přímém kontaktu s pracovníky v sociálních službách a úzce s nimi spolupracuji, jelikož je naším společným zájmem poskytnout našim klientům kvalitní péči.

Setkávám se s pracovníky v sociálních službách dnes a denně a nemohu si nevšimnout, že někteří z nich vykazují známky vyčerpání, podráždění, stresu a někteří i značné rezignace. Chtěla bych tedy fenomén syndromu vyhoření zkoumat právě na svých spolupracovnících, a abych mohla svůj výzkum pojmout ve větším měřítku a získat tak větší množství poznatků, rozhodla jsem se oslovit i ostatní zařízení stejného typu ve Zlínském kraji, se kterými často úzce spolupracujeme, obohacujeme se o nabyté zkušenosti a snažíme se tak neustále zkvalitňovat poskytovanou péči.

# **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 SYNDROM VYHOŘENÍ

V úvodu práce jsme si řekli, že poprvé pojem „syndrom vyhoření“ či „burnout“ použil Herbert J. Freudenberger v roce 1974. Právě v těchto letech, tzn. v 70. a 80. letech, začal vzrůstat zájem o tento jev. Byl podroben většímu zkoumání hlavně u profesí, kde se dal předvídat jeho výskyt.

O syndromu vyhoření bylo vydáno několik tisíc anglicky psaných publikací. V České republice příliš mnoho prací publikováno nebylo, přesto je o něj velký zájem, který můžeme posoudit dle přibývajících článků v časopisech, bakalářských či diplomových pracích, dle pořádaných konferencí a seminářů. (Kebza, Šolcová, 2003, s. 6-7)

Venglářová (2007, s. 80) definuje syndrom vyhoření následovně: *„Jde o stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání. Vyčerpání je způsobeno dlouhodobým setrváním v emocionálně těžkých situacích. Přichází v souvislosti s pracovní zátěží u jinak zdravých jedinců.“*

Dočkal (2003, s. 76) poukazuje, že stres má negativní dopad na naše zdraví. Při zátěžových situacích se zvyšuje tep, zvedá se hladina adrenalinu v krvi, zvyšuje se činnost srdce. Opakovaný stres ovlivňuje činnosti vnitřních orgánů a může vést k různým nemocem.

Priebová (2015, s. 13-15) uvádí, že v poradenství se často doporučuje vyhnout se stresu, který je příčinou syndromu vyhoření. Pojem stres je chápán jako subjektivní stav, ve kterém má dotyčný pocit nějakého ohrožení, bezmoci, je postaven před pro něj nepříznivou situaci, kterou není schopen vlastním přičiněním zvrátit.

Není sporu, že kdo trpí syndromem vyhoření, je vyčerpaný, přetížený. Priebová (2015, s.18) se zamýšlí, zda je vyčerpanost spouštěčem pro vznik syndromu vyhoření. Dle jejího názoru je příčinou jeho nástupu absence pozitivních nebo příznivých vztahů k okolí a k sobě samému. Vychází z vlastních zkušeností, které nabyla při léčení syndromu vyhoření. Pro její pacienty, kteří onemocněli syndromem vyhoření, bylo typické, že se nacházeli v nefunkčních vztazích, které je emocionálně vyčerpávali nebo naopak neměli vztahy žádné.

Na zvládání různých zátěžových situací má vliv také míra resilience neboli pružnosti, kterou každý člověk disponuje. Mourlane (2013, s. 43-57) popisuje sedm faktorů resilience následovně:

a) **Ovládání emocí** – v určitých životních situacích ovládáme své emoce a jimi vyvolané reakce, aniž bychom si to uvědomovali. Lidé, kteří jsou schopni dobře ovládat své

emoce, si velmi dobře uvědomují, co je pro ně dobré a v každé situaci směřují ke své spokojenosti.

- b) **Kontrola impulsů** – jedná se o jakousi formu disciplíny, kdy je člověk schopen pracovat velmi pečlivě, směřuje ke stanoveným cílům a uspokojuje ho pocit z dobře odvedené práce a nenechá se rozptylovat okolními vlivy.
- c) **Kauzální analýza** – jedná se o schopnost uvědomit si příčinu rozladění, ve kterém se nacházíme a znovu tak najít to, co nám přináší pocit spokojenosti.
- d) **Realistický optimismus** – optimisté jsou všeobecně úspěšnějšími lidmi, realistický optimista stojí tzv. nohama na zemi, není pro něj nic překážkou, vše se snaží vyřešit a vychází vždy z reálných okolností.
- e) **Přesvědčení o vlastní účinnosti** – měli bychom být přesvědčeni, že svůj život sami ovládáme, sami si ho konstruujeme a dáváme mu určitou podobu.
- f) **Orientace na cíl** – lidé disponující vysokou resiliencí mají vytyčené cíle, na jejichž dosažení pečlivě pracují, neodradí je neúspěchy, dosáhnou jednoho cíle a vzápětí si vytyčí cíl nový.
- g) **Empatie** – pomáhá nám nejednat zkratkovitě, chybně, usměrňuje naše pocity.

Člověk, který trpí syndromem vyhoření, ztrácí chuť do práce. Úkoly, které dříve plnil bez obtíží, jsou pro něj nesplnitelné. Ztratil totiž důvěru v sám sebe, ve své schopnosti a dovednosti.

## 1.1 Příčiny vzniku a příznaky

Rush (2003, s. 7) vysvětluje podstatu syndromu vyhoření následovně: „Pokud zapálíte oba konce svíčky, získáte tím více světla. Svíčka však zároveň rychleji vyhoří. Tímto obrazem je možné věrně ilustrovat proces směřující k vyhoření. Lidé, kteří jím procházejí, zjišťují, že veškerá jejich duševní, emocionální a fyzická energie je vypotřebována. Jejich síly jsou vyčerpané a ztrácejí vůli vytrvat.“

Mallotová (2000, s. 14) zařazuje mezi nejčastější projevy syndromu vyhoření fyzické i psychické vyčerpání, chronickou únavu, vznětlivost, nedůvěra, pesimistický postoj k vlastní práci, ke svým kolegům a v poslední řadě i ke klientům.

Dle Stocka (2010, s. 20) vykazuje člověk postižený syndromem vyhoření znaky:

- a) **Emoční** – sklíčenost, bezmoc, beznaděj, ztráta sebeovládání (např. nekontrolovaný pláč), pocity strachu, prázdnoty, apatie.
- b) **Fyzické** – nedostatek energie, slabost, únava, svalové napětí, poruchy spánku, paměti a koncentrace.

Dle Priebové (2015) ze syndromu vyhoření postupně vznikla hrozba civilizace a každý rok zapříčiňuje u lidí závažnou psychickou újmu. Za znepokojující na tom autorka shledává fakt, že se doposud považují příznaky syndromu vyhoření za příčiny. To znamená, že se ani v současné době neví, čím přesně je syndrom vyhoření způsoben.

Naopak Stock (2010, s. 15-17) charakterizuje příčinu vzniku syndromu vyhoření následovně: „Syndrom vyhoření bývá způsoben výhradně chronickým stresem a dlouhodobou disbalancí mezi zátěží a fází klidu, tedy mezi aktivitou a odpočinkem. Rovnováha mezi těmito dvěma póly bývá v případě burnout syndromu zpravidla narušena.“ Autor také poukazuje na rozdíly ve zvládnání různých stresových situací. Někdo se stresem dokáže vyrovnat snáze, jiný o sobě pochybuje a vzniká zátěžová situace, ze které teprve vzniká stres. To, jak je člověk schopen zvládat stres, je ovlivněno také osobností a charakterem. Pro cílevědomého a ambiciózního člověka mohou být stresové situace motivující k výkonu lepších výsledků a popohání jej kupředu, naopak člověk s nízkou motivací a sebevědomím se raději takových situací straní.

Dle Stocka (2010, s. 31) zapříčiňuje vznik syndromu vyhoření nejčastěji zaměstnání. Rizika vzniku syndromu vyhoření jsou vyvolány následujícími činiteli:

1. Zvýšená pracovní zátěž,
2. trvalé působení rušivých vlivů,
3. nedostatek samostatnosti a neustálá kontrola,
4. bezohlednost kolegů a nespravedlnost nadřízených,
5. nesoulad mezi hodnotovým systémem pracovníka a firmy.

Jeklová a Reitmayerová (2006, s. 14-15) ve své publikaci uvádí několik důvodů, kvůli kterým dochází k syndromu vyhoření: Jako první může dojít ke **ztrátě ideálů** – na počátku je člověk „zapálený“ do nového zaměstnání, je plný očekávání a představ, ale zanedlouho

začínají vyplývat na povrch obtíže, které neočekával. Člověk ztrácí víru v sebe sama, ve své schopnosti a dovednosti. Zde záleží na podpoře kolegů, přátel, rodiny a síly osobnosti dotyčného. Druhým důvodem může být **workoholismus**. Člověk je neustále vnitřně nucen pracovat, není schopen odpočívat, klade na sebe vysoké nároky, což vede k psychickému i fyzickému vyčerpání. Náhlý **teror příležitostí** může být také důvodem k vyčerpání. Každá nová výzva působí zajímavě, vábivě a člověk má pocit, že ji nelze nevyužít. Práce mu zabírá čím dál více času a ubírá na energii. To může být způsobeno také absencí schopnosti plánovat, rozvrhnout čas a říkat „ne“.

## 1.2 Fáze syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření probíhá v procesu, který je tvořen několika fázemi. Z toho usuzujeme, že jde o proces dlouhodobý.

Edelwisch a Brodský popisují fáze syndromu vyhoření následovně:

**1. Idealistické nadšení** – po nástupu do zaměstnání je člověk plný nadšení, elánu, nových nápadů, ví přesně, čím efektivitu práce zvýšit. Často se pro ně stává práce smyslem života a zapomíná pak na mimopracovní život. Naopak jsou jedinci, kteří přes velké pracovní nasazení dokážou zvolnit, odpočinout si a nepřekročit tenkou hranici pro vznik syndromu vyhoření.

**2. Stagnace** – tato fáze je typická prozřením, že představy, které jsme měli zpočátku, se rozcházejí s realitou. Okolí ani samotný nemocný si počáteční fázi neuvědomují.

**3. Frustrace** – postupně si uvědomujeme, že naše počáteční snahy o zkvalitnění práce jsou nedostačující, nedocenené. Graduují pocity selhání, zklamání, neuspokojení.

**4. Apatie** – obranným mechanismem se stává apatie, kdy člověk odvádí pouze, co musí, není motivován k efektivnější práci, naopak se snaží práci odvést co nejrychleji a na výsledcích mu nezáleží. Stock (2010, s. 23-24)

Kebza, Šolcová (2003, s. 13) rozlišují **iniciační fázi** syndromu vyhoření, která je typická vysokým nadšením pro práci, postupně člověk zjišťuje, že cíle nejsou splnitelné a následuje **fáze frustrace**, neuspokojení, která postupně přechází do **fáze apatie** až hostility, což se může projevat agresivním či nepřátelským chováním vůči klientům, kolegům nebo vůči sobě samému. Posledním stádiem je pak **fáze úplného vyhoření**, ztráty zájmu, odlidštění.



### 1.3 Prevence

V úvodu je nezbytné vymezit, co pojem „prevence“ znamená.

„Prevence – veškeré aktivity podporující zdravý životní styl a osvojování pozitivního sociálního chování prostřednictvím smysluplného využívání a organizace volného času, například zájmové, sportovní a volnočasové aktivity a jiné programy, které vedou k dodržování určitých společenských pravidel, zdravého rozvoje osobnosti, k odpovědnosti za sebe a své jednání.“ (<http://www.prevence-info.cz/p-prevence/nespecificka-primarni-prevence>)

Dočkal (2003, s. 144) rozlišuje prevenci:

1. **Primární** – úkolem primární prevence je předcházení nežádoucího chování.
2. **Sekundární** – cílem je odstranění rizikového chování a jednání, popřípadě eliminace rizik a důsledků.
3. **Terciární** – snaží se zamezit opakování či návratu k rizikovému chování.

Jistou prevencí před propuknutím syndromu vyhoření vidí Priebová (2015, s. 53-63) v **dialogu**. Lidské zdraví je totiž tvořeno šesti základními oblastmi: rodina/partnerství, práce, zdraví/fyzická kondice, sociální kontakty, individualita/koníčky, víra/spiritualita. Jestliže je základem všech vyjmenovaných oblastí dialog, je člověk vyrovnaný a není pravděpodobné, že by se u něj rozvinul syndrom vyhoření. Jestliže totiž dojde k vypjaté, emocionálně náročnější situaci v některé z oblastí, nacházíme kompenzaci v oblastech ostatních. Záleží ale také, jaký význam jednotlivým oblastem připisujeme. Některé pro nás mají menší význam, jiné jsou pro nás daleko důležitější. Je tedy důležité hledat i vnitřní, zdánlivě skryté aspekty ovlivňující vznik syndromu vyhoření. Význam dialogu, na který autorka poukazuje, je dle ní nutné vézt nejen s okolím v jednotlivých oblastech, ale také se sebou samým. Umět naslouchat sám sobě, brát v potaz své potřeby, věnovat pozornost varovným signálům a nezavírat před nimi oči.

Za účinnou prevencí považujeme supervizi. Je využívána na řadě pracovišť pro zvýšení efektivity práce, zkvalitnění vztahů na pracovišti a celkově pomoci k lepšímu klimatu. Supervizor by měl být jakýmsi mentorem, který pomáhá supervizovanému hledat nová

řešení v problémových situacích, které mohou na půdě zaměstnání vznikat, ukazuje mu různé cesty, jak dojít k nápravě či zlepšení.

O potřebnosti spolupráce nestranného odborníka s pracovníky v sociálních službách se začalo uvažovat v souvislosti se zaváděním standardů v sociální péči kolem roku 2002. Supervize je totiž potřebná především tam, kde je pracovník v úzkém kontaktu s lidmi. Je tak vystaven dlouhodobému stresu, záporným emocím a je svědkem utrpení nemocných. (Venglářová, 2013, s. 11)

Svobodová a Valášek (2002, s. 14-15) ve své publikaci vysvětlují, že supervize pochází z latiny, *super* znamená „výše“ nebo „přes“ a *visio* znamená „pohled“. V procesu supervize, který je velmi složitý, jsou si supervizor i supervidovaný rovni.

Supervize má několik fází, které spolu utvářejí celý proces, ve kterém by měl supervizor dbát na to, aby klientovy potřeby a zájmy byly ve středu pozornosti:

1. **Smlouva** – obsahem smlouvy je souhlas obou stran o spolupráci. Je v ní vymezeno, jak dlouho bude spolupráce trvat, co je jejím cílem, jaké metody budou využívány a jaké kroky budou podnikány. Smlouva by měla být vždy uzavřena ještě před zahájením spolupráce.
2. **Zaměření** – součástí této fáze by mělo být vyspecifikováno, jaké téma bude předmětem spolupráce. Supervidovaný předkládá úskalí své práce.
3. **Prostor** – jedná se o mezidobí, ve kterém je supervizor podporovaný ve své práci a vše, co se zdá zmatečné, je bráno jako prospěšné pro supervizorovy snahy. Mohou se objevit nové možnosti, které na počátku nebyly zřejmé.
4. **Most** – tato fáze je důležitá pro návrat k práci s klientem. Klient by si zde měl být vědom různých stránek své práce, nachází rozuzlení.
5. **Shrnutí** – jde o souhrn spolupráce mezi supervizorem a supervidovaným, který by měl být založen na zpětné vazbě. (Svobodová, Valášek, 2002, s. 20-21)

Bednářová a Pelech (2003, s. 68-69) upřesňuje, že cílem supervize není předávat rady, monitorovat pracovníky, ale především rozvíjet jejich profesní i osobnostní stránku. Supervize je tedy edukačním procesem, ve kterém je pracovník podporován a motivován k hledání možností řešení případu, k uvědomění si skrytých aspektů, emocí a nalézání si

pozitivního přístupu ke klientovi. Proces supervize také slouží pro reflexi vlastní chování na pracovišti.

Supervize je aplikována především pro zvládání těchto oblastí:

- Zvládání emocí při péči o lidi se závažným či nevléčitelným onemocněním,
- tvorba pozitivního vztahu k nemocnému,
- pochopení klientovy/pacientovy situace a způsobu, jakým ji prožívá,
- rozvoj profesních dovedností,
- nalézání nových přístupů,
- řešení problémových situací mezi pracovníky na pracovišti,
- přizpůsobení se pracovní roli,
- schopnost přijmout změny v organizaci. (Venglářová, 2013, s. 11)

Bednářová a Pelech (2003, s. 70) rozčleňuje dle zaměřenosti supervizi:

- a) **Individuální** – supervizor pracuje pouze s jedním pracovníkem. Aby byla individuální supervize efektivní, je nutné, aby mezi supervizorem i supervidovaným byl vztah založený na důvěře.
- b) **Skupinovou** – účastníky jsou pracovníci stejné profese nebo stejných typů zařízení.
- c) **Týmovou** – je nejvíce využívaným typem supervize. Účastníky jsou všichni pracovníci bez ohledu na pracovní pozici. Všichni řeší konkrétní problém.

Havrdová a kol. (2011, s. 25) vymezuje také supervizi **zaměřenou na organizaci** – její ústřední úlohou je objasnění struktury i fungování zařízení, jeho pravidel, na atmosféru, která na pracovišti panuje a na kvalitu vztahů mezi pracovníky.

## 2 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Alzheimerova choroba je stále častěji vyskytovaným typem demence. Holmerová, Jarolímová a Nováková (2004, s. 7) charakterizuje demenci následovně: „Demence je charakterizována celkovým zhoršováním korových funkcí mozku, tedy paměti, schopnosti vypořádat se s požadavky každodenního života, funkcí smyslových a pohybových, schopností sociálních kontaktů odpovídajících okolnostem a vyžadujících kontrolu emočních reakcí – to vše přitom bez jakéhokoli zhoršení či narušení vědomí. Ve většině případů jde o onemocnění neobratné a postupně se zhoršující.“

Dle Kučerové (2006, s. 23) byl poprvé název Alzheimerova nemoc použit Emilem Kraepelinem roku 1910, který jej odvodil od Aloise Alzheimerera. Ten jako první tuto nemoc charakterizoval.

Alzheimerova choroba je typická svým plíživým nástupem, který má progredující účinky. Nemoc postihuje osobnostní rysy, postižený ztrácí návyky a zvyklosti, jedná a chová se nápadně, ztrácí své zájmy, jsou poškozeny dlouholeté vztahy. Její první signály se objevují v souvislosti s pamětí, kdy postižený má problém si vybavit běžnou věc, je narušena krátkodobá paměť. Nemocným se postupně zhoršuje schopnost péče o vlastní osobu, stávají se závislími na péči druhé osoby. Zpravidla onemocnění trvá 9 let. (Pidrman, 2007, s. 34-35)

Alzheimerova nemoc má 2 podoby:

- a) **Familiární (vrozená)** – tento typ je velmi vzácný a vyskytuje se u 1 – 5 % všech nemocných. Dědičnost zde hraje jistou roli, ale není pravidlem. Většinou se familiární Alzheimerova nemoc objevuje po padesátém roce.
- b) **Sporadická (občasná)** – odpovídá asi 80% všech nemocných a je charakteristická pro vyšší věk. (Holmerová, Jerolímová a Nováková, 2004, s. 8)

Projevy Alzheimerovy nemoci jsou u každého jedince jiné. Jsou totiž ovlivňovány typem osobnosti, fyzickým i psychickým zdravím a také životním stylem. K počátečním signálům, které mohou být často přehlédnuty, zvláště bez předchozí zkušenosti, patří:

- Snížená funkce krátkodobé paměti – nemocný si nevzpomene na situace z nedávné doby, zapomíná jména.

- Není schopen si v daný okamžik vzpomenout na důležitá data, např. své datum narození nebo není schopen nalézt správnou cestu domů.
- Dělá mu obtíže rozhodnout se v běžných životních situacích.
- Ztrácí zájem o své záliby a práci. (Holmerová, Jerolímová a Nováková, 2004, s. 11)

Pidrman (2007, s. 39) řadí mezi nejdříve se objevující příznaky **poruchy paměti a řeči**. **Porucha paměti** se nejdříve projevuje zapomínáním jmen, schůzek, opakované telefonáty se stejnými dotazy. Vývoj nemoci přechází v zapomínání obličejů, událostí, které se odehrály v době nedávné. V pozdějším stádiu není nemocný schopen poznat ani pojmenovat své příbuzné. V **řeči** se nemoc projevuje hledáním slov běžně používaných, horší artikulací, zhoršenou fluencí neboli plynulostí. Později nemocný nemůže nalézt slova při běžné komunikaci, opakuje slova, odbíhá od tématu, hovoří nesouvisle, bez návaznosti na probírané téma.

Roku 1968 bylo zjištěno britskými vědci, že Alzheimerova nemoc se nevyskytuje jen sporadicky, ale jde o nemoc, která byla dříve nazývána senilitou. (Glennerová, 2012, s. 19)

## 2.1 Stádia Alzheimerovy nemoci

Pidrman (2007, s. 40-41) referuje o několika stádiích nemocí – **prodromální**, **časné** (mírné), **střední**, **těžké** (hluboké) a **konečné**.

**Prodromální stádium** je typické zapomnětlivostí, můžeme také zaznamenat prvotní změny v rysech osobnosti.

V **časné fázi** je zapomínání výrazné, je narušena fluence řeči, výkyvy nálad, nestálost emocí.

**Střední fáze** zcela ovlivňuje osobnostní rysy. Nemocnému dělá potíže orientovat se v prostoru a čase, není schopen vybavit si jména, data i tváře, řeč je omezena na jednoduché věty a často je doprovázena smyšlenými událostmi.

V **pozdní fázi** nemocný není schopen konverzace, neustále opakuje tatáž slova, používá smyšlená slova, paměť je narušena zjevně, objevují se poruchy hybnosti, narušené reflexy.

**Konečné stádium** nemoci zapříčiňuje imobilitu nemocného, schopnost vybavení si něčeho je zcela nemožné. Nemocný neprojevuje emoce, komunikace nesrozumitelná. Často dochází k připojení dalších nemocí, v důsledku níž nemocný umírá.

## 2.2 Příčiny vzniku

Není vůbec jisté, co je příčinou vzniku Alzheimerovy nemoci, nicméně vědci se domnívají, že na její zrod mají vliv aspekty genetické, zánětlivé, virové a potenciální nemocný je ovlivněn také životním prostředím. (Holmerová, Jerolímová a Nováková, 2004, s. 9)

Pidrman (2007, s. 41-42) ve své publikaci charakterizuje Alzheimerovu nemoc jako primárně degenerativní onemocnění šedé kůry mozkové, které se projevuje atrofií. Stěna mozkové kůry se ztenčuje. Hlavní změnou, která v mozku nemocného nastává, je hromadění bílkoviny beta-amyloidu. Tato bílkovina tvoří shluky, u kterých platí čím větší je jejich množství, tím hlubší je nemoc. Shledává příčinu vzniku Alzheimerovy nemoci ve věku nemocného. Rodinná anamnéza také hraje svou roli – zvyšuje riziko vzniku třikrát až čtyřikrát.

Dle Glennerové (2012, s. 19) Alzheimerovou nemocí způsobují patrně geny, jejichž podíl je někdy dědičný, jindy náhodný.

## 2.3 Diagnostika

Diagnostikou a jejími úskalími se podrobně ve své publikaci zabývá Jirák, Holmerová, Borzová a kol. (2009, s. 25-28). Některé prvotní symptomy jsou mnohdy lékaři i rodinou nemocného chybně přisuzovány stárnutí. Každé takové nezvyklé chování si vyžaduje vyšetření odborným lékařem.

Při diagnostice demence jsou důležité tyto složky:

- a. **Anamnéza** zaujímá při diagnostice Alzheimerovy choroby významné postavení, musí ale být zachována její objektivnost, kterou nám může poskytnout osoba, která pacienta dobře zná nebo o něj přímo pečuje. Vyšetřovaný si totiž mnohdy své obtíže neuvědomuje. Je nezbytné znát podrobnosti o případných úrazech hlavy, cévních mozkových příhodách, srdečních onemocněních, poruchách metabolismu, léčených

depresích či dalších psychických poruch u pacienta či členů jeho rodiny a v neposlední řadě o lécích, které pravidelně užívá.

- b. Somatické vyšetření** zahrnuje měření tlaku krve, činnost srdce (EKG - elektrokardiogram), laboratorní vyšetření (krevní obraz, vyšetření krevních minerálů, urea (močovina), jaterní testy, vyšetření hormonů štítné žlázy, neurologické vyšetření, vyšetření elektrické mozkové aktivity.
- c. Orientační vyšetření poznávacích funkcí** slouží pro zjištění, které neurologicko-psychiatrické funkce jsou porušené. Zkoumá se: paměť, řečové schopnosti, schopnost orientovat se v prostoru a čase, schopnost obsluhy běžných domácích spotřebičů, poznávací funkce, schopnost plánování a dokončení zadaného úkolu, zvládnání zaměstnání, změny osobnosti. Významné je, zda si pacient svou nemoc uvědomuje. K vyšetřování se používají testy, které s pacientem provádí lékař (psychiatr, psycholog nebo neurolog).
- d. Zobrazovací techniky** nezbytné pro diagnostiku Alzheimerovy nemoci je computerová tomografie (CT) a magnetická rezonance (MR), které dávají obraz anomálií mozkové tkáně. Ukazují především prokrvení mozku a přítomnost patologických jevů. Jednofotonová emisní výpočetní tomografie (SPECT) a pozitronová emisní tomografie (PET) zjišťují kvalitu mozkového metabolismu, krevního průtoku.

Nejpoužívanější je **MMSE test** (Mini-Mental State Examination), který měří míru orientace osobou, místem a časem. Dále testuje schopnost zapamatovat si tři slova a počítání od stovky po číslo sedm. Testem se také prověřuje, zda je vyšetřovaný schopen pojmenovat předměty, které mu jsou předkládány. Pacient dostává úkoly spočívající v překreslení obrázku dle předlohy a opakování vět.

Mezi další používané diagnostické metody patří **Wechslerova škála paměti**, která informuje o slovní a zrakové paměti, zjišťuje orientaci, logickou paměť, schopnost pamatovat si slovní dvojice, seznamy slov, uspořádání čísel a písmen. Dále testy **WAB**, což jsou testy ověřující řečové funkce, to znamená, zda je vyšetřovaný schopen samovolné řeči, zda rozumí obsahu a jestli je schopen převyprávět, co mu bylo řečeno. Pro stanovení diagnózy jsou důležité také testy zaměřené na schopnost plynulé řeči, tzv. **Test řečové plynulosti**. Úkolem vyšetřovaného je sdělit co nejvíce slov začínající na stejné písmeno.

V testech je hodnocena rychlost, motivace, pružnost, paměť. Testy **vizuospaciálních funkcí (funkcí prostorové paměti), konstruktivní apraxie – Bendet-Gestaltův test** – je testováno, zda je vyšetřovaný schopen překreslit obrazce, u nichž je stále zvyšována obtížnost. Testy **kreslení dráhy** – je posuzována schopnost plánovat, koncentrace, schopnost adaptace. K posouzení míry koncentrace je v hojně míře užíván **Stroopův test**, který je důležitý pro vyšetření chování, míry deprese, adaptace a duševní pružnosti.

## 2.4 Specifika práce s osobami s Alzheimerovou nemocí

Práce s osobami s Alzheimerovou nemocí patří bez pochyby k nejnáročnějším, jak po psychické tak i fyzické stránce. Někteří lidé s touto nemocí si uvědomují, že zapomínají, ale mnohem horší je, pokud si to neuvědomují nebo to zcela vylučují, mají pocit, že je s nimi vše v pořádku. Zcela popírají, že by něco nezvládali, např. péči o vlastní osobu, o domácnost. Mají pocit, že zvládají vše bez obtíží a pomoc druhé osoby odmítají. (Kučerová, 2006, s. 27)

Člověk s Alzheimerovou nemocí se může často chovat agresivně, aniž by si své chování uvědomoval. Nejčastěji jsou agresivní právě vůči osobám, se kterými jsou nejčastěji v kontaktu, a kteří o ně s láskou a obětavostí pečují. Tyto projevy agrese jsou často „voláním o pomoc“ - nemocní si v prvních stádiích uvědomují, že se s nimi něco děje, jsou zmatení, bojí se, ví, že to co se děje, není v pořádku. (Holmerová, Jerolímová a Nováková, 2004, s. 34)

Při péči o člověka s Alzheimerovou chorobou je nejdůležitější zachovat míru jeho soběstačnosti co nejdéle. Znamená to, nechat ho dělat všechno tak, jak to dělal doposud. Jestliže soběstačnost činí nemocnému určité obtíže, je přece jen třeba mírné dopomoci nebo v postupujícím stádiu nemoci plnohodnotné péče. Popíšeme si, jak postupovat v jednotlivých úkonech péče o vlastní osobu nemocného.

- a) OSOBNÍ HYGIENA – V prvé řadě je důležité motivovat nemocného, aby péči o sebe nezanedbával. Nemocný si totiž často myslí, že hygienu již provedl, ale ve skutečnosti tomu tak není nebo postupem zapomínají jednotlivé úkony. Je tedy třeba koupel provádět klidně, orientovat nemocného v situaci, říkat mu, co má dělat nebo sdělovat, co právě vykonáváme. Pokud je nemocný schopen některé úkony vykonat sám, pouze na výkon dohlížíme.



- b) **POMOC SE ZAJIŠTĚNÍM FYZIOLOGICKÝCH POTŘEB** – Pro nemocného je důležité umět se zorientovat, kde se toaleta nachází. Je proto dobré dveře jakkoli označit (obrázek) a nechat v noci rozsvícené světlo, tma totiž nemocného dezorientuje. Nemocný by také měl mít vhodné oblečení, které mu nedělá obtíže svléknout.
- c) **PŘESUNY A POHYB PO BYTĚ** – Jestliže je nemocný schopen sám vstát z postele, je zřejmé, že míra samostatného pohybu je do značné míry zachovaná. Pokud ale potřebuje při chůzi dopomoc, je vhodné zajistit, aby lůžko nebylo příliš vysoké a aby v jeho blízkosti byl umístěn kus nábytku, o který by se mohl v případě potřeby opřít. V celém bytě je žádoucí odstranit přebytečné věci, které by nemocnému bránily v pohodlném a bezpečném pohybu. Nemocný, kterému již dělá samostatný pohyb potíže, velmi pomůže odstranění kobereců a zajistit dostatečné osvětlení.
- d) **STRAVOVÁNÍ** – U člověka nemocného Alzheimerovou nemocí se v některých případech může vyskytovat nadměrná chuť k jídlu. Je proto důležité dodržovat dohled nad množstvím konzumovaného jídla, také nad výživovými hodnotami potravin. Strava by měla být pestrá a vyvážená. V pozdějších stádiích nemoci je nutná pomoc s podáváním stravy, jelikož nemocný se není schopen najíst samostatně bez pomoci. Pro nemocného je důležité zachovat dle možností stolování, jak byl zvyklý. To znamená, že by měl sedět u stolu, pokud je to pro něj vyhovující měli bychom ho nechat jíst pouze rukama, popř. mu stravu upravit (rozkrájet na menší kousky nebo rozmixovat) a dodržovat neustálý dohled. Nemocný má vlivem nemoci omezený polykací reflex, může se tedy jídlem dusit. Pak je nutná konzultace s lékařem, která zvaží speciální typ podávání stravy přes PEG (Perkutánní endoskopická gastronomie). Jedná se o zavedení hadičky skrz břišní stěnu do žaludku, prostřednictvím které je nemocnému vpravována výživa. (<http://stefajir.cz/?q=peg>)
- e) **OBLÉKÁNÍ** – Nemocný může mít potíže s oblékáním, především plete pořadí jednotlivých druhů oblečení, nedokáže zvolit oblečení pro konkrétní situaci či roční období. Postupem času zcela ztrácí schopnost se sám obléknout či svléknout. Je třeba nemocnému přichystat oblečení ve správné posloupnosti a bez složitého zapínání. Pro nemocného je při oblékání nejdůležitější čas. Není vhodné jej pobízet k rychlejšímu oblékání, oblékání se pak pro něj stává stresovou situací. Obuv je taky vhodné volit jednoduchou na manipulaci.

- f) INKONTINENCE – Inkontinence znamená neschopnost udržet moč či stolicí, která je způsobena omezenou činností nervové i svalové kontroly močového měchýře a konečníku. K inkontinenci může dojít v důsledku neschopnosti samostatného pohybu dojít si na toaletu, ale také neuvědomění si potřeby. Zde je důležité nemocného doprovázet na toaletu v periodách a potřebu mu připomínat.

(Holmerová, Jarolímová a Nováková, 2004, s. 21-29)

Pro nemocného s Alzheimerovou nemocí je i přes všechny potíže, které s sebou nemoc přináší, důležité žít v rámci jeho možností plnohodnotný a smysluplný život, čehož můžeme docílit tím, že ho budeme i přes prvotní příznaky zapojovat do jednoduchých činností a umožníme mu účastnit se všeho, čeho se rád účastnil před nemocí.

Všechny činnosti, kterými jsou stimulovány smysly nemocného, kognitivní funkce či funkce motorické můžeme označit jako *aktivizační činnosti*. Mezi tyto činnosti můžeme zařadit: Rozhovory s nemocnými nad jeho fotografiemi (tzv. reminiscenční terapie), které není nemocný v pozdějších stádiích schopen popsat, ale je pro něj důležité především to, jaké pocity v něm fotografie vyvolávají. Dále je možné hraní společenských her nebo umožnit věnovat se zálibám, kterých se rád dříve rád účastnil, jako např. fotografování, zahradničení, malování, procházky, poslouchat hudbu, zdobit dům na svátky. Pro nemocného má nezastupitelný význam setkávat se nadále se svými přáteli, což mu přináší pocit, že je pořád žádaný, necítí se vykořeněný a nepotřebný. (Callone, Kudlacek, Vasiloff, Manternach, Brumback, 2008, s. 41-42)

Dle Mlýnkové (2011, s. 52) je základem dobré spolupráce komunikace. Komunikace je odrazem vztahu mezi pracovníkem a klientem. Pracovník by měl ovládat jak verbální, tak i neverbální složku komunikace. Při komunikaci s nemocným je nutné dodržovat určité zásady, které je důležité dodržovat a předejít tak stresové situaci, do které se nemocný nesprávnou komunikací může dostat. Mezi tyto zásady patří: Před zahájením komunikace je dobré získat pozornost nemocného, dívat se mu při řeči do očí, nepoužívat rozkazovací způsob, neskákat do řeči, nedokončovat za něj věty, pokud si nemůže vzpomenout, dát mu dostatek času na vyjádření se, mluvit pomalu, klidně, srozumitelně, v jednoduchých větách, za přítomnosti dalších osob nemluvit o nemocném, jako by tam nebyl. (Callone, Kudlacek, Vasiloff, Manternach, Brumback, 2008, s. 48-49)

Důležitým nepsaným pravidlem v přístupu ke klientovi je přistupovat k němu vždy jako k jedinečné bytosti, která má právo na vlastní myšlenky, názory, hodnoty a zájmy. Pracovník by neměl klientovi vnucovat své názory, postoje. Profesionalitu naopak projeví, když mu dá svobodu volby, rozhodnout se dle svého uvážení. (Úlehla, 2007 s. 53)

Všechny specifika bezpečné práce s osobami s Alzheimerovou nemocí, které jsme si popsali, platí také v případě, že je nemocný umístěn v zařízení sociálních služeb.

## **2.5 Domovy se zvláštním režimem**

Zařízení sociálních služeb pro osoby s Alzheimerovou nemocí je dnes, vzhledem ke stále narůstajícímu počtu nemocných, nedostatek. Péče o člověka s demencí vyžaduje speciálně vyškolený tým a architektonicky upravené prostředí. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010, s. 183)

„Domovy se zvláštním režimem patří mezi služby sociální péče. Jsou určeny osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou demencí, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.“ (<http://www.slovník.mpsv.cz/domovy-se-zvlastnim-rezimem.html>)

Jedná se o pobytovou službu, v rámci které jsou poskytovány následující činnosti: Poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, základní sociální poradenství, nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, obstarávání osobních záležitostí, pomoc při jednání s úřady a jinými institucemi, pomoc při zprostředkování kontaktu s veřejností, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a zájmů.

Podle ustanovení § 50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kterému sociální služby podléhají a kterým se musí řídit, je chod domova se zvláštním režimem přizpůsoben potřebám jeho klientů. Hlavní zásadou je používání režimových opatření pouze v případech nezbytně nutných. Vždy je třeba přistupovat k uživatelům služby individuálně.

([http://www.ochrance.cz/fileadmin/user\\_upload/ochrana\\_osob/ZARIZENI/Socialni\\_sluzby/4\\_2013\\_Zvlastni\\_rezim.pdf](http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/4_2013_Zvlastni_rezim.pdf))

Gulová (2011, s. 31) definuje účel sociálních služeb: „**Obecný cíl sociálních služeb = podpora začlenění lidí v nepříznivé sociální situaci a předcházení vyloučení ze společnosti**“.

V ústavní péči je hájení práv uživatelů a zachování jejich důstojnosti zakotveno ve **Standardech kvality sociálních služeb**, které podrobně popisují, jak má vypadat kvalitní péče sociální služby. Významným znakem kvality služby je její schopnost dbát a pomáhat jednotlivým uživatelům ve splnění jejich cílů. (Dvořáčková, 2012, s. 90)

### 3 PRACOVNÍCI V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Hlavní činností sociální práce je zamezit vyloučení jednotlivce či skupin, či alespoň eliminovat důsledky a docílit sociálního fungování. (Dočkal, 2008, s. 13-15)

Pro sociální práci je stěžejní zásada solidarity, která jde ruku v ruce s lidskou civilizací po staletí. Sociální práce se řadí mezi pomáhající profese, kde se uplatňují jak profesionální pracovníky tak i dobrovolníci ve státních i nestátních zařízeních.

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách označuje za pracovníka v sociálních službách toho, kdo v rámci svého zaměstnání vykonává:

- a. Přímou obslužnou péčí o osoby v ambulantních nebo pobytových službách, v rámci které poskytují pomoc s péčí o vlastní osoby uživatele, pomáhají mu s oblékáním, s úpravou a podáváním stravy, snaží se dle jeho možností zachovat do jisté míry soběstačnost, pomáhají mu udržet kontakt se společenským prostředím.
- b. Základní výchovnou nepedagogickou činnost, která zahrnuje upevňování a prohlubování základních návyků v rámci hygieny, působení na rozvoj tvorbu pracovních návyků, motoriku, smysluplné trávení volného času, rozvoj osobnosti a zájmů, účast na společenských aktivitách.
- c. Pečovatelskou péčí v domácnosti uživatele, do které spadá péče o domácnost, udržení kontaktu s veřejností, zajišťování sociální pomoci, pomoc s tvorbou sociálních kontaktů.
- d. Pod dohledem sociálního pracovníka činnosti zahrnující základní poradenství. Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc v udržení kontaktu se společenským prostředím, činnosti podporující práva a zájmy uživatele, pomoc se zajišťováním osobních záležitostí. (<http://www.sagit.cz/sb06108>)

Každý pracovník by si měl při práci s touto specifickou cílovou skupinou v první řadě uvědomit, jakou mocí vůči klientům disponuje a měl by znát míru užívání své moci. Měl by mít na mysli, že na prvním místě je vždy dobro a blaho klienta. Jestliže tohoto není pracovník schopen, je pak jen krok k tomu, aby začal své moci zneužívat. Pak nastává situace, že klienta kontroluje místo toho, aby s ním spolupracoval. Je nezbytné uvědomění si pracovníka, z jakého důvodu práci vykonává. (Hauke, 2014, s. 98)

### 3.1 Podmínky výkonu a osobnostní předpoklady

Podmínkou výkonu pracovníka v sociálních službách je **svěprávnost**, trestní **bezúhonnost**, která musí být doložena výpisem z evidence rejstříku trestů, **zdravotní** a **odborná způsobilost**. **Zdravotní způsobilost** posuzuje lékař zařízení, který vypravuje lékařský posudek. **Odborná způsobilost** zahrnuje základní nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu, který musí být splněn maximálně do 18 měsíců od nástupu do zaměstnání. Do té doby vykonává zaměstnanec práci pod vedením zkušeného kolegy. (<http://www.sagit.cz/sb06108>)

Kvalifikační kurzy jsou v minimálním rozsahu 150 hodin a jsou ve velké míře pořádány při středních školách, kde jsou vyučovány související obory, v nestátních neziskových organizacích. Nezbytnou součástí kurzu je jeho akreditace, kterou udává Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. (<http://www.zdravi.euro.cz/clanek/sestra/podminky-vykonu-cinnosti-pracovnika-v-socialnich-sluzbach-461362>)

Dalšími předpoklady pro výkon pracovníka v sociálních službách je především přesvědčení chtít pomáhat lidem a mít k nim vztah. Aby mohl vykonávat svou práci dobře, nesmí mu chybět spolehlivost, trpělivost, umění jednat s lidmi.

(<http://www.occupationsguide.cz/cz/povol/povolani.aspx?Par=467.htm>)

Jestliže člověk splňuje výše popsané podmínky pro výkon pracovníka v sociálních službách, disponuje uvedenými předpoklady a rozhodne se pro práci s lidmi s Alzheimerovou nemocí, měl by mít na paměti, že nemocní mají stále zachovanou schopnost sebereflexe a chtějí být užiteční. Je nezbytné vést v patrnosti také fakt, že nemoc sice negativně ovlivňuje všechny funkce nemocného, zhoršuje je a později zcela mizí, ale děje se tak postupně. To znamená, že spoustu funkcí má nemocný zachované a není tedy třeba dělat vše za něj. Je žádoucí dbát na zachování těchto funkcí co nejdéle a toho docílíme jedině tím, že ho necháme dělat vše, co zvládne. Budeme naslouchat jeho přáním a požadavkům a akceptovat jeho rozhodnutí. Pokud si tento postoj budoucí pracovník neosvojí, je takřka jisté, že se bude ubírat k nesprávnému chování a jednání. Z toho tedy vyplývá, že bez počátečních informací o nemoci, jejích projevech a specifických přístupech, které práce s touto cílovou skupinou vyžaduje, není možné poskytnout kvalitní péči. (Callone, Kudlacek, Vasiloff, Manternach, Brumback, 2008, s. 40-45)

Alzheimerova nemoc je nemocí nevléčitelnou, v jejíchž jednotlivých stádiích se zhoršuje zdravotní i duševní stav nemocného, který se tak dostává do **terminálního stádia**. Pojem terminální stádium lze vysvětlit jako proces umírání, kdy dochází k postupujícím a nevratným změnám a poškozením životních funkcí (Haškovcová, 2002 cit. podle Kupka, 2014, s. 102).

Venglářová (2007, s. 81) považuje za primárně důležité navázat vztah se všemi klienty. Pracovník by měl být vždy profesionální a dělat vše proto, aby vztah mezi ním a klientem fungoval. Vytvoření funkčního vztahu je vždy dlouhodobý proces, obzvlášť u seniorů, kteří jsou mnohdy k cizím osobám nedůvěřiví. Další svízel představuje vytvoření vztahu k rodině klienta, která má mnohdy představu, že zařízení obstará všechnu péči a pracovníci vykonají veškeré úkony a i ty, které by klient mohl zvládnout sám. Můžeme se tak setkat s připomínkami, že od nás čekali péči kvalitnější.

Dle Mlýnkové (2011, s. 73-74) by měl být pracovník vlídný, přistupovat ke klientovi vždy pozitivně a se vstřícností. Měl by být připraven na náladovost klientů, kteří jsou často podráždění z důvodu svého handicapu nebo může být náladovost určitou odpovědí na klientovi nevyhovující péči. Takovou péči může být přílišná rychlost prováděných úkonů, příkazovací způsob v komunikaci či nešetrné zacházení.

Kupka (2014, s. 46-47) uvádí jako hlavní podmínku práce s takto těžce nemocnými **duševní zdraví**. Pro tuto práci nejsou vhodné lidé, kteří mají psychické problémy a nejsou emocionálně vyrovnaní. Dalším důležitým ukazatelem pro dobře odváděnou práci je zralost a určité povahové rysy pracovníka, mezi které patří obzvlášť schopnost se sebeovládat. Pro pracovníka začínajícího pracovat s lidmi s touto diagnózou je v začátcích důležité moci se někomu svěřit se svými potížemi, například profesně staršímu kolegovi.

Významnou metodou, jak efektivně pomáhat lidem, kteří pracují v takto zátěžovém prostředí, je tzv. **balintovská skupina**, jejímž zakladatelem je maďarský lékař Balint. Principem této metody jsou pracovníky předkládaná témata, krizové situace či problémový klient. O navrhnutém tématu se diskutuje, každý účastník přispívá svými postřehy, úsudky a návrhy na vyřešení. Na konci sezení mluvčí skupiny zhodnotí průběh a vytyčí to nejpodstatnější, co bylo řečeno. Výsledkem by mělo být, že se každý dobere k závěru, v čem tkvěl problém a jak lépe pracovat (Balint, 1992 cit. podle Kupka, 2014, s. 47).

Jůn (2010, s. 87, 109-110) se zabývá mylnými domněnkami, které pracovník může v péči o nemocné mít. Umožňovat klientovi účastnit se na činnostech, o které má zájem, mu přináší radost a je pro něj velmi přínosné. Pracovník se ale mnohdy snaží klienta zapojovat do aktivit, které klient odmítá a to pak u pracovníka může vyvolávat pocity bezmoci. Zde se pak nabízí řešení vytvořit plán činností, založený na individuálním přístupu ke klientovi, který zahrnuje jak péči o něj, tak i aktivity vyplňující jeho volný čas. Takto sestavený plán, který se pravidelně opakuje, je pro klienty s Alzheimerovou nemocí vhodný, účastní se ho dobrovolně a zároveň je tak u pracovníka zmírněn pocit bezmoci. Dalším mýtem mezi pracovníky je také nutnost zajistit klientovi za každou cenu bezpečné prostředí. Není totiž v silách pracovníků chránit klienta v každé situaci, ve které mu hrozí potenciální nebezpečí. Mezi takové situace patří například nácvik chůze, při kterém se může klientovi udělat nevolno a hrozí riziko pádu, dále nalévání horkého čaje, kdy může dojít k opaření, či stříhání papíru při aktivizačních činnostech. Není možné, aby pracovník přebíral zodpovědnost za vše, čemu je klient vystaven.

Pracovník v sociálních službách se musí bezpodmínečně zabývat také otázkou **etiky** a jejího významu. Na této půdě jsou totiž lidé závislí na pomoci a péči pracovníků, kteří ze své pozice mají možnosti ovlivňovat jejich život. Pracovník by měl být natolik vyzrálý, aby se nenechal zlákat mocí, kterou ve své pozici vůči nemocným disponuje. Může totiž pro ně být velkým přínosem, ale i naopak. Ústředním zájmem pracovníka by vždy mělo být dobro klienta. (Hauke, 2014, s. 93-98)

Etika sociální práce je tvořena zásadami, se kterými by měli být pracovníci v sociálních službách seznámeni a měli by je bezvýhradně dodržovat. (Haškovcová, 2002 cit. podle Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 49)

Mezi základní etické zásady v pomáhajících profesích patří:

- a) **Zásada neškození**, která zakazuje ublížit či uškodit jinému.
- b) **Zásada dobřechinění**, jež lze chápat jako prevenci poškození a podporu dobra.
- c) **Respekt k autonomii** podporuje samostatné jednání bez nutného vnějšího zásahu.
- d) **Zásada spravedlnosti** je uplatňována v první řadě při rozdělování prostředků a služeb. (Munzarová, 2005 cit. podle Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 49)



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODIKA VÝZKUMU

V praktické části bakalářské práce jsme využili kvantitativní metodu výzkumu, techniku dotazníku, který jsme si sami sestavili. Šetření bylo zacíleno na možnosti prevence syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách, kteří pracují v domovech se zvláštním režimem. Zjišťovali jsme jejich spokojenost na pracovišti, a zda se jejich zaměstnavatelé snaží předcházet vzniku syndromu vyhoření, kterým jsou pracovníci při práci s lidmi s Alzheimerovou nemocí ohroženi.

Ve výzkumném šetření byli osloveni pracovníci v sociálních službách pracujících v domovech se zvláštním režimem ve Zlínském kraji, a to v následujících zařízeních:

1. Domov pro seniory Burešov,
2. Strom života v Kroměříži,
3. Domov pro seniory Buchlovice,
4. Charitní dům pokojného stáří v Cetechovicích.

### **Domov pro seniory Burešov**

Domov vznikl v roce 1984 a v roce 2000 se stal příspěvkovou organizací Zlínského kraje. V roce 2011 byla zřízena pobytová služba domov se zvláštním režimem. V současnosti poskytují domov pro seniory 34 klientům a domov se zvláštním režimem 136 klientům. Doplňkovou službou zařízení je nájemní bytový dům s byty zvláštního určení, který slouží lidem pobírajícím invalidní nebo starobní důchod, a kteří nepotřebují pobytovou službu.

### **Strom života v Kroměříži**

Zařízení je začleněno do Sociálních služeb města Kroměříže. Jedná se o celoroční pobytové zařízení pro klienty s Alzheimerovou nemocí a jinými typy demence, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

### **Domov pro seniory Buchlovice**

Zařízení je největším zařízením v uherskohradištském regionu. Od roku 1912 sloužil jako nemocnice. V roce 1995 prošel rozsáhlou rekonstrukcí a zařadil se tak mezi nejmodernější

zařízení. Zřizovatel zařízení je Zlínský kraj. Cílovou skupinou zařízení jsou občané, kteří v důsledku věku nebo zdravotního stavu potřebují pomoc a péči pro zachování důstojného způsobu života.

### **Charitní dům pokojného stáří v Cetechovicích**

Jedná se zařízení určené pro osoby s Alzheimerovou nemocí a jinými typy demence. Zřizovatel je Oblastní charita Kroměříž. Kapacita doma činí 42 lůžek, z toho 38 míst představuje domov se zvláštním režimem a 4 místa odlehčovací službu.

## **4.1 Dotazník**

Nejužívanější metodou získávání dat je dotazník, který je sestaven z předem vytvořených otázek, které jsou jasně položeny a sestaveny, a na které dotazovaný odpovídá. (Gavora, 2000 cit. podle Chráska, 2016, s. 158).

Výsledky dotazníkové šetření jsou časově podmíněné a je nezbytné je správně objektivně vyjasnit bez subjektivního hodnocení. Největší výhodou je možnost velkého sběru dat od velkého počtu dotazovaných v poměrně krátkém čase. (Chráska, 2016, s. 158)

## **4.2 Organizace výzkumného šetření**

Před samotným výzkumem jsme prostřednictvím e-mailové korespondence oslovili ředitele náhodně vybraných zařízení, se kterými jsme se dohodli na provedení šetření, se kterými všichni oslovení souhlasili. Poté jsme si sestavili dotazník, který tvoří 16 otázek. Dotazník je přílohou P III. Úvod představuje představení se, žádost o vyplnění dotazníku a sdělení, že se jedná dotazník zcela anonymní a postup jeho vyplnění.

Tištěné dotazníky jsme poštou rozeslali v počtu odpovídajícímu počtu pracovníků. Dohodli jsme se na lhůtě 14 dní, která měla posloužit k vyplnění dotazníku pracovníky. Poté jsme se opět prostřednictvím e-mailu spojili s jednotlivými řediteli a dohodli se na zpětném zaslání dotazníku poštou.

Vracených dotazníků bylo celkově 103 ks.

### **4.3 Zpracování získaných dat**

Zjištěná data jsme vyhodnotili v programu v Microsoft Word a Misrosoft Excel a zanesli je to tabulek četností. V každé vytvořené tabulce jsme uvedli absolutní četnost, která udává počet stejných odpovědí respondentů) a relativní četnost, která představuje respondenty v procentech). Hodnoty byly matematicky zaokrouhleny na dvě desetinná místa. Odpovědi každé otázky jsme zavedli do tabulek, které jsme doplnili o grafy sloupcové typu ve 3D vzhladu.

### **4.4 Vymezení výzkumného problému**

V praktické části bude stěžejní vyzkoumat, jaká preventivní opatření podniká zaměstnavatel k předcházení syndromu vyhoření či jeho eliminaci, a jestli je syndrom vyhoření rozšířen mezi pracovníky v sociálních službách, kteří se starají o osoby s Alzheimerovou nemocí. Jelikož se jedná o cílovou skupinu velmi specifickou z hlediska péče o ně, je žádoucí, aby pracovníci, kteří jsou s nimi v úzkém kontaktu, byli psychicky zdraví a emocionálně vyrovnaní. Pracovník, který trpí syndromem vyhoření, jistě není schopen poskytnout klientům kvalitní péči.

Zjištění, kolik pracovníků je ohroženo syndromem vyhoření nebo kolik jich už nemocných je, může napomoci vedení zařízení k uvědomění si problému, umožní ho řešit či léčit.

### **4.5 Cíle výzkumu**

#### **Hlavním cíl:**

Zjistit, jaké preventivní kroky k odvrácení syndromu vyhoření podnikají zaměstnavatelé pro své pracovníky.

#### **Dílčí cíle:**

1. Zjistit, zda se u pracovníků v sociálních službách objevují příznaky syndromu vyhoření.
2. Zjistit spokojenost pracovníků v sociálních službách v domovech se zvláštním režimem.
3. Zjistit, zda pracovníci v sociálních službách považují supervizi za efektivní.

#### **4.6 Výzkumné otázky**

- 1. Poskytují zaměstnavatelé prevenci syndromu vyhoření pro své zaměstnance?*
- 2. Lze předpokládat, že se u pracovníků v sociálních službách syndrom vyhoření objevuje?*
- 3. Považují pracovníci v sociálních službách supervizi za efektivní?*

#### **4.7 Výzkumný soubor a způsob jeho výběru**

Výzkumným souborem realizovaného výzkumu byli pracovníci domovů se zvláštním režimem, poskytující péči osobám s Alzheimerovou nemocí, ve Zlínském kraji. Celkově je zařízení podobného typu, vzhledem k neustále narůstajícím případům takto nemocných, velmi malé množství. Oslovená zařízení byla vybrána náhodným výběrem.

## 5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

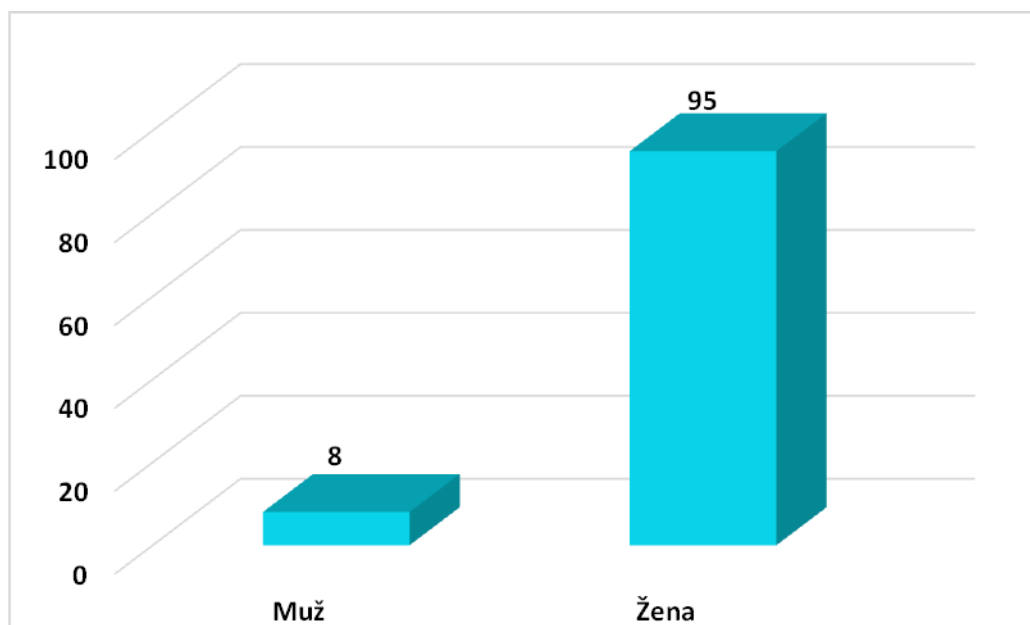
### 5.1 Analýza dat

Otázka č. 1: Jste

Tabulka č. 1: *Pohlaví dotazovaných respondentů*

Pohlaví dotazovaných respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Muž</b>	8	7,77 %
<b>Žena</b>	95	92,23 %
<b>Celkem</b>	103	100,00 %

Graf č. 1 *Pohlaví dotazovaných respondentů*



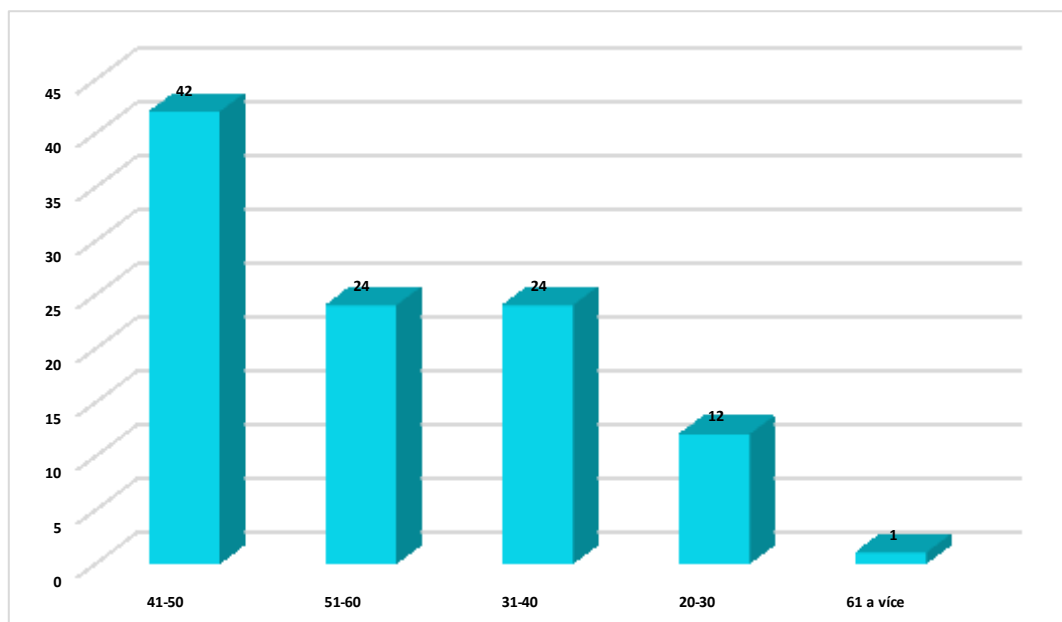
Z celkového počtu 103 respondentů vyplnilo dotazník 8 mužů (7,77 %) a 95 žen (92,23 %). Tento výsledek se dal očekávat vzhledem k tomu, že povolání pracovníka v sociálních službách vykonávají především ženy.

## Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Tabulka č. 2: *Věk respondentů*

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>20-30</b>	12	11,65 %
<b>31-40</b>	24	23,30 %
<b>41-50</b>	42	40,78 %
<b>51-60</b>	24	23,30 %
<b>61 a více</b>	1	0,97 %
<b>Celkem</b>	103	100,00 %

Graf č. 2 *Věk respondentů*



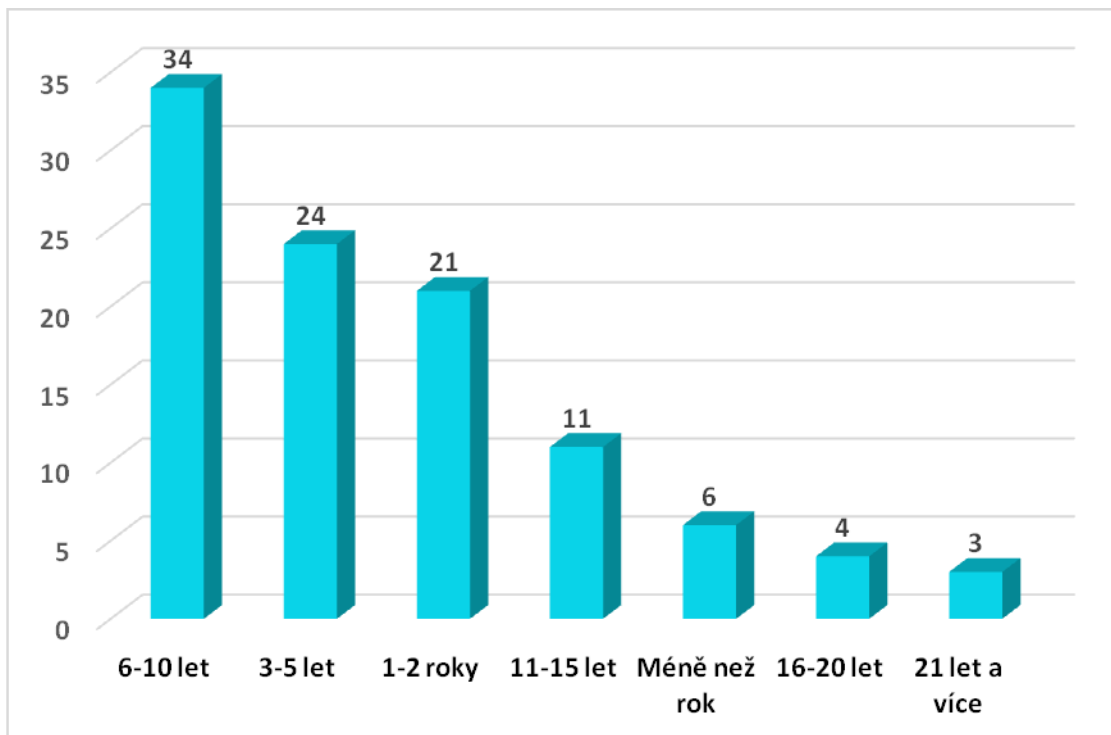
V otázce č. 2 jsme se dotazovali na věkové rozložení respondentů. Největší zastoupení mají pracovníci ve věku 41-50 let, a to v počtu 42 (40,78 %). Druhou a třetí nepočetnější skupinou jsou pracovníci ve věku 51-60 let a 31-40, do nichž se zařadilo v obou případech 24 dotazovaných (23,30 %). Do věkové kategorie 20-30 let spadá 12 (11,65 %) a pouze 1 (0,97 %) představuje respondenty ve věku 61 a více.

### Otázka č. 3: Jak dlouho pracujete jako PSS (pracovník v sociálních službách)?

Tabulka č. 3 *Délka praxe v oboru*

Délka praxe v oboru	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než rok	6	5,83 %
1-2 roky	21	20,39 %
3-5 let	24	23,30 %
6-10 let	34	33,01 %
11-15 let	11	10,68 %
16-20 let	4	3,88 %
21 let a více	3	2,91 %
<b>Celkem</b>	<b>103</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 3 *Délka praxe v oboru*



Z výsledků je patrné, že 34 respondentů (33,01 %) pracuje na pozici pracovník v sociálních službách 6-10 let, což odpovídá průměru našich možných odpovědí. Po dobu 3-5 let pracuje 24 respondentů (23,30 %). V závěsu jsou ti, kteří vykonávají tuto práci 1-2 roky a představují 21 dotazovaných (30,39 %). Do doby 11-15 let se řadí 11 pracovníků (10,68 %). Méně než rok pracuje na pozici pracovník v sociálních službách 6 respondentů (5,83 %). Nejdéle na této pozici pracují 4 respondenti (3,88 %), a to v rozmezí 16-20 let a 3



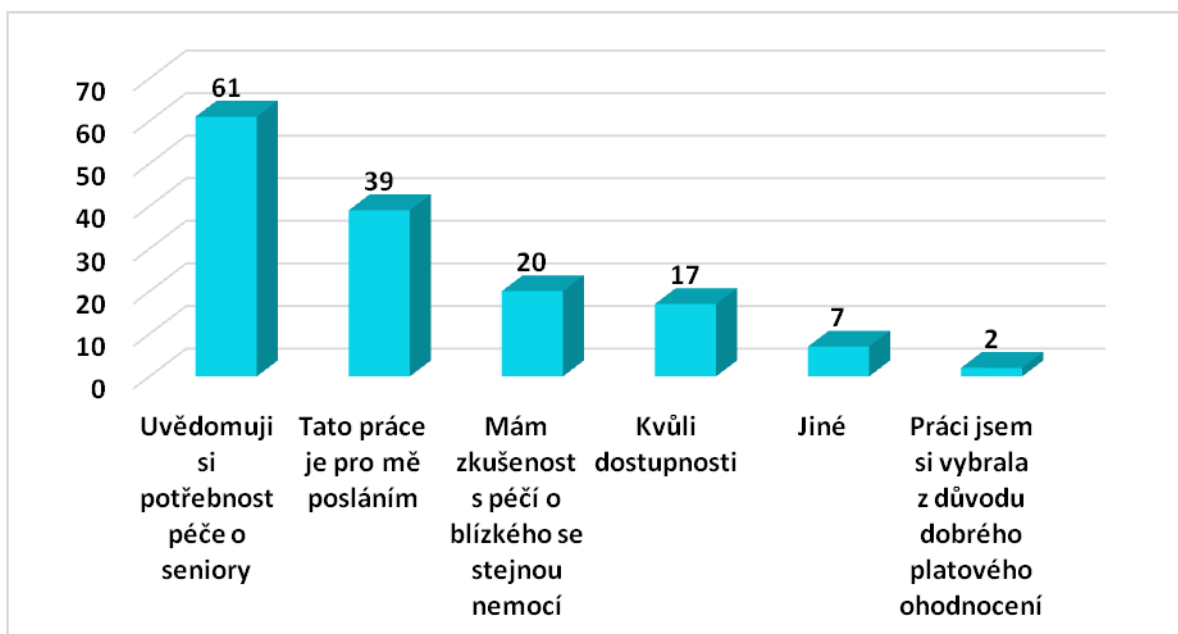
respondenti (2,91 %) 21 let a více, což je poměrně dlouhá doba pro výkon práce tohoto typu, jelikož se jedná o práci velmi psychicky i fyzicky náročnou. Lze předpokládat, že pracovníci jsou v pokročilejším věku a je pro ně těžké začínat v jiném oboru. Důvodem ale také může být uspokojení z práce s touto cílovou skupinou.

**Otázka č. 4: Proč jste se rozhodl/a pracovat s touto cílovou skupinou? (Možno zatrhnout více odpovědí)**

Tabulka č. 4 *Důvody rozhodnutí pro práci*

Důvody rozhodnutí pro práci	Absolutní četnost	Relativní četnost
Mám zkušenost s péčí o blízkého se stejnou nemocí	20	13,70 %
Uvědomuji si potřebnost péče o seniory	61	41,78 %
Tato práce je pro mě posláním	39	26,71 %
Práci jsem si vybrala z důvodu dobrého platového ohodnocení	2	1,37 %
Kvůli dostupnosti	17	11,64 %
Jiné	7	4,80 %
<b>Celkem</b>	<b>146</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 4 *Důvody rozhodnutí pro práci*



V otázce č. 4 měli respondenti možnost zatrhnout více odpovědí. Hodnoty absolutních četností udávají počet stejných odpovědí respondentů. Hlavním důvodem pro volbu povolání pracovníka v sociálních službách s péčí o seniory s Alzheimerovou nemocí bylo

pro 61 dotazovaných (41,78 %) vědomí potřebnosti péče o seniory, což může znamenat, že si dotazovaní uvědomují, že senioři jsou v dnešní době stavěni na okraj společnosti, a že stáří není důvodem k tomu, aby o ně bylo méně pečováno. Druhou nejpočetnější skupinou jsou ti, pro které je práce posláním, a to 39 respondentů (26,71 %). To může znamenat, že dotazovaní, kteří označili tuto odpověď nepovažují povolání pracovníka v sociálních službách za vhodnou pro každého, ale že je třeba k němu mít určité předpoklady a vnitřně s ní souznít. Variantu vlastní zkušenosti s péčí o blízkého se stejnou nemocí zvolilo 20 dotazovaných (13,7 %), tzn., že pětina všech pracovníků má zkušenost s péčí o blízkého člověka. Toto zjištění je důkazem toho, že Alzheimerova nemoc je velmi rozšířená. Kvůli vyhovující dostupnosti do zaměstnání vykonává pozici pracovníka v sociálních službách 17 dotazovaných. (11,64%), což se dalo očekávat vzhledem k tomu, že vyhovující vzdálenost do zaměstnání je jedním z kritérií pro jeho volbu, aby člověk ušetřil co nejvíce času. Možnost jiné zvolilo 7 respondentů (4,80%), z nichž 4 dopsali následující odpovědi, které jsme zapsali bez jakýchkoliv úprav:

- Získání zkušeností,
- seznámení se s prací v sociálních službách,
- změna v mém profesním životě,
- práce mě baví.

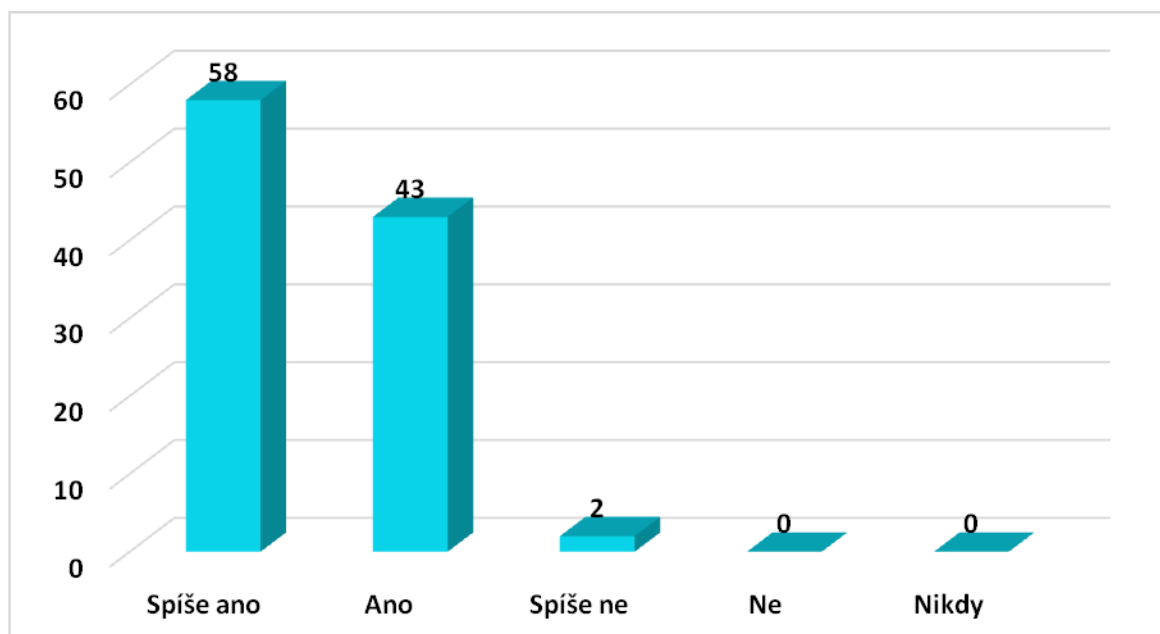
Nejméně početnou skupinu zvolených odpovědí zahrnoval důvod výběru zaměstnání kvůli platovému ohodnocení, a to pouze ve 2 případech (1,37 %). Tento nízký údaj lze přičítat tomu, že platové ohodnocení tohoto povolání mnohdy neodpovídá jeho náročnosti.

## Otázka č. 5 Dokážete se ze své práce radovat?

Tabulka č. 5 Potěšení z práce

Potěšení z práce	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	43	41,75 %
Spíše ano	58	56,31 %
Ne	0	0,00 %
Spíše ne	2	1,94 %
Nikdy	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>103</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 5 Potěšení z práce



V otázce č. 5 jsme zjišťovali, zda pracovníky jejich práce těší. 58 respondentů (56,31 %) se přiklonilo k odpovědi, že práce spíše těší, což pravděpodobně znamená, že je pro ně uspokojivá, ale nepřichází si v ní na své. Na druhém místě se umístila odpověď „ano“, kterou označilo 43 respondentů (41,75 %), pro které je práce vyhovující a jsou v ní spokojení. Potěšení z povolání pracovníka v sociálních službách spíše nemají 2 respondenti (1,94 %), u kterých můžeme předpokládat, že mají vůči práci nějaké výhrady. Žádný z respondentů nevedl, že by byl v práci zcela nespokojen.

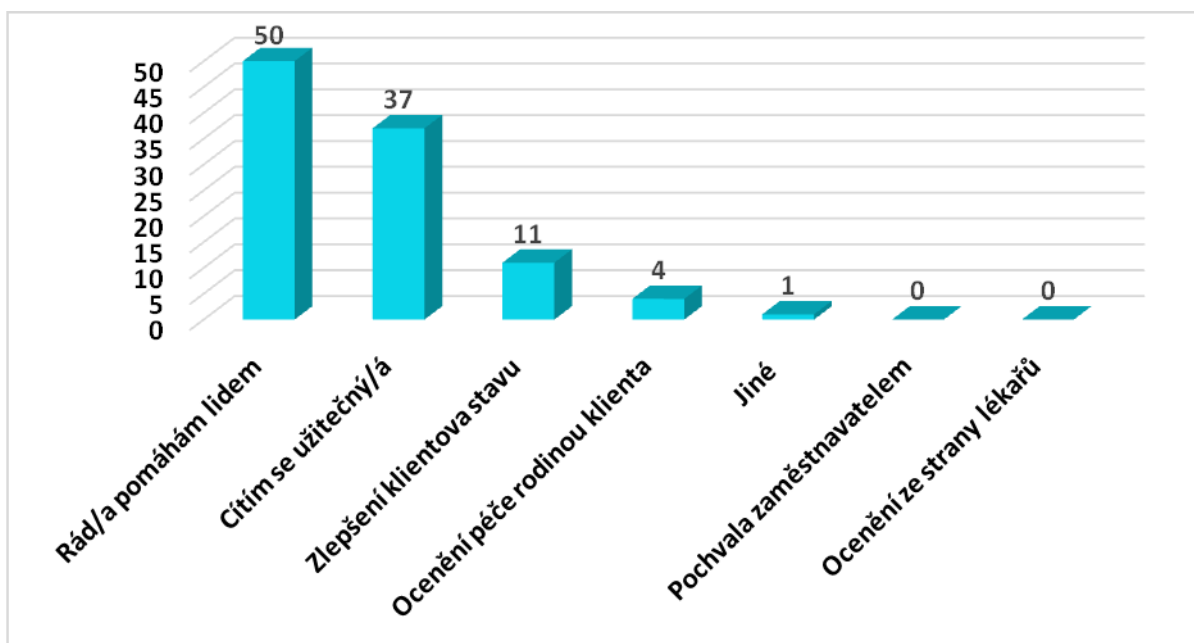
Celkově můžeme výsledek považovat za uspokojivý, jelikož celkem 98,06 % respondentů uvedlo, že jsou na své pracovní pozici spokojení.

## Otázka č. 6 Co Vás na práci nejvíce těší?

Tabulka č. 6 Pracovní uspokojení

Pracovní uspokojení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Cítím se užitečný/á	37	35,92 %
Rád/a pomáhám lidem	50	48,54 %
Zlepšení klientova stavu	11	10,68 %
Ocenění péče rodinou klienta	4	3,89 %
Ocenění ze strany lékařů	0	0,00 %
Pochvala zaměstnavatelem	0	0,00 %
Jiné	1	0,97 %
Celkem	103	100,00 %

Graf č. 6 Pracovní uspokojení



Radost pomáhat lidem zadrželo 50 dotazovaných (48,54 %), což se odvíjí od výsledků předchozí otázky. Druhou nejčastější odpovědí, kterou zadrželo 37 dotazovaných (35,92 %) je, že se pracovníci ve vztahu ke klientům cítí užiteční. Pocit užitečnosti jim jistě přináší pocit uspokojení pro ně samé. Další odpovědí, kterou dotazovaní uvedli v 11 případech (10,68 %) je, že je nejvíce potěší zlepšení klientova stavu. Pravděpodobně každý rád vidí v pracovním procesu pozitivní výsledek, a to zejména vlastním přičiněním.

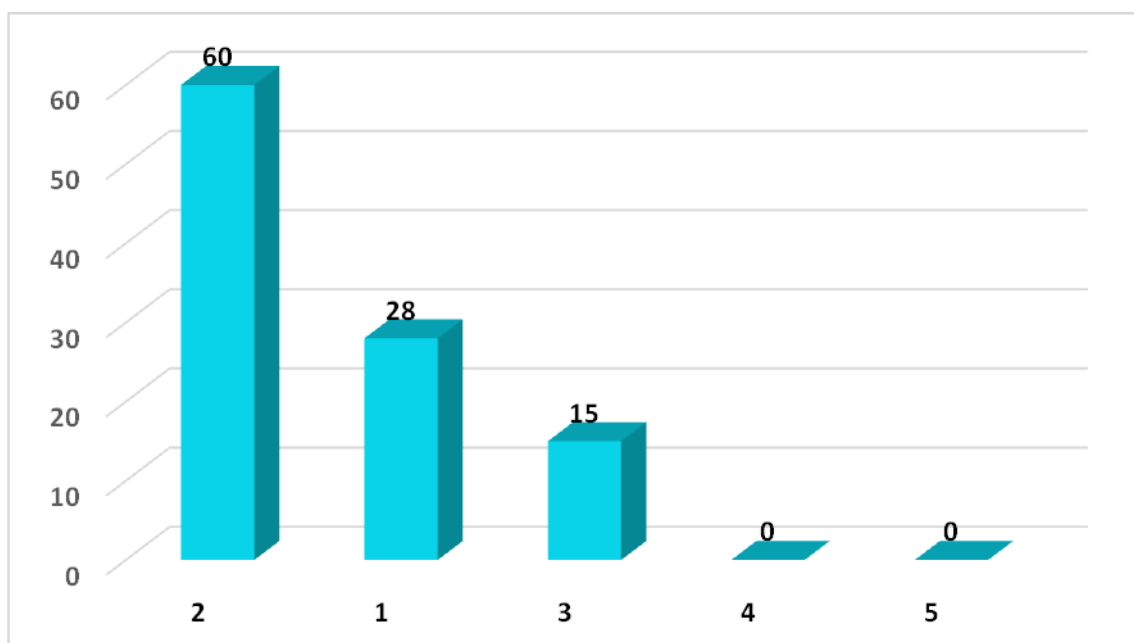
Bezesporu pozitivně působí na celkovou pracovní spokojenost také ocenění péče ze strany rodiny klienta. Jinou možnost odpovědi využila 1 respondentka (0,97 %), která připsala, že jí práce těší kvůli celodennímu pohybu ve službě.

**Otázka č. 7 Jak byste ohodnotil/a spolupráci se svými kolegy? (1 = výborná, 5 = špatná)**

Tabulka č. 7 *Ohodnocení spolupráce*

Ohodnocení spolupráce	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	28	27,18 %
2	60	58,25 %
3	15	14,57 %
4	0	0,00 %
5	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	103	100,00 %

Graf č. 7 *Ohodnocení spolupráce*



Spokojenost na pracovišti se bezesporu odvíjí také od vztahů mezi kolegy. Na kvalitu spolupráce jsme se dotazovali v otázce č. 7, kde měli dotazovaní ohodnotit spolupráci s kolegy známkami 1 až 5. Nepočtenější zastoupení mělo hodnocení známkou 2, kterou zvolilo 60 dotazovaných (58,25 %). S počtem 28 odpovědí (27,18 %) se umístila možnost nejlepšího hodnocení 1. Známkou 3 by ohodnotilo kooperaci s kolegy 15 respondentů (14,57 %).

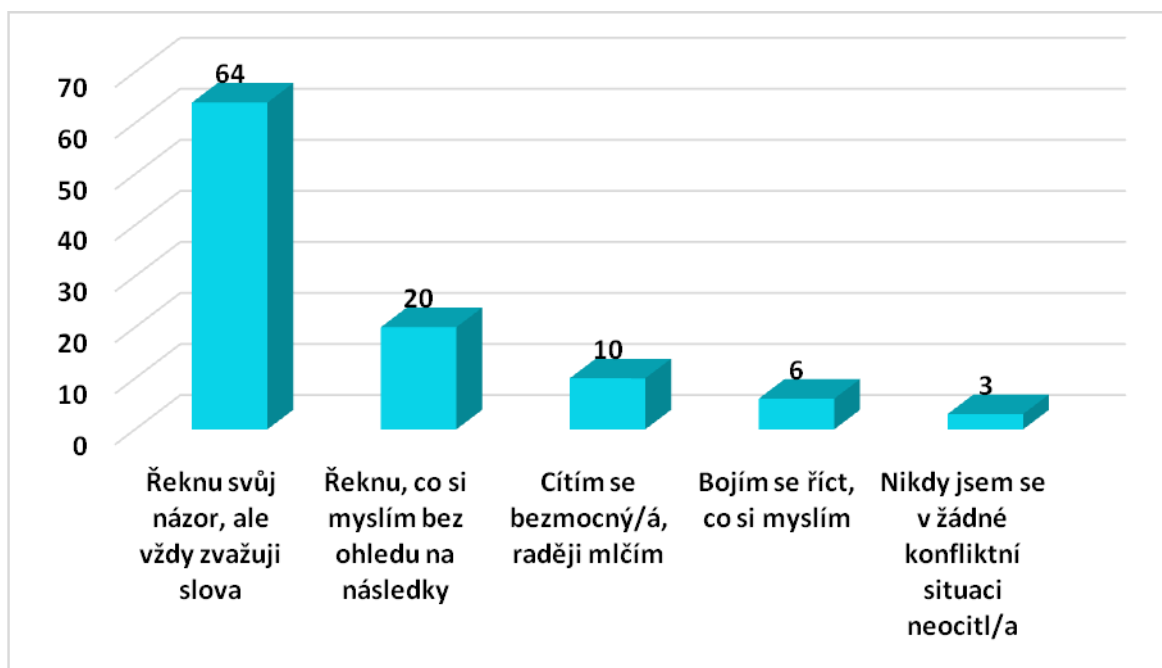
Shrneme-li si výsledná data, zjistili jsme, že více než tři čtvrtiny dotazovaných hodnotí spolupráci se svými kolegy kladně.

## Otázka č. 8 Jak reagujete v konfliktních situacích?

Tabulka č. 8 *Reakce v konfliktních situacích*

Reakce v konfliktních situacích	Absolutní četnost	Relativní četnost
Cítím se bezmocný/á, raději mlčím	10	9,71 %
Bojím se říct, co si myslím	6	5,82 %
Řeknu, co si myslím bez ohledu na následky	20	19,42 %
Řeknu svůj názor, ale vždy zvažuji slova	64	62,14 %
Nikdy jsem se v žádné konfliktní situaci	3	2,91 %
<b>Celkem</b>	<b>103</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 8 *Reakce v konfliktních situacích*



I když dotazovaní ohodnotili spolupráci se svými kolegy vesměs kladně, objevují se přesto situace, ve kterých může dojít ke střetu názorů. Na reakce v konfliktních situacích jsme se dotazovali v otázce č. 8, kde 64 dotazovaných (62,14 %) přiklonilo k odpovědi, že se v takových situacích zachovávají profesionálně, a to sdělením svého názoru, při kterém ale vždy zvažují slova. Svůj pohled na řešenou záležitost vždy sdělí i dalších 20 dotazovaných (19,42 %), kteří ale naopak slova nevolí s rozvahou, ale vyřknou je bez ohledu na následky. Další méně početnou skupinou je 10 dotazovaných (9,71 %), kteří se v takových situacích cítí bezmocní, raději mlčí a své přesvědčení si raději nechávají pro sebe. Strach sdělit svůj



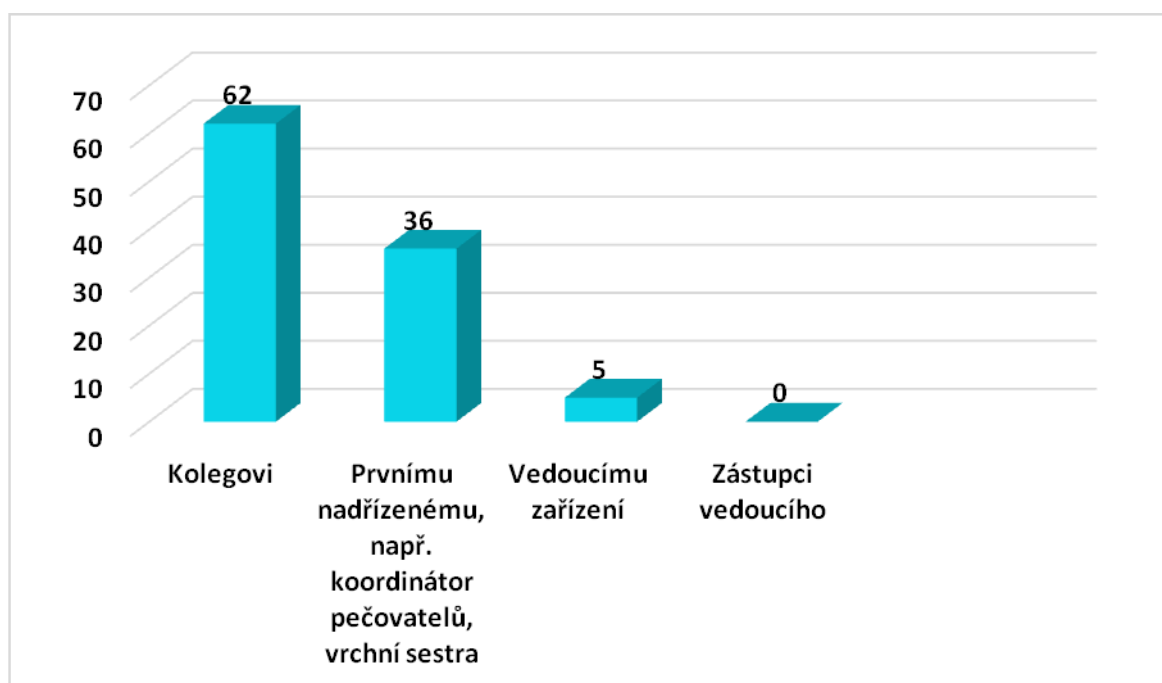
názor má 6 pracovníků (5,82 %). Pouze 3 pracovníci (2,91 %) označilo možnost, že se v nikdy v žádné konfliktní situaci neocitlo. Tyto rozdílné reakce vypovídají o tom, že každý z pracovníků disponuje jinými povahovými rysy, při jejichž střetu může dojít ke sporu.

**Otázka č. 9** Kdybyste měl/a pracovní problém, komu byste se svěřil/a? (Pokud jste zatrhl/a variantu a, b, c, přejděte na otázku č. 11)

Tabulka č. 9 Svěření se s problémem

Svěření se s problémem	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Kolegovi</b>	62	60,19 %
<b>Prvnímu nadřízenému, např. koordinátor pečovatelů, vrchní sestra</b>	36	34,95 %
<b>Zástupci vedoucího</b>	0	0,00 %
<b>Vedoucímu zařízení</b>	5	4,86 %
<b>Celkem</b>	103	100,00 %

Graf č. 9 Svěření se s problémem



Z výsledků otázky, komu by se respondenti svěřili, kdyby měli nějaký problém, vyplývá, že 62 z nich (60,19 %) by se svěřilo svému kolegovi. Tento výsledek také potvrzuje získaná data z otázky č. 7, kde více než tři čtvrtiny respondentů ohodnotilo spolupráci se svými kolegy kladně. Znamená to, že u více než poloviny respondentů jsou vztahy založené na důvěře. Druhou příčku obsadila volba svěřit se s problémem prvnímu nadřízenému, kterou označilo 36 respondentů (34,95 %). Pouze 5 respondentů (4,86 %) z celkového počtu důvěřuje svému vedoucímu natolik, že by se mu vyzpovídalo ze svých problémů. Z tohoto výstupu lze usuzovat, že pracovníci nemají ke svému vedoucímu vztah

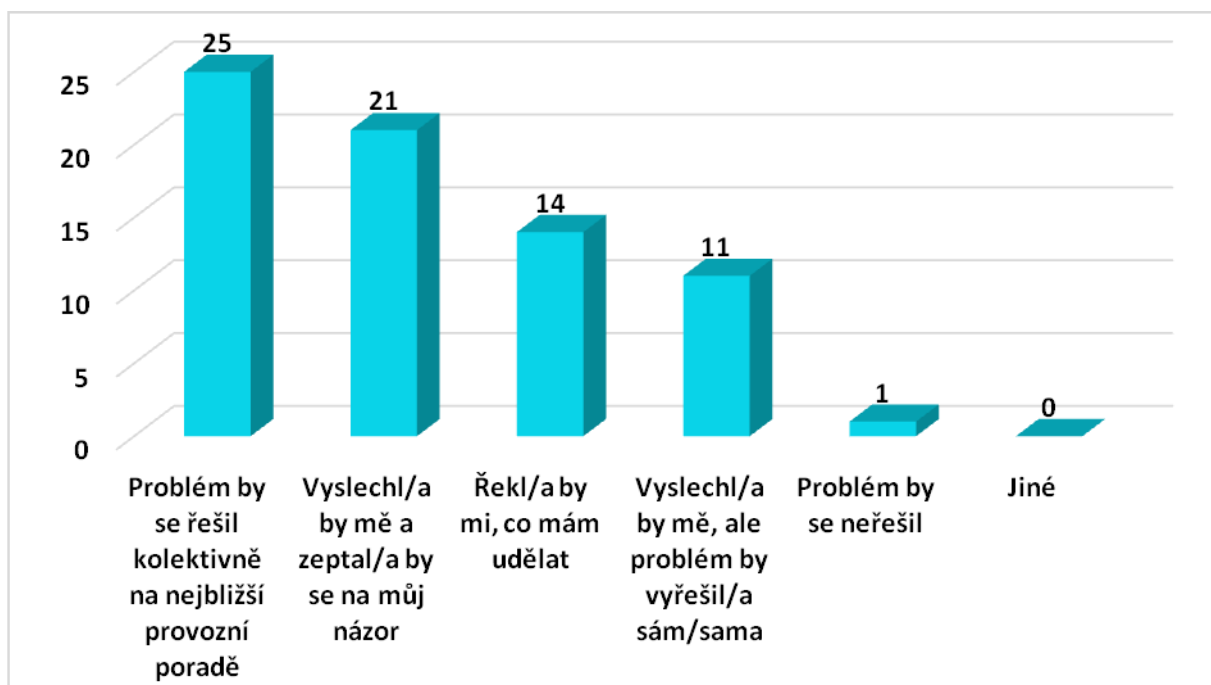
založený na důvěře nebo to může znamenat, že se raději světili nejdříve svému kolegovi, který je na stejné pozici a je proto schopen pochopit jeho náhled na řešenou věc.

**Otázka č. 10 Jak by podle Vás vedoucí zareagoval/a na Váš problém? (Možno zatrhnout více odpovědí)**

Tabulka č. 10 *Reakce vedoucího*

Reakce vedoucího	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vyslechl/a by mě, ale problém by vyřešil/a sám/sama	11	15,28 %
Vyslechl/a by mě a zeptal/a by se na můj názor	21	29,17 %
Řekl/a by mi, co mám udělat	14	19,44 %
Problém by se řešil kolektivně na nejbližší provozní poradě	25	34,72 %
Problém by se neřešil	1	1,39 %
Jiné	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>72</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 10 *Reakce vedoucího*



Přesto, že jsme respondenty vybízeli, aby přešli až na otázku č. 11, pokud zvolí odpověď a, b, c, odpovědělo 72 z nich i na otázku č. 10. Podle 25 respondentů (34,72 %) by se po svěřeni se vedoucímu, řešil problém na nejbližší provozní poradě, které se účastní všichni zaměstnanci. To je pravděpodobně také důvod, proč v předchozí otázce ze získaných dat

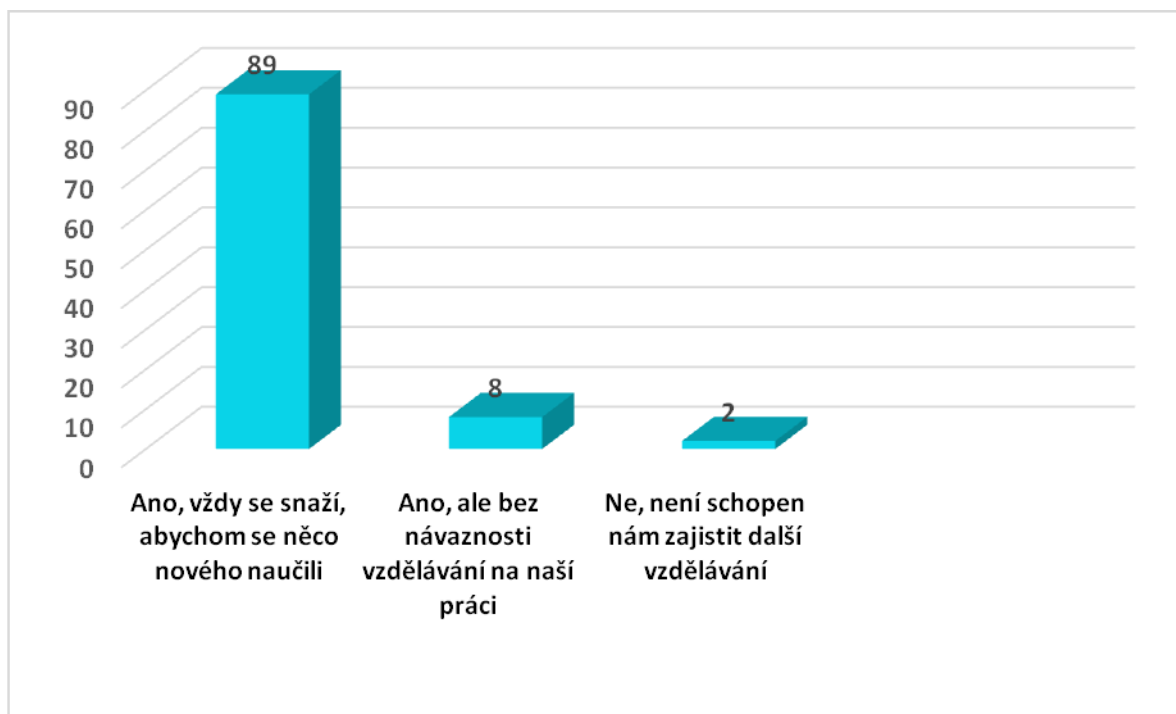
vyplývalo, že by se vedoucímu s problémem svěřili pouze 5 pracovníků. Obzvláště pak pokud se jedná o problém, který je svou podstatou pro pracovníka citlivý a nechce, aby se o něm dozvěděli ostatní kolegové. Druhou nejčastější reakcí vedoucího by dle 21 pracovníků (29,17 %) bylo vyslechnutí problému a projevení zájmu o vlastní názor pracovníka. Odpověď, že by vedoucí pracovníkovi poradil, co má v dané situaci udělat označilo 14 dotazujících (19,44 %). V těsném závěsu se umístila možnost odpovědi v počtu 11 (15,28 %), že by si vedoucí pracovníka vyslechl, ale řešení by bylo výhradně v jeho kompetenci, to znamená, že by pravděpodobně názor pracovníka nebral v potaz a řešení by navrhl a zrealizoval zcela sám. Z celkového počtu je pouze 1 pracovník (1,39 %) přesvědčen, že by se vedoucí problémem vůbec nezabýval.

### Otázka č. 11 Umožňuje Vám zaměstnavatel další vzdělávání?

Tabulka č. 11 *Možnost dalšího vzdělávání*

Možnost dalšího vzdělávání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, vždy se snaží, abychom se něco nového naučili	89	89,90 %
Ano, ale bez návaznosti vzdělávání na naší práci	8	8,08 %
Ne, není schopen nám zajistit další vzdělávání	2	2,02 %
<b>Celkem</b>	<b>99</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 11 *Možnost dalšího vzdělávání*



Tuto otázku zodpovědělo celkem 99 respondentů z celkového počtu. Nejvíce respondentů, a to v počtu 89 (89,90 %), se při volbě odpovědi přiklonilo k názoru, že se zaměstnavatel snaží zajistit další vzdělávání pro pracovníky a neustále tak zlepšovat jejich znalosti a dovednosti nezbytné pro odvádění kvalitní práce. To, že zaměstnavatel další vzdělávání poskytuje, ale bez jakékoli návaznosti na práci, zadrželo 8 dotazovaných (8,08 %). Zaměstnavatel tedy vzdělávání umožňuje pravděpodobně kvůli povinnosti pracovníků ze

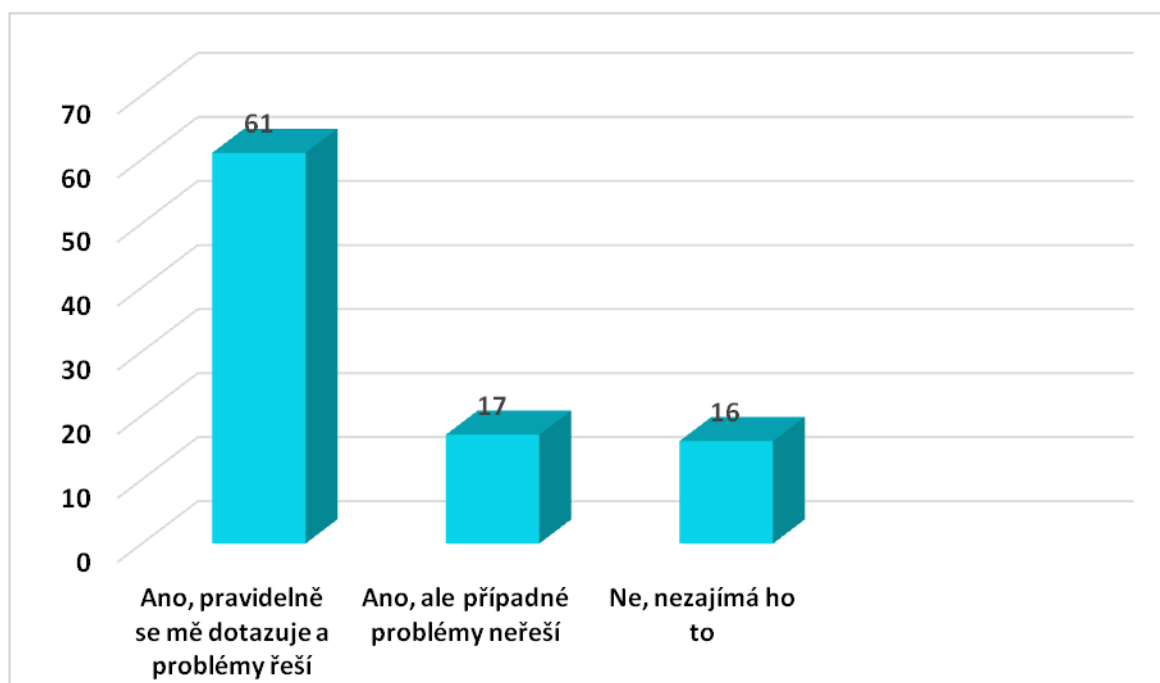
zákona absolvovat další vzdělávání v rozsahu 24 hodiny ročně, ale nesnaží se ho provázat s náplní práce pracovníků. Takové vzdělávání pak nemusí být efektivní, jelikož není zapracováno na zlepšení kvality péče a prohlubování znalostí v oboru. Pouze 2 pracovníci (2,02 %) jsou toho názoru, že zaměstnavatel není schopen pro své pracovníky zajistit další vzdělávání vůbec.

## Otázka č. 12 Zajímá Vašeho zaměstnavatele, jak jste na pracovišti spokojeni?

Tabulka č. 12 Spokojenost zaměstnanců

Spokojenost zaměstnanců	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, pravidelně se mě dotazuje a problémy řeší	61	64,89 %
Ano, ale případné problémy neřeší	17	18,09 %
Ne, nezajímá ho to	16	17,02 %
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 12 Spokojenost zaměstnanců



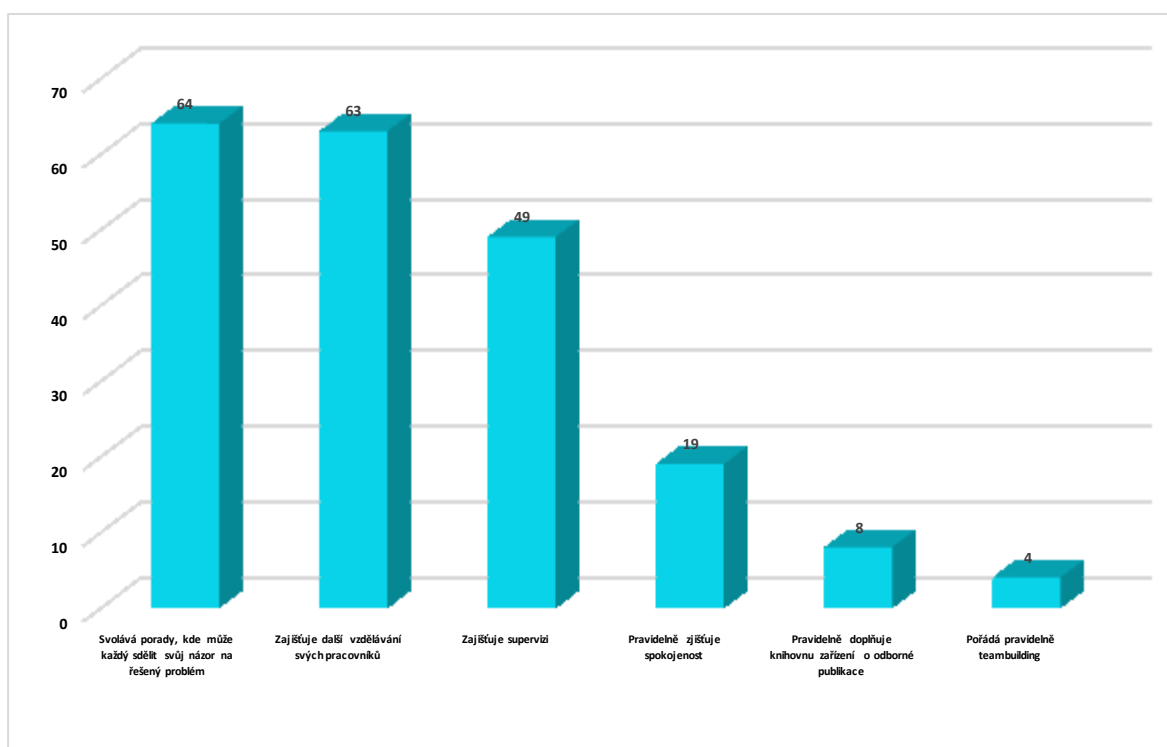
Nejpočetnější skupinu tvoří ti, kteří jsou toho názoru, že jejich zaměstnavatele zajímá, jak jsou na pracovišti spokojeni, a to v 61 případech (64,89 %). Zaměstnavatel tedy spokojenost pracovníků pravidelně zjišťuje a v případě, že se objeví problém, neprodleně se jej snaží řešit. Možnost, že se zaměstnavatel o spokojenost pracovníků zajímá, ale pokud se jsou zjištěny problémy, neřeší je, označilo 17 respondentů (18,09 %). Třetí skupina o 16 pracovnících (17,02 %) sdílí pocit, že jejich zaměstnavatele spokojenost pracovníků nezajímá. Z celkového počtu respondentů 9 z nich otázku č. 12 bohužel nezodpovědělo.



**Otázka č. 13 Jak Váš zaměstnavatel zajišťuje spokojenost pracovníků na pracovišti?  
(Možno zatrhnout více odpovědí)**

Tabulka č. 13 Zajištění spokojenosti

Zajištění spokojenosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zajišťuje další vzdělávání svých pracovníků	63	30,43 %
Pravidelně zjišťuje spokojenost	19	9,18 %
Zajišťuje supervizi	49	23,67 %
Pořádá pravidelně teambuilding	4	1,93 %
Svolává porady, kde může každý sdělit svůj názor na řešený problém	64	30,92 %
Pravidelně doplňuje knihovnu zařízení o odborné publikace	8	3,87 %
Jiné	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>207</b>	<b>100,00 %</b>



Graf č. 13 Zajištění spokojenosti

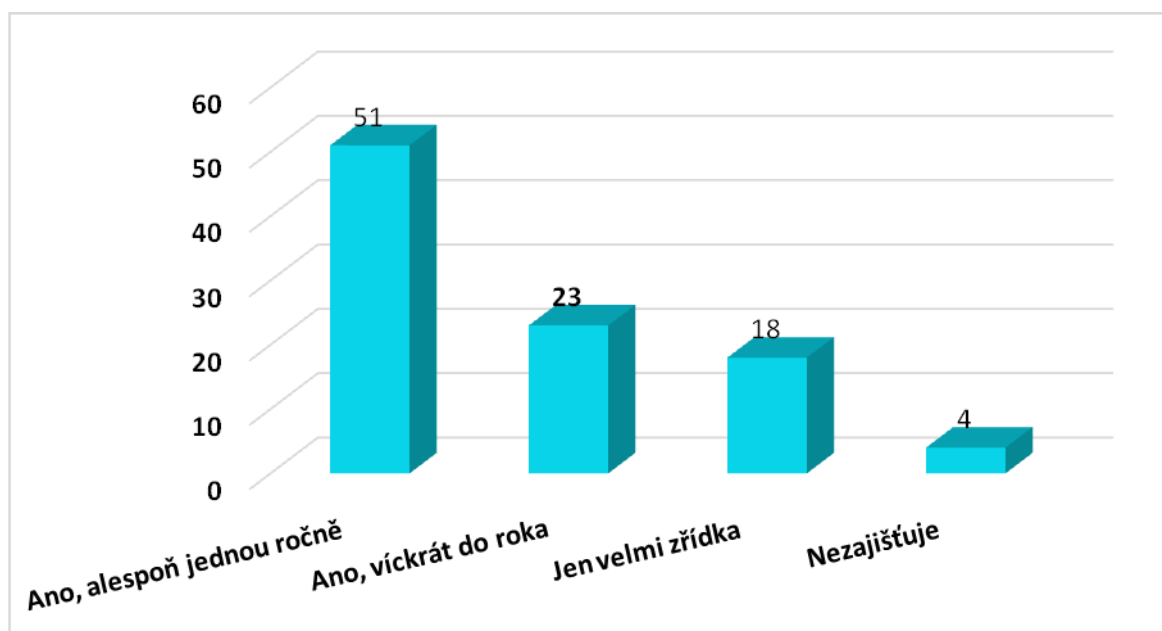
V otázce č. 13 mohli respondenti zatrhnout více odpovědí. Celkový počet činí 207 odpovědí. Z grafu je patrné, že 64 respondentů (30,92 %) označilo, že jejich zaměstnavatel zajišťuje spokojenost svoláváním porad, kde je každému umožněno říct vlastní názor na probírané téma. V závěsu je skupina respondentů o počtu 63 (30,43 %), kteří uvedli, že jejich zaměstnavatel zajišťuje další vzdělávání, tím zvyšuje jejich kvalifikaci a profesní znalosti. Spokojenost zajišťovaná prostřednictvím supervize vybralo 49 respondentů (23,67 %). Zaměstnavatel se může zasadit o psychickou rovnováhu svých zaměstnanců hlavně zájmem o to, zda jsou podřízení spokojeni, zda se nemusí potýkat s obtížemi a zda vládne na pracovišti klid. O tomto je přesvědčeno 19 respondentů (9,18 %). Psychickou pohodu pracovníků je možné podpořit jejich neustálým vzděláváním, a to nejen prostřednictvím pořádaných kurzů, ale přes neustále doplňovanou odbornou literaturou o cílové skupině, o specifických práce s nimi a o tom, jak se mají pracovníci vypořádávat s náročností práce s těmito klienty. Tuto možnost odpovědi zatrhlo 8 dotazovaných (3,87 %). Pro správné fungování týmu, založeného na efektivní komunikaci, bývají pravidelně pořádány teambuildingy, které označili 4 dotazovaní (1,93 %).

### Otázka č. 14 Zajišťuje Váš zaměstnavatel supervizi?

Tabulka č. 14 Zajištění supervize

Zajištění supervize	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, alespoň jednou ročně	51	53,13 %
Ano, víckrát do roka	23	23,96 %
Jen velmi zřídka	18	18,75 %
Nezajišťuje	4	4,16 %
<b>Celkem</b>	<b>96</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 14 Zajištění supervize



Cílem otázky č. 14 bylo zjistit, zda zaměstnavatelé zajišťují pro své zaměstnance pravidelnou supervizi, která je nezbytným nástrojem prevence syndromu vyhoření. Z celkového počtu odpovědělo 51 dotazovaných (53,13 %), že jejich zaměstnavatel alespoň jednou ročně supervizi poskytuje. Druhou skupinou o počtu 23 dotazovaných (23,96 %) tvoří ti, kteří uvádí, že jejich zaměstnavatel supervizi zajišťuje dokonce několikrát do roka. Tento počet dotazovaných přibližně odpovídá počtu pracovníků jednoho zařízení, které bylo ve výzkumném šetření zahrnuto. Je tedy zřejmé, že v každém zařízení je supervizi zajišťována jinak. Záleží to také na tom, jaký význam jí zaměstnavatel

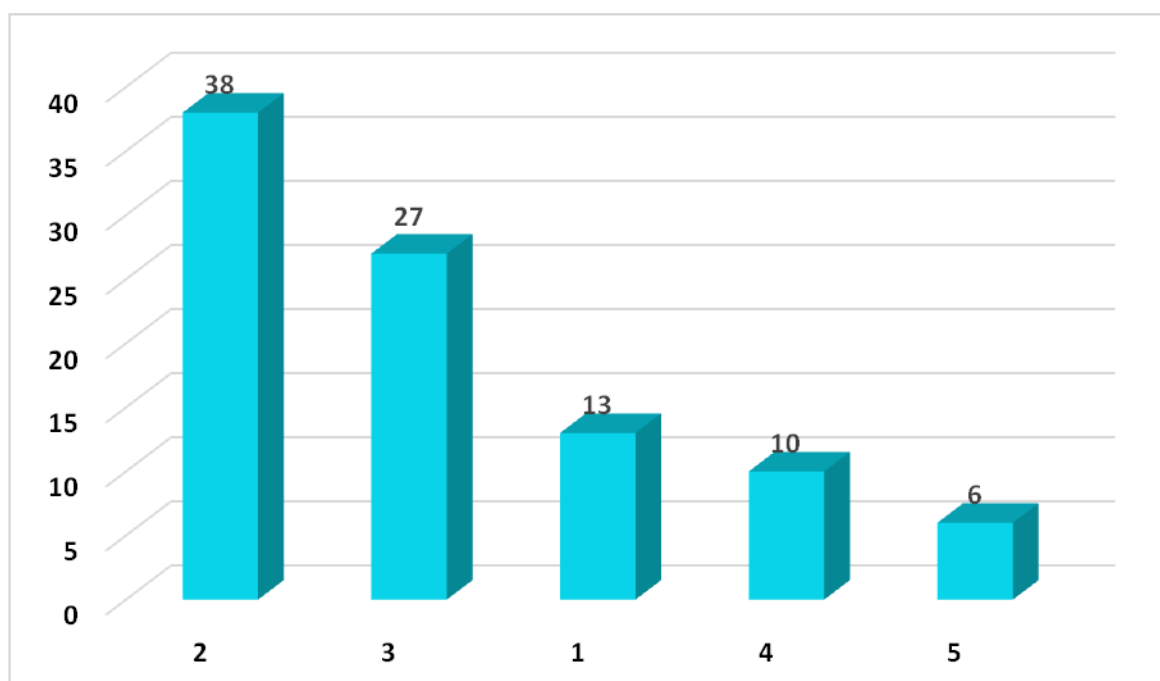
přisuzuje. K odpovědi, že je supervize zajišťována ze strany zaměstnavatel pouze zřídka, se přiklonilo 18 dotazovaných (18,75 %). Pouze 4 pracovníci (4,16 %) uvedlo, že zaměstnavatel nezajišťuje supervizi vůbec.

**Otázka č. 15 Shledáváte supervizi za přínosnou? (1 = výborná, 5 = špatná)**

Tabulka č. 15 *Hodnocení supervize*

Hodnocení supervize	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	13	13,83 %
2	38	40,43 %
3	27	28,72 %
4	10	10,64 %
5	6	6,38 %
<b>Celkem</b>	94	100,00 %

Graf č. 15 *Hodnocení supervize*



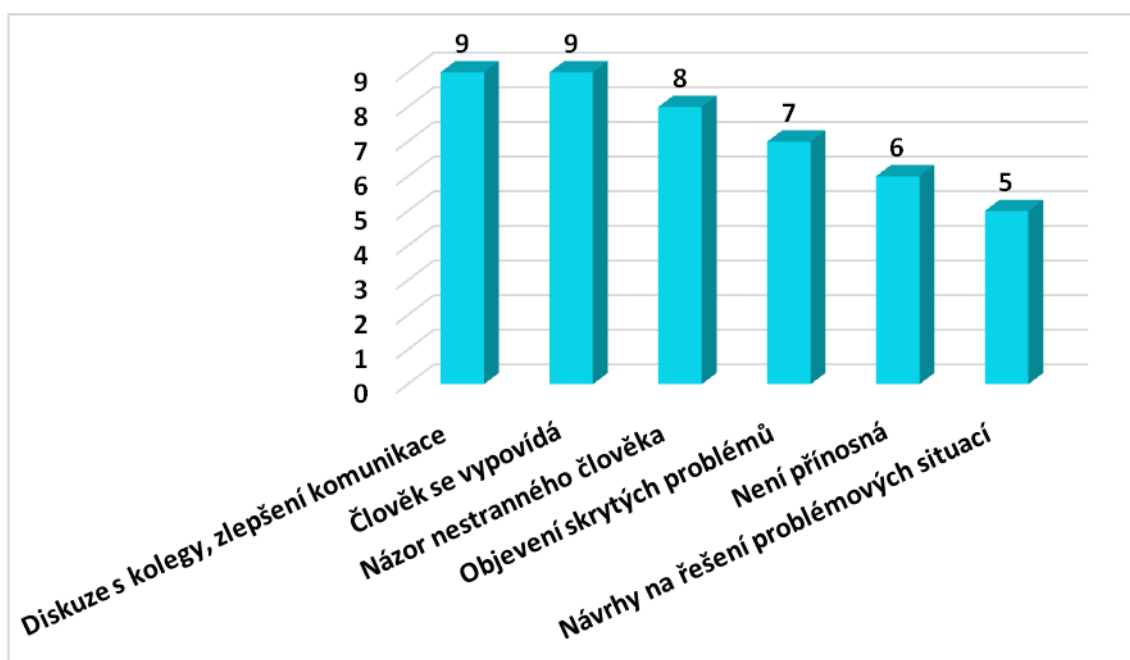
Supervizi známkou 2 ohodnotilo 38 respondentů (40,43 %). Nejlepší hodnocení supervize zvolilo 13 respondentů (13,83 %), kteří ji považují za velmi přínosnou ve své práci. Průměrnou známkou byla ohodnocena 27 respondenty (28,72 %). Hodnocení supervize známkou 4 zvolilo 10 dotazovaných (10,64 %), což vypovídá o tom, že supervizi neshledávají přínosnou. 6 respondentů (6,38 %) ohodnotilo supervizi nejhůře. Z celkového počtu supervizi nehodnotilo 9 respondentů.

### Otázka č. 16 V čem shledáváte supervizi za přínosnou?

Tabulka č. 16 Přínos supervize

Přínos supervize	Absolutní četnost	Relativní četnost
Názor nestranného člověka	8	18,18 %
Diskuze s kolegy, zlepšení komunikace	9	20,45 %
Návrhy na řešení problémových situací	5	11,36 %
Člověk se vypovídá	9	20,46 %
Objevení skrytých problémů	7	15,91 %
Není přínosná	6	13,64 %
<b>Celkem</b>	<b>44</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 16 Přínos supervize



V otázce č. 16 jsme se chtěli od dotazovaných dovědět jejich názor, v čem konkrétně shledávají supervizi za přínosnou. Vzhledem k různorodosti a počtu odpovědí, jsme názory respondentů rozdělily do 6 kategorií. Celkově otázku zodpovědělo 44 respondentů. 9 z nich (20,45 %) uvedlo přínos supervize v tom, že s kolegy mohou diskutovat na danou problematiku a dochází tak mezi nimi ke zlepšení komunikace. Stejný počet respondentů,

tedy 9 (20,45 %) vidí supervizi jako možnost vypovídat se ze svých problémů a pocitů, které člověka tíží. V těsném závěsu, a to v počtu 8 odpovědí (18,18 %), je respondenty spatřován přínos supervize především v tom, že získávají názor a náhled na řešený problém nestranné osoby, která přichází zvenčí. Někteří respondenti mají zkušenost, že díky supervizi byly objeveny problémy a nedostatky, které byly doposud skryty. S tímto názorem se ztotožňuje 7 respondentů (15,91 %). Pro 6 dotazovaných (13,64 %) je supervize zcela nepřínosná, nic se pomocí ní nevyřeší. Opačný názor má 5 respondentů (11,36 %), kteří jsou přesvědčeni, že supervize dokáže přinést nová řešení vedoucí k odstranění problému.

Nyní předkládáme několik odpovědí, které jsme nijak neupravovali:

- *Můžeme říct, co cítíme.*
- *Vyřešení problémů na pracovišti.*
- *Nestranný názor člověka znalého oboru a přicházejícího zvenku.*
- *Supervizor může být nad věcí, všechny okolnosti však nenacítí, protože není v dané situaci.*
- *Řešení problému v týmu, hledání nových možností.*
- *Případný problém řeším s nezaujatým člověkem.*
- *V ničem.*
- *Nevidím v ní žádný přínos.*
- *V tomto zařízení není přínosná.*



## 6 DISKUZE

Bakalářská práce je zaměřena na zjištění možností prevence syndromu vyhoření, kterými zaměstnavatelé disponují a na zmapování výskytu symptomů syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách. Na základě stanovených cílů jsme sestavili dotazník, který byl rozdán mezi pracovníky v sociálních službách v náhodně vybraných zařízeních, poskytující péči osobám s Alzheimerovou nemocí a jiným typem demence. V úvodních otázkách jsme zjišťovali pohlaví, věk a délku praxe. Z celkového počtu respondentů představovalo 92,23 % žen a pouze 7,77 % mužů, což se, jak známe z běžné praxe, dalo předpokládat, jelikož tato povolání jsou vykonávána především ženami. Nejčastěji práci vykonávají pracovníci ve věku 41-50 let (40,78 %), druhou nejpočetnější skupinou byli respondenti v rozmezí 31-40 let (23,30 %) a ve stejném počtu byli dotazovaní ve věku 51-60 let (23,30 %). Ve věku 20-30 let vykonává toto povolání 12 dotazovaných (11,65 %) a pouze 1 pracovník se zařadil do věkového rozmezí 61 a více let (0,97 %), což se dalo vzhledem k fyzické náročnosti povolání předpokládat. Nejčastější délku praxe 6-10 let uvedlo 34 respondentů (33,01 %). Druhou nejpočetnější skupinou bylo 24 respondentů (23,30 %), kteří pracují v oboru 3-5 let. Na třetím místě se umístili respondenti s délkou praxe 1-2 roky, a to v 21 případech (20,39 %). 11-15 let pracuje na této pozici 11 respondentů (10,68 %), 16-20 let (3,88 %) a 21 let a více (2,91 %). Nízký počet pracovníků pracujících na této pozici déle než 21 let lze přičítat náročnosti povolání, jak po psychické tak i po fyzické stránce.

V další části dotazníku jsme se zaměřili na zjištění důvodů volby tohoto povolání, a zda jim jejich práce přináší uspokojení, což bylo také jedním ze stanovených dílčích cílů. Nejčastěji zvolenou odpovědí bylo uvědomění si potřebnosti péče o seniory, a to v 61 případech (41,78 %). Téma péče o seniory, kteří jsou mnohdy stavěni na okraj společnosti a jsou vykořenění, je v dnešní době stále častěji diskutovaným tématem, což si pravděpodobně uvědomují i dotazovaní. Druhou skupinu o počtu 39 (26,71 %) tvoří respondenti, kteří považují své povolání za poslání. Na třetím místě jsou pracovníci, kteří mají zkušenost s péčí o člena rodiny, a to v 20 případech (13,70 %). Důvod, proč respondenti nejčastěji volili tyto odpovědi lze přičítat tomu, že ve středním věku, tj. 40 – 55 let, se může člověk poprvé potýkat se zdravotními obtížemi vlastních rodičů. Na otázku, zda se umí pracovníci ze své práce radovat, odpovědělo 58 z nich (56,31 %) „spíše ano“. Rozhodné „ano“ zvolilo 43 respondentů (41,75 %). Odpověď „spíše ne“ označili pouze 2 dotazovaní (1,94 %). Z výsledků lze odvodit, že většina pracovníků má svou práci rádo,



přináší jim pocit uspokojení a dokážou se z ní radovat. Pro téměř polovinu, tj. 50 dotazovaných (48,54 %), plyne potěšení z toho, že rádi pomáhají lidem. 37 dotazovaných (35,92 %) se cítí ve své práci užitečný a potřebný. Pro 11 dotazovaných (10,68 %) je největším potěšením zlepšení klientova stavu, o kterého se starají a vidí díky své péči pozitivní výsledky. Jedna respondentka uvedla, že ji tato práce těší kvůli dostatku pohybu, který si povolání vyžaduje. Vzhledem k pozitivním výsledkům ukazujícím, že téměř všichni dotazovaní jsou ve svém zaměstnání spokojeni a každý z nich si dokázal vybrat z možností, co jim uspokojení přináší, můžeme usuzovat, že nevykazují znaky syndromu vyhoření. Toto zjištění představoval jeden z našich stanovených dílčích cílů.

Otázky 7, 8 a 9 jsme se zaměřili na vztahy na pracovišti, na spolupráci mezi pracovníky, a zda mezi nimi panuje důvěra. Z celkového počtu dotazovaných ohodnotilo 60 z nich (58,25 %) spolupráci s kolegy známkou 2. Známkou 1 zvolilo 28 dotazovaných (27,18 %) a 15 respondentů (14,57 %) označilo spolupráci za průměrnou. Z těchto výsledků je zřejmé, že spolupráce mezi pracovníky je velmi dobrá a společnými silami se snaží poskytovat kvalitní péči pro klienty. V otázce č. 8 se ale ukázalo, že i přes dobře ohodnocenou spolupráci se svými kolegy, se objevují i konfliktní situace, protože vyjma 3 respondentů otázku zodpověděli všichni. 64 z nich (62,14 %) v takových situacích řekne svůj názor, ale vždy svá slova zvažuje. Oproti tomu 20 dotazovaných (19,42 %) svůj názor řekne také, ale bez ohledu na následky, což může mnohdy způsobit větší rozvíření konfliktu. Každý v konfliktních situacích reaguje jiným způsobem, o čemž svědčí, že 10 respondentů (9,71 %) se v takových situacích cítí bezmocní a raději mlčí. Takové reakce mohou být podmíněné nedostatečným sebevědomím a strachem z projevení vlastního názoru. S tímto se potýká také dalších 6 respondentů (5,82 %), kteří zvolili odpověď, že se bojí říct, co si myslí. Pouze 3 respondenti (2,91 %) uvedli, že se nikdy v žádné konfliktní situaci neocitli. To, že mezi pracovníky panují důvěrné vztahy, svědčí o tom, že 62 dotazovaných (60,19 %) by se svým problémem svěřilo kolegovi. Z celkového počtu dotazovaných 36 (34,95 %) zvolilo možnost svěřením se prvním nadřízenému, tzn. buď koordinátorovi pečovatelské služby či vrchní sestře. Pouze 5 respondentů (4,86 %) natolik důvěřuje vedoucímu zařízení, že by se mu neváhalo svěřit.

Další část dotazníku jsme zaměřili na zjištění reakcí zaměstnavatele na problémy svých podřízených, zda zjišťuje jejich spokojenost, a jestli se snaží jejich spokojenost udržovat. Otázku č. 10 zodpovědělo 72 dotazovaných a bylo možné zatrhnout více odpovědí. 25 z nich (34,72 %) je přesvědčeno, že by se problém řešil kolektivně na nejbližší provozní

poradě. 21 dotazovaných (29,17 %) se přiklonilo k možnosti, že by vedoucí problém vyslechl a zeptal se na vlastní názor pracovníka. 14 respondentů (19,44 %) zvolilo možnost, že by vedoucí pracovníkovi řekl, jak se má v dané situaci chovat. Z celkového počtu 11 dotazovaných (15,28 %) sdílí názor, že by vedoucí svého podřízeného vyslechl, ale problém by už dále řešil sám. Pouze 1 respondent (1,39 %) je toho názoru, že by vedoucí problém vůbec neřešil. Vyjma jednoho případu jsou respondenti přesvědčeni, že by vedoucí pracovníka vždy vyslechl a problém by se řešil, což vypovídá o důvěře pracovníků vůči vedoucímu a jejich přesvědčení, že ho problémy podřízených zajímají. Podle 89 respondentů (89,90 %) se zaměstnavatel snaží zajišťovat další vzdělávání pro své zaměstnance. Druhé místo tvoří skupina 8 respondentů (8,08 %), kteří uvádí, že zaměstnavatel sice zajišťuje vzdělávání pro své zaměstnance, ale bez návaznosti na práci, tzn., že kurzy a školení nejsou tematicky zaměřené na obor, ale splňují pouze zákonem stanovenou povinnost další vzdělání absolvovat. Jen 2 respondenti (2,02 %) jsou toho názoru, že zaměstnavatel není schopen zajistit jakékoli vzdělávání pro své zaměstnance. Otázku č. 12 zodpovědělo celkem 94 respondentů. Nejčastější odpovědí, kterou zvolilo 61 respondentů (64,89 %), byl souhlas s tím, že zaměstnavatel pravidelně zjišťuje, zda jsou jeho pracovníci na pracovišti spokojeni a v případě, že jsou objeveny nějaké nedostatky, vždy je řeší. Druhou nejčastější odpovědí, kterou označilo 17 dotazovaných (18,09 %) je, že zaměstnavatel se sice pracovníků pravidelně dotazuje na jejich pracovní spokojenost, ale jestliže se vyskytne problém, neřeší ho a problém přetrvává. Pokud není problém odstraněn, nemůže být zajištěna spokojenost pracovníků. 16 dotazovaných (17,02 %) udává, že dle jejich názoru zaměstnavatele vůbec nezajímá, zda jsou jeho podřízení spokojeni. V otázce č. 13 jsme respondentům umožnili zvolit více odpovědí, abychom zjistili jakým způsobem se zaměstnavatel snaží zajistit spokojenost pracovníků na pracovišti a působit tak preventivně proti syndromu vyhoření, což je hlavním cílem bakalářské práce. Z celkového počtu odpovědí označilo 64 respondentů (30,92 %) jako nejčastější prostředek zaměstnavatele k zajištění spokojenosti pracovníků svolávání porad, kde může každý z účastníků sdělit svůj názor a navrhnout vhodné řešení. V těsném závěsu v počtu 63 odpovědí (30,43 %) se umístilo další vzdělávání. Třetí nejčastěji zvolenou odpovědí je zajišťování supervize, kterou označilo 49 (23,67 %). Ti ji považují za důležitou pro udržení spokojeného kolektivu. Názor, že zaměstnavatel zajišťuje spokojenost tím, že od zaměstnanců zjišťuje, zda jsou na jeho pracovišti spokojeni, sdílí 19 dotazovaných (9,18 %). 8 respondentů (3,87 %) je toho názoru, že spokojenost zaměstnanců je zajišťována také prostřednictvím knihoven zařízení, která je pravidelně

doplňována o odborné publikace, které si mohou zaměstnanci kdykoli zapůjčit. Nejmenší zastoupení měla odpověď, a to v počtu 4 respondentů (1,93 %), že zaměstnavatel pravidelně pořádá teambuilding.

V závěrečných otázkách jsme se zaměřili na nejefektivnější nástroj prevence syndromu vyhoření, na supervizi a na to, zda ji zaměstnavatelé poskytují a jak ji zaměstnanci hodnotí. Otázku č. 14 zodpovědělo 96 respondentů, z nich více než polovina, tj. 51 (53,13 %) uvedlo, že zaměstnavatel supervizi zajišťuje pravidelně alespoň jedenkrát ročně. Na druhém místě se umístila odpověď, že je supervize poskytována vícekrát do roka, a to v 23 případech (23,96 %). Třetí nejčastější odpovědí v počtu 18 (18,75 %) byla možnost, že zaměstnavatel zajišťuje supervizi jen velmi zřídka a 4 z celkového počtu (4,16 %) uvedli, že jejich zaměstnavatel nezajišťuje supervizi vůbec. Z výsledků vyplývá, že téměř 3/4 dotazovaných poskytuje jejich zaměstnavatel pravidelně supervizi, čímž působí preventivně proti syndromu vyhoření. Vzhledem k tomu, že supervize je hlavním nástrojem prevence proti syndromu vyhoření, naplňují výsledky náš stanovený hlavní cíl, jehož náplní bylo zjistit, zda zaměstnavatelé podnikají preventivní kroky k odvrácení syndromu vyhoření. Nechali jsme oslovené pracovníky v sociálních službách ohodnotit supervizi dle jejich názorů. Hodnocení vypadalo následovně: Známkou 2 zvolilo 38 respondentů (40,43 %), průměrnou známkou supervizi ohodnotilo 27 respondentů (28,72 %), nejlepší hodnocení zvolilo 13 respondentů (13,83 %). Známkou 4 ohodnotilo supervizi 10 dotazovaných (10,64 %) a za nejhorší ji označilo 6 dotazovaných (6,38 %). Více než 3/4 ohodnocení jsou spíše kladné. V úplném závěru jsme nechali respondenty zcela vyjádřit svůj názor, ve kterém měli shrnout přínos supervize. Otázku zodpovědělo 44 dotazovaných z celkového počtu 103. Nejčastěji uváděným přínosem supervize byla z pohledu respondentů příležitost se při supervizi vypovídat a diskutovat s kolegy, což vede ke zlepšení komunikace. V obou případech odpovědělo 9 respondentů (20,45 %). Dalším nejčastěji označeným přínosem, a to v 8 případech (18,18 %), byla možnost získat názor nestranného člověka, který má na řešený problém objektivní názor. Mezi další přednost supervize řadí 7 respondentů (15,91 %) možnost objevení skrytých problémů. 6 respondentů (13,64 %) je toho názoru, že supervize není vůbec přínosná. Posledním nejčastěji uváděným přínosem supervize, který označilo 5 dotazovaných (11,36 %), je možnost naleznout nové návrhy na řešení problémových situací.

## 6.1 Zhodnocení cílů a výzkumných otázek

### Hlavní cíl

*Zjistit, jaké preventivní kroky k odvrácení syndromu vyhoření podnikají zaměstnavatelé pro své pracovníky.*

K dosažení stanoveného hlavního cíle bakalářské práce směřovala otázka č. 11, 12, 13 a 14. V otázce č. 11 jsme zjistili, že 89,90 % respondentů pravidelně pro své zaměstnance zajišťuje další vzdělávání, čímž zvyšuje jejich kvalifikaci. Prohlubování znalostí v oboru motivuje pracovníky ke stále kvalitněji odváděné práci, čímž jistě dosahují pracovního uspokojení. Otázka č. 12 nám zmapovala, zda zaměstnavatele zajímá spokojenost jeho pracovníků na pracovišti. 64,89 % respondentů uvedlo, že jejich zaměstnavatel pravidelně zjišťuje jejich spokojenost. V otázce č. 13 uvedlo 30,92 % respondentů, že vedoucí svolává pravidelné porady, které slouží pro řešení různých problémových situací na pracovišti, a kde každý z pracovníků má možnost se k dané problematice vyjádřit a říct svůj názor a dalších 30,43 % zvolilo, že zaměstnavatel zajišťuje spokojenost tím, že umožňuje další vzdělávání pracovníků. Pro 23,67 % respondentů považuje pravidelné pořádání supervize za prostředek zaměstnavatele zajišťovat spokojenost. Což se také ukázalo v otázce č. 14, kde 53,13 % respondentů uvedlo, že jejich zaměstnavatel zajišťuje supervizi alespoň jednou ročně a 23,96 % dokonce vícekrát do roka.

Zjištěním, že zaměstnavatelé se snaží syndromu vyhoření u svých pracovníků předcházet, ale jisté nedostatky se vzhledem k výsledkům vyskytují, jsme dosáhli hlavního cíle bakalářské práce a zodpověděli jsme si jednu z výzkumných otázek.

### Dílčí cíle

*Zjistit, zda se u pracovníků v sociálních službách objevují příznaky syndromu vyhoření.*

Jestli pracovníci vykazují příznaky syndromu vyhoření, tzn., zda se dokážou po několika letech v této pozici z práce radovat, a jestli je něco, co jim přináší uspokojení, jsme zjišťovali v otázce č. 5 a 6. V otázce č. 5 uvedlo 56,31 % respondentů, že jsou v práci spíše spokojeni, to znamená, že můžeme předpokládat drobné nedostatky a 41,75 % respondentů, že v práci spokojeni rozhodně jsou. V otázce č. 6 našel každý z oslovených respondentů položku, která odpovídala jeho představě. 48,54 % respondentů zvolilo, že rádi pomáhají lidem, 35,92 % se cítí na pozici pracovníka v sociálních službách užiteční, 10,68 %

považují za největší potěšení z práce zlepšení klientova stavu, 3,89 % těší ocenění ze strany rodinných příslušníků klienta.

Můžeme tedy z těchto výsledků usuzovat, že oslovení pracovníci jsou ve svém zaměstnání spokojeni a dokážou se radovat z pozitivních výsledků, kterých prostřednictvím ní dosahují. To, že symptomy syndromu vyhoření nejsou zřejmé, se stává odpovědí na výzkumnou otázku, která zní: *Lze předpokládat, že se u pracovníků v sociálních službách syndrom vyhoření vyskytuje?*

*Zjistit spokojenost pracovníků v sociálních službách v domovech se zvláštním režimem.*

Spokojenost pracovníků jsme také zjistili otázkami č. 5 a 6, ale zvolili jsme ještě doplňkovou otázku č. 7, kterou jsme zjišťovali, jak by respondenti ohodnotilo spolupráci se svými kolegy. Dobrá spolupráce na pracovišti je totiž zajisté podstatná pro to, aby byl zaměstnanec na pracovišti spokojen. 58,25 % respondentů zhodnotilo spolupráci s kolegy známkou 2, 27,18 % respondentů hodnotí kooperaci s kolegy nejlepší známkou a pouze 14,57 % ji považuje za průměrnou. Usuzujeme tedy, že vzájemná pomoc mezi pracovníky je samozřejmostí a panují mezi dobré pracovní vztahy.

*Zjistit, zda pracovníci v sociálních službách považují supervizi za efektivní.*

Na hodnocení supervize byla zacílena otázka č. 15, kde jsme zjistili, že 40,43 % dotazovaných ji hodnotí známkou 2. 28,72 % respondentů označuje supervizi za průměrnou a pouze 13,83 % dotazovaných ji hodnotí nejlepší známkou. 10,64 % ji hodnotí jako dostatečnou a 6,38 % ji shledává za zcela nepřínosnou. Výsledky ukázaly a zodpovídají tak 3. výzkumnou otázku, že více než polovina dotazovaných shledává supervizi za efektivní a menší polovina ji nehodnotí zcela kladně.

## ZÁVĚR

Práce s lidmi s Alzheimerovou nemocí je bezesporu psychicky i fyzicky náročná a vyžaduje vysokou odolnost vůči stresovým situacím, se kterými se musí pracovník v sociálních službách pravidelně potýkat. Dle mého názoru je na práci s touto cílovou skupinou nejtěžší to, že pracovník v přímé péči nemůže ze své odvedené práce vidět mnoho pokroků k lepšímu, jelikož Alzheimerova nemoc je nemocí progredující a nevratnou a neexistuje „prozatím“ žádná léčba, kterou by bylo možné nemoc vyléčit. Tento fakt dělá práci pro pracovníky v sociálních službách velmi náročnou, a proto jsou mnohdy vystaveni riziku propuknutí syndromu vyhoření, kterému je nutné předcházet, jak ze strany vlastní osoby pracovníka, tak ze strany zaměstnavatele. Mělo by být totiž v zájmu zaměstnavatele, aby byli v první řadě „zdraví“ pracovníci, jelikož jedině tak mohou poskytnout kvalitní péči klientům zařízení.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké preventivní kroky k odvrácení syndromu vyhoření podnikají zaměstnavatelé pro své pracovníky. K dosažení hlavního cíle směřovaly celkem 4 otázky, a to č. 11, 12, 13 a 14. Zjistili jsme, že 89,90 % respondentů uvedlo, že je pro ně zaměstnavatelem zajišťováno další vzdělání, z čehož lze usuzovat, že zaměstnavatelům záleží na neustálém zvyšování kvalifikace svých pracovníků. Otázkou č. 12 jsme u 64,89 % respondentů zjistili, že jejich zaměstnavatel pravidelně zjišťuje spokojenost jeho zaměstnanců na pracovišti a případné problémy se snaží bezodkladně řešit, čímž dává najevo, že je pro něj prioritní, aby pracovníci byli v zaměstnání spokojeni. Ostatní respondenti tento názor ale nesdílí, což může být dáno tím, že každý má jiné povahové rysy a jiné nároky na pracovní podmínky, a to může způsobovat rozdílné požadavky na svého zaměstnavatele. V otázce č. 13 bylo možné zatrhnout více odpovědí. 30,92 % respondentů zvolilo variantu, že jejich vedoucí pravidelně svolává provozní porady, na kterých se řeší případné problémy, a kde může každý vyjádřit svůj vlastní názor. 30,43 % dotazovaných uvedlo jako metodu zajištění spokojenosti ze strany zaměstnavatele absolvování dalšího vzdělávání a 23,67 % považuje za zajištění spokojenosti pravidelnou účast na supervizi. V otázce č. 14 jsme zjistili, že více než polovina respondentů, tedy 53,13 % se účastní supervize alespoň jednou ročně a 23,96% dokonce vícekrát do roka. Z výsledků je patrné, že zaměstnavatelé podnikají několik preventivních kroků, kterými působí proti vzniku syndromu vyhoření. Dílčí cíle byly stanoveny celkem tři. První dílčím cílem bylo zjistit, zda se u pracovníků v sociálních službách objevují příznaky syndromu vyhoření. Zjistili jsme, že 51,31 % respondentů je v práci spíše spokojeno a 41,75 %

označilo odpověď, že jsou v práci rozhodně spokojeni. V otázce č. 6 si každý z respondentů dokázal zvolit z nabízených možností, co jim v práci přináší největší uspokojení. Největší zastoupení, a to v počtu 48,54 % respondentů, zvolilo odpověď, že rádi pomáhají lidem a 35,92 % se cítí užiteční. Z těchto výsledků usuzujeme, že příznaky syndromu vyhoření se u pracovníků nevyskytují, i když jsou zajisté momenty, kdy se cítí vyčerpaní. Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jestli jsou pracovníci ve svém zaměstnání spokojeni. To jsme částečně zjistili i v předchozím dílčím cíli, ale spokojenost na pracovišti pramení jistě také ze vztahů, které panují mezi pracovníky navzájem. Na to, jak pracovníci hodnotí spolupráci se svými kolegy, jsme se dotazovali v otázce č. 7. Z celkového počtu respondentů 58,25 % odpovědělo, že spolupráci se svými kolegy hodnotí známkou 2 a nejlépe ji ohodnotilo 27,18 %. Spolupráce mezi kolegy je dle výsledků velmi dobrá a mohou se na sebe vzájemně spolehnout. Je tedy zřejmé, že respondenti jsou na své pracovní pozici spokojeni. Třetím dílčím cílem bylo zjistit názor respondentů na supervizi, zda ji považují za efektivní. Ze zjištěných dat vyplynulo, že nejvíce respondentů se přiklonilo k hodnocení známkou 2, a to v 40,43 % případů a 13 respondentů (13,83 %) ji udělilo nejlepší hodnocení. Známkou 4 a 5 ji hodnotí celkem 17,02 %. Supervize je považována za přínosnou z celkového počtu dotazovaných více než polovinou. Druhá celá polovina respondentů v ní přínos vzhledem k hodnocení nenachází, což může být dáno také nesprávným vedením supervizora, nebo může být hodnocení ovlivněno tím, zda supervizor pracuje v zařízení nebo je pracovníkem externím.

Dotazníkové šetření přineslo řadu výsledků, které byly velmi překvapivé. Neočekávaný byl především výsledek, že pouze více než polovina dotazovaných považuje supervizi za přínosnou. Přičemž supervize je jedním z hlavních nástrojů prevence syndromu vyhoření zaměstnavatelů. Dle mého názoru by měli zaměstnavatelé vždy zvážit osobnost supervizora, aby byla supervize pro pracovníky co nejefektivnější. Domnívám se, že je pravděpodobnější, že jsou pracovníci otevřenější k supervizorovi, který přichází zvenčí a není se zařízením ani s pracovníky jakkoli spjat.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Balint, Michael, 1992 cit. podle KUPKA, Martin, 2014. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.

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

CALLONE, P. R., KUDLACEK, C., VASILOFF, B. C., MANTERNACH, J. a R. A., BRUMBACK, 2008. *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2320-4.

DOČKAL, Jan, 2008. *Člověk v současném světě*. Středokluky: Zdeněk Susa. ISBN 978-80-86057-53-8.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.

GLENNER, Joy A. a kol., 2012. *Péče o člověka s demencí. Průvodce pro rodinné příslušníky*. ISBN 978-80-262-0154-0

GULOVÁ, Lenka, 2011. *Sociální práce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3379-1.

Haškovcová, Helena, 2002 cit. podle KUPKA, Martin, 2014. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.

Haškovcová, Helena, 2002 cit. podle MAHROVÁ, Gabriela, Martina VENGLÁŘOVÁ a kol., 2008. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.

HAUKE, Marcela, 2014. *Zvládání problémových situací se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5216-7.

HAVRDOVÁ, Zuzana a kol., 2011. *Kultura organizace a supervize ve vzájemném působení*. Praha: Ermat. ISBN 978-80-87398-14-2.

HOLMEROVÁ, I., JEROLÍMOVÁ, E. a H. NOVÁKOVÁ, 2004. *Alzheimerova choroba v rodině. Příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. Praha: Pfizer.

CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9225-0.

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



- JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. ISBN 978-80-247-2454-6.
- JŮN, Hynek, 2010. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-590-5.
- KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ, 2003. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-231-7.
- KUČEROVÁ, Helena, 2006. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1491-4.
- KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.
- MAHROVÁ, Gabriela, Martina VENGLÁŘOVÁ a kol., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MALLOTOVÁ, Kateřina, 2000. *Burn-out neboli syndrom vyhoření*. *Psychologie dne*, roč. 6, č. 2. ISSN 1211-5886.
- MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J. a P. KODYMOVÁ, 2010. *Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
- MOURLANE, Denis, 2013. *Jak posílit svou odolnost a vnitřní sílu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4873-3.
- Munzarová, Marta, 2005 cit. podle MAHROVÁ, Gabriela, Martina VENGLÁŘOVÁ a kol., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
- PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1490-5.
- PRIEBOVÁ, Mirriam, 2015. *Jak zvládnout syndrom vyhoření*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5394-2.
- RUSH, Myron. D., 2003. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů. ISBN 80-7255-074-8.
- SVOBODOVÁ, Petra a Martin VALÁŠEK, 2002. *Úvod do supervize*. Tišnov: SCAN. ISBN 80-86620-002-X.
- STOCK, Christian, 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3553-5.
- ÚLEHLA, Ivan, 2007. *Umění pomáhat*. Praha: Slon. ISBN 978-80-86429-36-6.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv, 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4082-9.

## **SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ**

Ochrance.cz [online]. [cit. 2017-09-03]. Dostupné z:

[http://www.ochrance.cz/fileadmin/user\\_upload/ochrana\\_osob/ZARIZENI/Socialni\\_sluzby/4\\_2013\\_Zvlastni\\_rezim.pdf](http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/4_2013_Zvlastni_rezim.pdf).

Occupationsguide.cz [online]. [cit. 2017-13-03]. Dostupné z:

<http://www.occupationsguide.cz/cz/povol/povolani.aspx?Par=467.htm>.

Prevence-info.cz [online]. © 2010-2016 [cit. 2017-09-03]. Dostupné z:

<http://www.prevence-info.cz/p-prevence/nespecificka-primarni-prevence>.

Sbírka zákonů České republiky. [online]. Zákon č. 108 ze dne 31. března 2006 o sociálních službách. [cit. 2017-08-03]. Dostupné z: <http://www.sagit.cz/sb06108>.

Slovník-cizich-slov.abz.cz [online]. © 2005-2017 [cit. 2017-10-03].

Dostupné z: <http://www.slovník-cizich-slov.abz.cz/>.

Slovník.mpsv.cz [online]. © 2016-2017 [cit. 2017-12-03].

Dostupné z: <http://slovník.mpsv.cz/domovy-se-zvlastnim-rezimem.html>.

Stefajir.cz [online]. © 2011 [cit. 2017-11-03]. Dostupné z: <http://stefajir.cz/?q=peg>.

Supervize.eu [online]. © 2006 [cit. 2017-08-03]. Dostupné z: <http://www.supervize.eu/o-supervizi/co-je-supervize/>.

TOŠNER, Jiří a Tamara TOŠNEROVÁ, 2002. Burn-out, Syndrom vyhoření. Pracovní sešit. Praha: Hestia. Dostupné z:

[http://www.hest.cz/ruz-ne/BURN-OUT.doc./](http://www.hest.cz/ruz-ne/BURN-OUT.doc/).

Vitalia.cz [online]. © 2011 [cit. 2017-08-03]. Dostupné z:

<http://www.vitalia.cz/clanky/komunikujete-s-lidmi-hrozi-vam-syndrom-vyhoreni/>.

Wikiskripta.eu [online]. [cit 2017-10-03]. Dostupné z:

<http://www.wikiskripta.eu/index.php/SPECT>.

Zdravi.euro.cz [online]. © 2017 [cit. 2017-12-03]. Dostupné z:

<http://www.zdravi.euro.cz/clanek/sestra/podminky-vykonu-cinnosti-pracovnika-v-socialnich-sluzbach-461362>.

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj. apod.	a jiné
CT	a podobně
EEG	komputerová tomografie elektroencefalografické vyšetření
MR	magnetická rezonance
PEG	Perkutánní endoskopická gastronomie
PET	pozitronová emisní tomografie
popř.	popřípadě
např.	například
SPECT	jednofotonová emisní výpočetní tomografie

## SEZNAM TABULEK

<b>Tabulka č. 1</b>	<i>Pohlaví dotazovaných respondentů.....</i>	<i>35</i>
<b>Tabulka č. 2</b>	<i>Věk respondentů.....</i>	<i>36</i>
<b>Tabulka č. 3</b>	<i>Délka praxe v oboru.....</i>	<i>37</i>
<b>Tabulka č. 4</b>	<i>Důvody rozhodnutí pro práci .....</i>	<i>39</i>
<b>Tabulka č. 5</b>	<i>Potěšení z práce .....</i>	<i>41</i>
<b>Tabulka č. 6</b>	<i>Pracovní uspokojení.....</i>	<i>42</i>
<b>Tabulka č. 7</b>	<i>Ohodnocení spolupráce .....</i>	<i>44</i>
<b>Tabulka č. 8</b>	<i>Reakce v konfliktních situacích.....</i>	<i>45</i>
<b>Tabulka č. 9</b>	<i>Svěření se s problémem.....</i>	<i>47</i>
<b>Tabulka č. 10</b>	<i>Reakce vedoucího.....</i>	<i>49</i>
<b>Tabulka č. 11</b>	<i>Možnost dalšího vzdělávání .....</i>	<i>51</i>
<b>Tabulka č. 12</b>	<i>Spokojenost zaměstnanců.....</i>	<i>53</i>
<b>Tabulka č. 13</b>	<i>Zajištění spokojenosti.....</i>	<i>54</i>
<b>Tabulka č. 14</b>	<i>Zajištění supervize .....</i>	<i>56</i>
<b>Tabulka č. 15</b>	<i>Hodnocení supervize .....</i>	<i>57</i>
<b>Tabulka č. 16</b>	<i>Přínos supervize.....</i>	<i>58</i>

## SEZNAM GRAFŮ

<b>Graf č. 1</b>	<i>Pohlaví dotazovaných respondentů</i>	35
<b>Graf č. 2</b>	<i>Věk respondentů</i>	36
<b>Graf č. 3</b>	<i>Délka praxe v oboru</i>	37
<b>Graf č. 4</b>	<i>Důvody rozhodnutí pro práci</i>	39
<b>Graf č. 5</b>	<i>Potěšení z práce</i>	41
<b>Graf č. 6</b>	<i>Pracovní uspokojení</i>	42
<b>Graf č. 7</b>	<i>Ohodnocení spolupráce</i>	44
<b>Graf č. 8</b>	<i>Reakce v konfliktních situacích</i>	45
<b>Graf č. 9</b>	<i>Svěření se s problémem</i>	47
<b>Graf č. 10</b>	<i>Reakce vedoucího</i>	49
<b>Graf č. 11</b>	<i>Možnost dalšího vzdělávání</i>	51
<b>Graf č. 12</b>	<i>Spokojenost zaměstnanců</i>	53
<b>Graf č. 13</b>	<i>Zajištění spokojenosti</i>	54
<b>Graf č. 14</b>	<i>Zajištění supervize</i>	56
<b>Graf č. 15</b>	<i>Hodnocení supervize</i>	57
<b>Graf č. 16</b>	<i>Přínos supervize</i>	58

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha P I	Jak se vyhnout syndromu vyhoření
Příloha P II	Jednoduchý test ke zhodnocení kvality paměti a orientačních schopností
Příloha P III	Dotazník

## **PŘÍLOHA P I: JAK SE VYHNOUT SYNDROMU VYHOŘENÍ?**

- **Snižte příliš vysoké nároky.** Kdo na sebe i druhé klade neustále příliš vysoké nároky, vystavuje se nebezpečí stresu. Přijměte skutečnost, že člověk je nedokonalý a chybující.
- **Nepropadejte syndromu pomocníka.** Vyhněte se nadměrné citlivosti k potřebám druhých lidí. Pohybujte se v rozmezí mezi soucítěním a emocionálním odstupem. Nesnažte se být zodpovědní za všechny a za všechno. Čím více budete ostatním pomáhat, tím více budou bezmocní.
- **Naučte se říkat NE.** Nenechávejte se přetěžovat. Řekněte ne, pokud budete cítit, že je toho na vás nakládáno příliš. Myslete někdy také na sebe.
- **Stanovte si priority.** Nemusíte být všude a vždy. Nevyplývejte svou energii na nesčetné aktivity. Soustřeďte se na činnosti, které si vyberte jako podstatné.
- **Dobry plán ušetří polovinu času.** Zacházejte rozumně se svým časem. Rozdělte si rovnoměrně práci. Větší úkoly si rozdělte na dílčí etapy, které budete schopni zvládnout. Snažte se vyhnout odkládání práce.
- **Dělejte přestávky.** Uvědomte si, že vaše zásoba energie je omezená. Nežeňte se z jedné činnosti do druhé.
- **Vyjadřujte otevřeně své pocity.** Pokud se vás cokoliv dotkne, dejte to najevo. Udělejte to tak, abyste sami necitlivě nezasáhli druhého.
- **Hledejte emocionální podporu.** Sdělená bolest, poloviční bolest. Najděte si „vrbu“, důvěrníka, kterému můžete otevřeně vylíčit svoje problémy.
- **Hledejte věcnou podporou.** Všechny problémy nemůžete vyřešit sami. Není nutné lámat si se vším hlavu sám. Pohovořte si s kolegyněmi a kolegy, požádejte je o radu a o návrhy na řešení.
- **Vyvarujte se negativního myšlení.** Jakmile zabřednete do hloubání a sebelítosti, řekněte si „stop“. Položte si otázku: „Co je na mně dobrého?“ Radujte se z toho, co umíte a dokážete. Užívejte také pozitivních stránek života. Vychutnávejte všechno, co podle vás má v životě nějakou hodnotu.
- **Předcházejte komunikačním problémům.** Práci si dobře připravte, sdělte spolupracovníkům i klientům hned na začátku svá očekávání a cíle. Vyhýbejte se ukvapeným rozhodnutím, planým slibům, i výhrůžkám.



- **V kritických okamžicích zachovejte rozvahu.** V konfliktní situaci se nenechávejte svést prvním negativním pocitem k impulsivnímu jednání. Uvědomte si váš manévrovací prostor a přiměřené způsoby řešení konfliktu. Konfliktní situaci můžete vyřešit paradoxní reakcí, nebo humorem.
- **Následná konstruktivní analýza.** Projděte si zpětně kritické situace. Analyzujte svoje chování, navrhněte alternativy řešení. Zapojte do rozboru kolegyně a kolegy.
- **Doplňte energii.** Vaše práce není pupek světa. Vyrovnávejte pracovní zátěž potřebnou mírou odpočinku.. Věnujte se činnostem a vztahům, při kterých se cítíte dobře a které vás naplňují. Osvojte si relaxační techniky.
- **Vyhledávejte věcné výzvy.** Buďte otevření novým zkušenostem, dále se učte a vzdělávejte. Rozšiřování obzoru a repertoáru komunikačních technik zlepšuje schopnost zvládat stres.
- **Využívejte nabídek pomoci.** Jestliže máte pocit, že v kritických situacích nereagujete dobře, měli byste se snažit změnit své chování. Přihlaste se do vhodného výcviku, zorganizujte mezi kolegyněmi a kolegy diskusní skupiny, požadujte na nadřízených supervizi vaší práce.
- **Zajímejte se o své zdraví.** Berte vážně varovné signály vašeho těla. Zmírněte pracovní nasazení, dopřávejte si dostatek spánku, zdravě se stravujte, sportujte, udělejte si radost.

## **PŘÍLOHA P II: JEDNODUCHÝ TEST KE ZHODNOCENÍ KVALITY PAMĚTI A OREINTAČNÍCH SCHOPNOSTÍ**

1. Zeptejte se vyšetřovaného, kolik je mu let.
2. Zeptejte se, kolik minut zbývá do nejbližší celé hodiny.
3. Řekněte vyšetřovanému nějakou adresu a požádejte ho, aby si ji zapamatoval (po skončení testu jej požádejte, aby ji zopakoval).
4. Zeptejte se, jaký je právě rok.
5. Zeptejte se vyšetřovaného na adresu místa (nemocnice, bytu apod.), kde se právě nacházíte.
6. Zeptejte se vyšetřovaného na jména dvou osob, které nesporně dobře zná a které se v tu dobu nacházejí poblíž (např. jméno lékaře, sestra apod.).
7. Zeptejte se vyšetřovaného na datum jeho narození.
8. Zeptejte se vyšetřovaného, v kterém roce vypukla první světová válka.
9. Zeptejte se vyšetřovaného, jak se jmenuje současný prezident.
10. Požádejte vyšetřovaného, aby počítal sestupně od dvaceti do jedné.

Za každou správnou odpověď je 1 bod. Pokud vyšetřovaný dosáhne skóre 6 nebo méně, je vhodné zajistit další vyšetření u lékaře.

## PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK

### Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Petra Mertová a jsem studentkou 3. ročníku na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Prosím o přesné a pravdivé vyplnění, aby výsledky byly co nejhodnotnější. Výsledky využiji pouze pro potřeby své bakalářské práce. Dotazník je zcela anonymní. Vyplnění dotazníku Vám zabere maximálně 10 minut.

Předem děkuji.

Pokud není uvedeno jinak, zatrhni vždy jednu odpověď.

1. Jste            a) muž                            b) žena
  
2. Kolik je Vám let?  
a) 20 – 30      b) 31 – 40      c) 41 – 50      d) 51 – 60      e) 61 a více
  
3. Jak dlouho pracujete jako PSS (pracovník v sociálních službách)?  
a) méně než rok      b) 1 – 2 roky      c) 3 – 5 let      d) 6 – 10 let  
e) 11 – 15 let      f) 16 – 20 let      g) 21 let a více
  
4. Proč jste se rozhodl/a pracovat s touto cílovou skupinou? (Možno zatrhnout více odpovědí)  
a) mám zkušenost s péčí o blízkého se stejnou nemocí  
b) uvědomuji si potřebnost péče o seniory  
c) tato práce je pro mě posláním  
d) práci jsem si vybrala z důvodu dobrého platového ohodnocení  
e) kvůli dostupnosti  
f) jiné: .....
  
5. Dokážete se ze své práce radovat?  
a) ano            b) spíše ano            c) ne            d) spíše ne            e) nikdy
  
6. Co Vás na práci nejvíce těší?  
a) cítím se užitečný/á                            b) rád/a pomáhám lidem  
c) zlepšení klientova stavu                    d) ocenění péče rodinou klienta  
e) ocenění ze strany lékařů                    f) pochvala zaměstnavatelem  
g) jiné: .....
  
7. Jak byste ohodnotil/a spolupráci se svými kolegy? (1 = výborná, 5 = špatná)

1      2      3      4      5

**8. Jak reagujete v konfliktních situacích na pracovišti?**

- a) cítím se bezmocný/á, raději mlčím
- b) bojím se říct, co si myslím
- c) řeknu, co si myslím bez ohledu na následky
- d) řeknu svůj názor, ale vždy zvažuji slova
- e) nikdy jsem se v žádné konfliktní situaci neocitl/a

**9. Kdybyste měl/a pracovní problém, komu byste se svěřil/a?**

- a) kolegovi
- b) prvnímu nadřízenému, např. koordinátor pečovatelů, vrchní sestra
- c) zástupci vedoucího
- d) vedoucímu zařízení

(Pokud jste zatrhl/a variantu a, b, c, přejdi na otázku č. 11)

**10. Jak by podle Vás vedoucí zareagoval/a na Váš problém? (Možno zatrhnout více odpovědí)**

- a) vyslechl/a by mě, ale problém by vyřešil/a sám/sama
- b) vyslechl/a by mě a zeptal/a by se na můj názor
- c) řekl/a by mi, co mám udělat
- d) problém by se řešil/a kolektivně na nejbližší provozní poradě
- e) problém by se neřešil
- f) jiné: .....

**11. Umožňuje vám zaměstnavatel další vzdělávání?**

- a) ano, vždy se snaží, abychom se něco nového naučili
- b) ano, ale bez návaznosti vzdělávání na naši práci
- c) ne, není schopen nám zajistit další vzdělávání

**12. Zajímá Vašeho zaměstnavatele, jak jste na pracovišti spokojený/á?**

- a) ano, pravidelně se mě dotazuje a problémy řeší
- b) ano, ale případné problémy neřeší
- c) ne, nezajímá ho to

**13. Jak Váš zaměstnavatel zajišťuje spokojenost pracovníků na pracovišti? (Možno zatrhnout více odpovědí)**

- a) zajišťuje další vzdělávání svých pracovníků
- b) pravidelně zjišťuje spokojenost
- c) zajišťuje supervize
- d) pořádá pravidelně teambuilding
- e) svolává porady, kde může každý sdělit svůj názor na řešený problém
- f) pravidelně doplňuje knihovnu zařízení o odborné publikace
- g) jiné: .....

**14. Zajišťuje Váš zaměstnavatel supervizi?**

a) ano, alespoň jednou ročně  
c) jen velmi zřídka

b) ano, víckrát do roka  
d) nezajišťuje

**15. Shledáváte supervizi za přínosnou? (1 = výborná, 5 = špatná)**

1      2      3      4      5

**16. V čem shledáváte supervizi za přínosnou?**

.....  
.....  
.....

Děkuji mnohokrát za Váš čas.