

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Andrea Krátošková

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální patologie a sociologie

**Přítomnost canisterapeutického psa ve zdravotnickém
zařízení a jeho možný aspekt v prevenci syndromu
vyhoření**

Bakalářská práce

Autor: Andrea Krátošková

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: 7502R008 Sociální patologie a prevence

Vedoucí práce: PhDr. Jan Hubert



Zadání bakalářské práce

Autor: Andrea Krátošková

Studium: P13632

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální patologie a prevence

Název bakalářské práce: **Přítomnost canisterapeutického psa ve zdravotnickém zařízení a jeho možný aspekt v prevenci syndromu vyhoření**

Název bakalářské práce AJ: The presence of canisterapeutic dog in healthcare facilities and its possible aspect in burnout syndrom prevention

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Cílem bakalářské práce je zmapování možného působení canisterapeutického psa na psychiku personálu v areálu jedné z pražských nemocnic. Nemocnice Na Bulovce má v držení canisterapeutickou fenku Fanny, která se pravidelně pohybuje v rámci canisterapie po areálu nemocnice. V bakalářské práci bych se chtěla zaměřit na reakce zdravotnického personálu a empiricky si ověřit, jak na něj canisterapeutický pes působí svou přítomností. Dále bych si chtěla ověřit, jak vnímá personál pravidelnou návštěvu canisterapeutického psa v místě svého pracoviště. Jestliže dojde při náročném a vyčerpávajícím pracovním dni jednotlivce k vnitřní krizové situaci, kdy je potřebné snížení psychického napětí, je přítomnost canisterapeutického psa možnou alternativou ke chvilkovému odreagování a zklidnění. Kvantitativní metoda - strukturovaný dotazník, kvalitativní metoda - polostrukturovaný rozhovor.

GALAJDOVÁ, Lenka a GALAJDOVÁ, Zdenka. Canisterapie: pes lékařem lidské duše. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 168 s. ISBN 978-80-7367-879-1. KALLWASS, Angelika. Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě. Vyd. 1. Přeložil Petr Babka. Praha: Portál, 2007, 139 s. ISBN 978-80-7367-299-7. SCHMIDBAUER, Wolfgang. Syndrom pomocníka: [podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích]. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 234 s. ISBN 978-80-7367-369-7.

Garantující pracoviště: Katedra sociální patologie a sociologie,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Jan Hubert

Oponent: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 12.2.2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci na téma „Přítomnost canisterapeutického psa ve zdravotnickém zařízení a jeho možný aspekt v prevenci syndromu vyhoření“ vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce PhDr. Jana Huberta samostatně, a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

.....

Podpis autora

Poděkování

Děkuji panu PhDr. Janu Hubertovi za odborné vedení, cenné rady a připomínky, kterými mě provázel během zpracování této bakalářské práce. Dále bych touto cestou chtěla poděkovat paní Mgr. Lence Procházkové za její podporu a za poskytnuté informace, literaturu a doporučení. Mé poděkování také patří všem respondentům, kteří se účastnili výzkumu, za jejich ochotu věnovat mi svůj čas ke spolupráci.

Anotace

KRÁTOŠKOVÁ, Andrea. *Přítomnost canisterapeutického psa ve zdravotnickém zařízení a jeho možný aspekt v prevenci syndromu vyhoření*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. 100 s. Bakalářská práce.

Má bakalářská práce se zaměřuje na přítomnost canisterapeutického psa v Nemocnici Na Bulovce a na jeho možný vliv na zdravotnický personál. Cílem bakalářské práce je především prověřit jak a jakým způsobem canisterapeutický pes ovlivňuje psychickou stránku zdravotního personálu. Teoretická část je rozdělena na dvě části. První část se věnuje vysvětlení pojmu burnout, vysvětluje možné příčiny vzniku, příznaky a stadia syndromu vyhoření. Dále zmiňuje důležitost psychohygieny a prevence syndromu vyhoření. Druhá část bakalářské práce je zaměřena na vysvětlení pojmu zooterapie, canisterapie a nastavených standardů metod použití zvířat v profesionálních zařízeních. Je zde popsáno, jak probíhá výchova canisterapeutického psa a jakým způsobem je praktikován canisterapeutický program ve zdravotnickém zařízení. Výzkumné šetření bylo realizováno pomocí dotazníku vlastní konstrukce, dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI) a polostrukturovaného rozhovoru.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, duševní hygiena, canisterapie, smysluplnost, prevence

Annotation

KRÁTOŠKOVÁ, Andrea. *The presence of canistherapeutic dog in healthcare facilities and its possible aspect in burnout syndrome prevention*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2015, 99 pp. Bachelor Degree Thesis.

My bachelor`s thesis is aimed to presence canistherapeutic dog in Hospital „Na Bulovce“ and his possible influence on medical staff. The objectiv of my bachelor`s thesis is primarily verification how and what kind of way canistherapeutic dog has the influence on psychological aspect of medical staff. Theoretical part is divided in two sections. The first section is dedicated to the explanation of the term "burnout" and explain the possible cause of the genesis, symptoms and phase of the "burnout syndrome". Subsequently it refer to the importance of the mental hygiene and prevention of the syndrome "burnout syndrome". The second section bachelor`s thesis is aimed to the explanation of terms zootherapy, canistherapy and setting standards of methods using animals in professional facilities. Here is described, how take place the upbringing of the canistherapeutic dog and by which way is canistherapeutic program practice in medical facility. Research survey have been implemented by the questionnaire my own construction, the questionnaire Maslach Burnout Inventory (MBI) and semistructured dialog.

Keywords: burnout syndrome, mental hygiene, canis therapy, meaningfulness, prevention

Obsah

Úvod	9
1. Syndrom vyhoření	11
1.1. Pojem syndrom vyhoření	11
1.1.1. Přehled profesí s rizikem vzniku syndromu vyhoření	12
1.2. Příčiny syndromu vyhoření	13
1.2.1. Osobní dispozice	14
1.2.2. Možné příčiny vzniku syndromu vyhoření v pracovním prostředí	17
1.2.3. Možné příčiny vzniku syndromu vyhoření v rodině nebo v partnerském vztahu	18
1.3. Syndrom vyhoření a stres lidí zaměstnaných ve zdravotnictví	19
1.3.1. Stres a vyhoření v lékařských profesích	19
1.3.2. Stres a vyhoření zdravotních sester a ostatního zdravotnického personálu	20
1.4. Příznaky syndromu vyhoření	22
1.5. Stadia vývoje syndromu vyhoření	23
1.6. Prevence syndromu vyhoření	26
1.6.1. Interní a externí postupy při prevenci vyhoření	26
1.6.2. Duševní hygiena	27
1.6.3. Zvládání stresu krok za krokem	29
2. Canisterapie a její uplatnění v praxi	32
2.1. Zooterapie	32
2.1.1. Mezinárodní organizace zabývající se zooterapií	32
2.2. Canisterapie	33
2.2.1. Historie canisterapie	34
2.2.2. Metody canisterapie	36
2.2.3. Formy canisterapie	37
2.2.4. Výběr vhodné rasy psa pro canisterapii	38
2.3. Fanny - canisterapeut na plný úvazek	39
2.3.1. Příprava štěněte pro canisterapii u „Pomocných tlapek“ o.p.s.	40
3. Výzkumné šetření v Nemocnici Na Bulovce	42
3.1. Cíle práce a výzkumné otázky	42
3.2. Místo výzkumného šetření a cílová skupina	43

3.3.	Metodika výzkumu a způsob hodnocení.....	44
3.3.1.	Realizace dotazníkového šetření a rozhovoru	45
3.4.	Charakteristika výzkumného vzorku	46
3.4.1.	Rozdělení do skupin dle profesního zaměření a charakteristika II. skupiny.....	47
3.5.	Popis a interpretace výzkumných dat.....	50
3.5.1.	Znalost pojmu syndrom vyhoření a snaha o preventivní opatření.....	50
3.5.2.	Sociální podpora a motivace k výkonu práce	51
3.6.	Zjištění možných příčin vzniku syndromu vyhoření	52
3.6.1.	Zatěžující situace mimo pracovní prostředí.....	52
3.6.2.	Zjišťování možných příčin vzniku syndromu vyhoření v pracovním prostředí.....	53
3.6.3.	Role zvířete v domácnostech respondentů a jejich pohled na probíhající canisterapii ve zdravotnickém zařízení	55
3.6.4.	Vyhodnocení dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI).....	58
3.7.	Popis a interpretace výzkumných dat získaných při rozhovoru.....	63
3.7.1.	Výběr subjektů a jejich vztah k domácímu zvířeti	63
3.7.2.	Pohled personálu na možnost ohrožení syndromem vyhoření	64
3.7.3.	Zjišťování důležitosti morálního ohodnocení a sociální podpory na pracovišti	65
3.7.4.	Zjišťování možných pozitivních změn v chování pacientů vůči personálu	67
3.7.5.	Zjišťování možného vlivu přítomnosti canisterapeutického psa na psychologické klima na oddělení	69
3.8.	Diskuze a závěry šetření	70
3.8.1.	Diskuze a závěry hodnocení výzkumného cíle č. 1	70
3.8.2.	Diskuze a závěry hodnocení výzkumného cíle č. 2.....	71
3.8.3.	Diskuze a závěry hodnocení výzkumného cíle č. 3	72
3.8.4.	Závěry šetření	74
	Závěr.....	77
	Seznam literatury a jiných zdrojů.....	79
	Seznam příloh.....	83

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala tematiku zjišťování možného pozitivního vlivu přítomnosti canisterapeutického psa ve zdravotnickém zařízení na zdravotní personál a jeho možný aspekt v prevenci syndromu vyhoření. V dnešní době je syndrom vyhoření obecně známý jev, kdy člověk pocítuje vnitřní distanci, je extrémně vyčerpaný, jeho výkonnost silně klesá a můžou se u něj objevit různé psychosomatické obtíže. Nezdravé nároky okolí na výkon jedince vedou k dlouhodobému přetěžování organismu. Jestliže není dán dostatečný prostor na jeho regeneraci, může dojít k onemocnění syndromem vyhoření. Nejvíce jsou syndromem vyhoření ohroženi lidé, kteří pracují v pomáhajících profesích, přičemž mezi nejvíce ohrožené skupiny patří zdravotnické profese. Zdravotní personál je v neustálém kontaktu s lidským utrpením, které může ovlivnit pouze v málo případech, pracuje v časovém stresu a navíc ve směnném provozu, který nabourává jeho přirozený biorytmus.

V první části práce si objasníme pojem „burnout“, popíšeme si příčiny jeho vzniku a seznámíme se s realizovanými průzkumy syndromu vyhoření ve zdravotnictví. Budeme se zabývat příznaky syndromu vyhoření na psychické a fyzické úrovni a příznaky na úrovni sociálních vztahů. Také se seznámíme s různými přístupy vývojových cyklů syndromu vyhoření. V závěru první části této bakalářské práce je kladen důraz na prevenci syndromu vyhoření. Vysvětlíme si, proč je doporučeno dodržovat zásady duševní hygieny, a ukážeme si další možná preventivní opatření pomáhající zachovat si duševní zdraví.

V druhé části bakalářské práce si přiblížíme pojmy zooterapie a canisterapie. Seznámíme se zde s historií vzniku canisterapie a uvedeme si několik mezinárodních organizací, jejichž zásluhou je prosazení zooterapie a canisterapie v praxi. Také si objasníme, jaké jsou nastavené standardy metod použití zvířat v profesionálních zařízeních a v jakých formách je canisterapie v praxi prováděna. V jedné z pražských nemocnic - v Nemocnici Na Bulovce - probíhá canisterapeutický program již třetím rokem, pod záštitou paní Mgr. Lenky Procházkové, která zde pracuje jako klinický psycholog Interní kliniky. Paní Procházková má v péči canisterapeutickou fenku Fanny, která prošla speciálním výcvikem pro asistenční psy, testem povahy a různými veterinárními testy. Aby Fanny mohla působit jako canisterapeutický pes, musela své dovednosti a vyrovnanou povahu prokázat v závěrečných zkouškách.

Zdroje zabývající se tématem canisterapie uvádějí, že kontakt se psem působí na člověka povzbudivě a pomáhá snižovat stres. Zaměříme se na to, jestli canisterapeutický

program ve zdravotnickém zařízení určený pro pacienty má i sekundární roli, tj. jestli má vliv na chování a jednání zdravotnického personálu. Třetí část bakalářské práce bude věnována výzkumnému šetření v areálu Nemocnice Na Bulovce. Určíme si výzkumné cíle a výzkumné otázky, které nám pomohou zmapovat možné působení canisterapeutického psa na psychiku personálu. Výzkum bude prověřovat, jestli má pracovník zdravotnického zařízení při setkání s canisterapeutickým psem možnost se odreagovat a zbavit se psychického napětí, které vyplývá z jeho pracovních povinností a zátěžových situací a pokusíme se zjistit, jestli přítomnost canisterapeutického psa ve zdravotnickém zařízení napomáhá zdravotnímu personálu snížit riziko vzniku syndromu vyhoření.

1. Syndrom vyhoření

Civilizační chorobou průmyslového světa jsou nezdravé nároky na každého z nás. Rychlost rozvoje moderní vědy a s tím spojené neustálé změny promítající se do každodenního života, nutí jedince neustále zvyšovat svůj výkon, aby se změnám přizpůsobil. V případě, že jedinec nedosahuje stejných výsledků jako ostatní, podléhá frustraci. Neustále se zvyšující tlak na výkon, může vést k dlouhodobému přetěžování organismu, nedostatek volného času nedává prostor na regeneraci a následkem toho může dojít k propuknutí syndromu vyhoření. „Syndrom vyhoření“ (burnout syndrom) je stav, kdy se člověk cítí citově vyprahlý, vnitřně sevřený, pociťuje nechuť k činnostem, které ho v dřívějších dobách naplňovaly, cítí se přetěžovaný a celkově vyčerpaný. Symptomy se u každého člověka projevují odlišně, někdo postupně prochází vymezenými etapami, jiný jedinec může některé etapy syndromu vyhoření přeskočit a přejít ihned do apatie, či se emocionálně zhroutit, u někoho se můžou projevit různé psychosomatické potíže.

Pojem „syndrom vyhoření“ je překlad anglického názvu „burnout syndrome“. Spojení „burnout“ znamená dohořet, vyhořet nebo vyhasnout. Jde o výstižnou metaforu, neboť symbolický vnitřní oheň v každém člověku, tj. motivace, zájem, nasazení, pomalu uhasíná, až vyhasne úplně. (Kebza, Šolcová, 2003, s. 3)

1.1. Pojem syndrom vyhoření

Pojem „burnout“ jako první použil v sedmdesátých letech minulého století americký psychoanalytik německého původu Herbert J. Freudenberg. V roce 1974 byla jeho stať s původním termínem „burn-out“ publikovaná v časopise „Journal of Social Issues“ (Kebza, Šolcová, 2003, s. 6) Freudenberg se velmi intenzivně věnoval vědecké a klinické práci na Manhattanu, a následně založil bezplatnou polikliniku pro mladistvé narkomany, bezdomovce a problémové jedince v Harlemu. Jeho vysoká angažovanost, pracovní vypětí, nepřiměřená pracovní doba a nedostatek relaxace způsobily zhroucení jeho organismu. Svoje vlastní zkušenosti poté publikoval ve své první knize „Burnout - vysoká cena za úspěch a jak s ním zacházet“. Začal problém syndromu vyhoření zkoumat a zjistil, že se týká více osob pracujících v pomáhajících profesích, tedy těch, kteří do svého povolání investují kromě svého času a dovedností také kus ze svojí osobnosti. (Honzák, 2013, s. 18 - 21)

Syndrom vyhoření se stal v posledních letech velmi známým pojmem. Je častým tématem při různých školeních a supervizních setkáních, námětem k řadě diplomových prací, objevují se nejrůznější články pojednávající o syndromu vyhoření. Je s podivem, že se průzkum zatím nezaměřil na statistické šetření, ve kterém by bylo možno vysledovat vývoj výskytu. Existují menší statistické průzkumy syndromu vyhoření, které se zaměřují na určitou oblast profese, ale ty nejsou cyklické, a tak není možno vysledovat vývoj výskytu v populaci ani zaměření na určité profesní oblasti.

Diagnóza syndrom vyhoření nebyla zařazená pod diagnostickou kategorií v MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) ani v DSM-V (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch vydávaných, nicméně MKN-10 uvádí mezi „Z“ kódy, tj. faktory ovlivňující zdravotní stav, kategorií Z 73.0 - „Vyhasnutí (vyhoření)“. (Ptáček, Raboch, 2013, s. 3 - 8)

1.1.1. Přehled profesí s rizikem vzniku syndromu vyhoření

„Typickým důsledkem chronicky působícího stresu je syndrom vyhoření (burnout syndrom), který se dostavuje jako reakce na převážně pracovní stres. Vyskytuje se zvláště u profesí, jejichž podstatnou složkou pracovní náplně je kontakt s lidmi a závislost na jejich hodnocení.“ (Pelcák, Tomeček, 2011) Nejčastěji syndromem vyhoření onemocní lidé pracující v pomáhajících profesích nebo lidé, kteří jsou pracovní neustále v kontaktu s jinými lidmi. Kebza a Šolcová uvádějí přehled profesí s rizikem vzniku syndromu vyhoření:

- lékaři - zvláště klinici, z nichž zvláště v oborech onkologie, chirurgie, JIP, LDN, psychiatrie, atd.,
- zdravotní sestry,
- další zdravotní personál,
- psychologové a psychoterapeuti,
- sociální pracovníci,
- učitelé na všech stupních,
- pracovníci pošt všeho druhu,
- dispečeři a dispečerky,
- policisté,
- právníci, zvl. pak advokáti,

- pracovníci v nápravných zařízeních,
- profesionální funkcionáři, politici, manažeři,
- poradci a informátoři,
- úředníci v bankách a úřadech, orgánech státní správy,
- za určitých okolností příslušníci ozbrojených sil - armáda, letectvo,
- duchovní, řádové sestry,
- burnout syndrom se někdy může projevit i u nezaměstnanecých kategorií - u osob, které jsou v jakémkoli kontaktu s druhými lidmi a jsou závislé na jejich hodnocení - např. špičkový umělec, sportovec. Také se může projevit u OSVČ (např. dealeři, pojišťovací a reklamní agenti, atd.). (Kebza, Šolcová, 2003, s. 8)

Neznamená to, že syndromem vyhoření nemůžou onemocnět lidé, jejichž profese ve výše uvedeném výčtu nejsou uvedené. Syndromem vyhoření můžou být ohroženi také lidé pracující v profesích, ve kterých nedochází ke každodennímu kontaktu s jinými lidmi, či nejsou vystaveni každodenní stresové zátěži. Onemocnět může jedinec, který je dlouhodobě vystavený vysokému pracovnímu vypětí, ale také jedinec, který zažívá déle trvající stres z nedostatku pracovního vytížení.

1.2. Příčiny syndromu vyhoření

V dnešní době je syndrom vyhoření obecně známý jev. Potkáváme stále více takto postižených lidí. Není jednoznačná odpověď, proč někdo syndromem vyhoření onemocní a jiný ne, ale můžeme si vyjmenovat nejčastější příčiny, které k onemocnění vedou. Ať jsou to příčiny vzniklé v pracovním nebo soukromém životě, anebo vzniklé v oblasti duševní, nemusí u všech vnější zátěž vést k syndromu vyhoření. Může k tomu dojít, pokud se vnější zátěže osobnostně dotýkají mezí schopností a možností jedince. (Kallwass, 2007, s. 9)

Syndrom vyhoření může propuknout z mnoha příčin. Záleží na osobnostních dispozicích každého jedince a na jeho přístupu ke zvládnání stresu, dále záleží na jeho pracovním prostředí a interpersonálních vztazích na pracovišti, a také na tom, zdali je obklopen funkční sociální sítí jeho nejbližších z řady rodiny a přátel.

1.2.1. Osobní dispozice

Stres je subjektivní prožitek, na který neexistuje speciální měřítko. Každý člověk zvládá stres a přetíženost jinak. U některých lidí je zvýšená zátěž dokonce pro organismus příjemná. Se stresem se každodenně setkává většina z nás. Má negativní vliv na náš zdravotní stav (psychický, duševní a duchovní). Stres je definován jako vztah mezi dvěma protikladnými silami, které jsou subjektivně definovány - stresorů, které na jedince působí negativně a tzv. salutorů, tj. obranných schopností zvládat těžkosti. Optimální pro organismus je, když jsou tyto dvojice sil vyrovnány, nebo je síla salutorů vyšší. V opačném případě dochází ke stresu, který když přesáhne únosnou hranici zvládnutelnosti, nazýváme ho distresem. Při dlouhodobém zatížení organismu stresovými faktory je vysoká pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření. (Křivohlavý, 2010, s. 24 - 27)

Jestliže u jedince nejsou uspokojeny jeho potřeby, dochází k frustraci. Potřeby člověka nejsou pouze fyzické (biologické) - důležité pro přežití organismu, např. jídlo, pití, spánek, apod., ale také psychické (individuálně specifické) a potřeby sociálně-psychologické. Jestliže něco jedinec dělá, má určitá očekávání společenského uznání. Jestliže je jeho činnost kladně ohodnocena, dochází k uspokojení - satiaci, naopak při neocenění dochází k frustraci. U každého jedince je potřeba smysluplnosti jeho vlastní existence, jestliže smysl ztrácí, upadá do stavu psychického vyhoření. (Křivohlavý, 1998, s. 26 - 32) Prožívání smysluplnosti existence je subjektivním jevem. V současné psychologii je jedním z klíčových jevů, kterým je věnována pozornost. Svým dílem i životem na nutnost počítat v psychologii nejenom s přirozenými potřebami a motivačními (hnačími) silami, tzv. drivy, ale také s motivační silou smysluplnosti našeho počínání, poukázal rakouský lékař, psychiatr a psycholog Viktor Emil Frankl. (Křivohlavý, 1998, s. 75 - 77)

Existují značné rozdíly, jakým způsobem se lidé vyrovnávají s těžkostmi, které je na životní cestě potkají. Na jedné straně jsou lidé, pro které je překážka v jejich očích větší, než ve skutečnosti, a zdá se jim nepřekonatelná. Na druhé straně existují lidé, kteří na tu samou překážku pohlížejí jako na výzvu. Osobnostní charakteristiky těchto dvou skupin lidí byly studovány v celé řadě různých psychologických studií. (Křivohlavý, 1998, s. 79)

Rozdíly mezi individuálními dispozicemi studovalo několik specialistů. Křivohlavý (1998, s. 80 - 81) zmiňuje rozdělení lidského chování na dva typy podle

Friedmana a Rosemana: „TYP A“ a „TYP B“. V polovině sedmdesátých let minulého století zveřejnili dva lékaři - Meyer Friedman a Bay H. Roseman výsledky svého třicetiletého výzkumu vedoucích pracovníků, ve kterém se zaměřili na vztah mezi výskytem kardiovaskulárního onemocnění a určitým jednáním a chování lidí. Výsledkem je rozdělení lidí do dvou skupin typů lidského chování, do skupiny typu A, a skupiny typu B.

Lidé zařazení do skupiny lidského chování typu A jsou energičtí, soutěživí až soupeřiví. Jejich potřeba soutěžení může být natolik extrémní, že může vyvolávat konflikty v mezilidských vztazích. (Vosečková, Hrstka, 2010, s. 14) Jednají rychle a chtějí být nejlepší. Obvykle zvládají více věcí najednou. Pracují často přes čas, práci si nosí domů. (Křivohlavý, 1998, s. 80 - 81) Jsou to jedinci s vysokými ambicemi, kteří mají silně vyvinutý smysl pro povinnost. (Stock, 2010, s. 42 - 43) K ostatním lidem jsou netrpěliví, ostatní se jim zdají být pomalí. Mají vždy vysoké cíle a jdou si tvrdě za nimi. Tento typ chování je velmi náchylný ke vzniku kardiovaskulárního onemocnění. U tohoto typu je také velmi velké riziko vzniku syndromu vyhoření. (Křivohlavý, 1998, s. 80 - 81)

Lidé zařazení do skupiny lidského chování typu B mají také vysokou výkonnost, ale úspěch v práci není jejich prioritou. Umí nejenom výkonně pracovat, ale také i odpočívat. Svůj čas si umí rozdělit a najít si čas pro svoji rodinu a pro své zájmové činnosti. Syndrom vyhoření se u tohoto typu objevoval méně často. (Křivohlavý, 1998, s. 80 - 81)

K objasnění podstaty psychické odolnosti (resilience) bylo vynaloženo mnoho úsilí a časem se ukázalo, že je tvořena složitými vztahy, v nichž se uplatňuje nejen vůle a motivace, ale i celý komplex osobnostních vlastností, dispozic a situačních proměnných. Nepochybně také závisí mj. též na celé struktuře osobnostních rysů jedince, jeho vlastností a dispozic. Do specifických či hlavních koncepcí resilience je zařazená koncepce sense of coherence (SOC) americko-izraelského sociologa medicíny Aarona Antonovského a koncepce hardiness americké psycholožky Suzanne Kobasové. (Kebza, Šolcová, 2012, s. 36 - 39)

Antonovský: „Salutogeneze“ a „Nezdolnost“ - Křivohlavý zmiňuje výzkum profesora Aarona Antonovského, který jej nazval studiem „salutogeneze“ tj. zjišťováním, jak se rodí zdraví. Antonovský se ve svých výzkumech se nejprve zaměřil na lidi, kteří prošli a přežili nacistické koncentrační tábory v Osvětimi. Zajímal se o to, proč někteří lidé zvládali krizové situace v táboře s hlavou vztyčenou a druzí je nezvládali. Svá zjištění

shrnuje do pojetí nezdolnosti (SOC), které pracuje se třemi dimenzemi. Lidé, kteří jsou blíže ke kladnému pólu níže uvedených dimenzí, lépe čelí životním zkouškám, jsou odolnější, zdravější a méně náchylnější vyhoření:

1. Smysluplnost /kladný pól/ v protikladu k nesmyslnosti /záporný pól/ - když se na cestě k cíli vyskytnou problémy, které se pro jedince zdají být smysluplné, chápe je jako výzvy a cítí, že má smysl do řešení úkolů investovat svou energii. Činnost mu dělá radost a on má pocit, že se může tvořivě podílet na chodu věcí. Domnívá se, že práce, kterou dělá, je druhými lidmi kladně přijímaná - dostává se mu přiměřeného sociálního uznání. Protikladem je pocit nesmyslnosti, který je charakterizován odcizením, kdy se jedinec citově neangažuje ve věci, kterou dělá. Zeslabují se sociální vztahy - styk s lidmi se stává obtížným. Práci vykonává bez nadšení a jen mechanicky.

2. Srozumitelnost /kladný pól/ v protikladu k nesrozumitelnosti /záporný pól/ Jedinec vidí dobře detaily a celkový obraz světa a rozumí své pozici v něm. Věřící tomu, že vše má svůj řád, na který se může spolehnout. Druhé lidi vnímá jako přátelské a solidární. Opačnou polaritou je vnímání světa jako mozaiky různých částí, jako nesourodý chaos. Jedinec se špatně orientuje a nevyzná se v situaci. Celkový obraz světa je pro něj nepřehledný.

3. Zvládnutelnost /kladný pól/ v protikladu k pocitu nezvládnutelnosti /záporný pól/ Jedinec věří tomu, že je schopen situaci ovládnout vlastním přičiněním. Místo kontroly nad situací je „uvnitř“ a on sám se může rozhodovat a určovat, jakým způsobem se bude v dané situaci chovat. Protikladem je jedinec, který má pocit, že na zvládnutí dané situace nemá dostatek schopností a sil, a že není schopen svým přičiněním cokoli změnit. (Křivohlavý, 1998, s. 82 - 86)

Maddi a Kobasová: Hardiness - tvrdost a nepoddajnost - Otázku vztahu mezi psychikou a fyzickým zdravím se snažila zodpovědět existencionální psychologie, jejímž nejaktivnějším průkopníkem byl Salvatore Maddi. Společně se Suzan Kobasovou soustavně studovali vztah mezi postojem k životu a zdravotním stavem. Zkoumané osoby dělily do dvou skupin podle výsledku vyšetření provedené jejich dotazníkem: „Hardiness“ - tvrdost a nepoddajnost tváří v tvář životním těžkostem. V dotazníku byly zjišťovány tři dimenze: angažovanost, zvládnutelnost a víra ve správnost vlastního zaměření života. Jakmile se někdo blíží v těchto třech rovinách ke kladnému pólu, hovoříme o tvrdé a nepoddajné osobnosti, která se snaží těžkosti překonat a zvládnout situaci. Opačným typem je tzv. poddajná osobnost, která se cítí být vůči těžkostem bezbranná a ani se

nesnaží danou situaci řešit. Výsledky šetření ukázaly, že existuje spojitost mezi osobnostní charakteristikou tvrdostí a nepoddajností a určitými charakteristikami života lidí. (Křivohlavý, 1998, s. 86 - 87)

Mohapl (1992, s. 57) uvádí, že Suzan Kobasová popisuje nezdolnost jako shluk několika pozitivních osobnostních dimenzí:

1. Oddaností sobě a svým zásadám (commitment).
2. Energický a rázný postoj k životu (vigorousness).
3. Potřeba životního smyslu, kdy jsou životní události chápány jako výzva (challenge).
4. Vnitřní místo kontroly.

Stejně jako Aaron Antonovský i Suzan Kobasová výše uvedené dimenze polarizuje na kladné póly a na opačné straně záporné póly. Lidé, kteří jsou blíže ke kladnému pólu, lépe zvládají životní překážky a jsou odolnější vůči stresu.

1.2.2. Možné příčiny vzniku syndromu vyhoření v pracovním prostředí

Vznik syndromu vyhoření v pracovním prostředí může mít možné příčiny vzniku, jednou z nich je přílišná emocionální zátěž. V profesích, kde je vysoké pracovní nasazení a je zapotřebí hodně empatie, a zároveň je člověk ve velkém psychickém vypětí, dochází k vyčerpání vnitřních rezerv daleko častěji. V případech vysokých nároků na kladné emocionální vztahy mezi lidmi, například lékařů nebo zdravotních sester k pacientům, kdy se od nich očekává profesionální a pozitivní přístup i v případech hrubého chování ze strany pacienta, dochází k ohrožení syndromem vyhoření. (Křivohlavý, 1998, s. 30)

Také přetížení a ztráta orientace mohou být možnými příčinami vzniku syndromu vyhoření. V dnešní době se prosazuje suverenita a síla. Očekává se, že se člověk bude potýkat s úkoly a problémy naprosto samostatně a sám je i správně vyřeší. V případě neúspěchu mu jsou vyčítány chyby, v případě úspěšného řešení nepřichází pochvala, protože se předpokládá, že člověk úkol vyřeší správně. Jestliže se člověk ocitá v takové situaci, kdy si velmi často neví rady a obává se s někým poradit, aby neukázal svoji nejistotu, pak dochází k přetížení. Je důležité, aby byla dostatečná zpětná vazba a aby byly dostatečně rozděleny úkoly a kompetence. Lidé, kteří jsou extrémně cílevědomí, se sami přetěžují svojí angažovaností. (Kallwass, 2007, s. 39 - 46)

Nepřiměřená míra svobody a kontroly je dalším rizikovým faktorem. Není vhodná přísná a velmi častá kontrola jedince, která by ho nenechala samostatně pracovat. Jakmile nemá jedinec téměř žádnou volnost při rozhodování, je to pro něj frustrující, ale zároveň příliš vysoká míra svobody může vzbudit u jedince dojem nezájmu nadřizovaných o

provedenou práci. Další příčinou vzniku syndromu vyhoření je přetěžování jedince nereálnými požadavky, kdy je vysoké očekávání na schopnosti a výkon, které převyšují možnosti jedince, nebo jsou dokonce iluzorní. Velmi důležitým faktorem vzniku syndromu vyhoření je nadměrná míra odpovědnosti. Příčinnou vzniku syndromu vyhoření může být pro motivovaného jedince situace, kdy mu není dlouhodobě umožněno prosazovat jím navržené inovátorské postupy nebo když není dostatečně podporováno jeho sebezdokonalování a odborný rozvoj. (Křivohlavý, 1998, s. 30 - 32)

Jednou z možných příčin vzniku syndromu vyhoření v pracovním prostředí je mobbing na pracovišti. Časem se objevují příznaky - sociální izolace, úbytek energie a psychosomatické potíže. Přichází poruchy koncentrace a ztráta sebejistoty. Oběť je systematicky vyřazována z kolektivu a dostává se do stále většího psychického stresu. Následkem toho chybje a bývá „oprávněně“ kritizována. V nejhorších případech se postižený vzdává, a buď dává výpověď sám, nebo se nechává přeložit do jiného oddělení. Jsou případy, kdy oběť může skončit ve stavu pracovní neschopnosti. (Kallwass, 2007, s. 16 - 21)

Další z příčin vzniku syndromu vyhoření se může stát strach ze ztráty pracovního místa. V dnešní společnosti je vše zaměřeno na výkon a rychlost. Starší lidé, kteří ztrácejí výkonnost, se mohou cítit na své pracovní pozici ohroženi. V případě, že jsou jejich stejně staří kolegové nahrazováni mladšími spolupracovníky, obávají se o svoje pracovní místo. Ztrácí sociální kontakty, v mladším kolektivu se necítí dobře, trápí je představa ztráty zaměstnání. (Kallwass, 2007, s. 47 - 55)

Další stresující podněty na pracovišti - velmi stresujícími podněty jsou kladené požadavky na jedince, které se jemu zdají zbytečné a nesmyslné. Ne všechny úkoly, které se zdají být smysluplné např. lidem ve vedení, jsou smysluplné lidem, kteří práci přímo vykonávají. (Křivohlavý, 1998, s. 30 - 32) Mezi další stresující podněty můžeme zmínit například konflikty rolí, potíže s komunikací nebo nejasný kariérní řád. Nezdravé pracovní prostředí, kde může organismus nadměru zatěžovat hluk, prach, teplota nebo nedostatečná bezpečnost práce, se řadí k také k příčinám, které napomáhají vzniku syndromu vyhoření. (Kebza, Šolcová, 2003, s. 6)

1.2.3. Možné příčiny vzniku syndromu vyhoření v rodině nebo v partnerském vztahu

Syndrom vyhoření může vzniknout i z osobních příčin na základě problémů v rodinném nebo partnerském životě, ale jeho následky se přenáší také do oblasti pracovního a společenského života. Syndrom vyhoření může postihnout každého, ale

nejvíce jsou postiženi lidé, kteří po dlouho dobu vyčerpávají svůj energetický potenciál. (Kallwass, 2007, s. 47 - 77) U jedince, který má negativní vztahy se svým okolím, tj. nedorozumění, rozpory a časté konflikty, dokonce gradující do častých urážek a slovního napadání, tam kde chybí důvěra a úcta k lidské důstojnosti, je velmi vysoká pravděpodobnost vzniku psychického vyhoření.

1.3. Syndrom vyhoření a stres lidí zaměstnaných ve zdravotnictví

Z přehledu profesí s rizikem syndromu vyhoření je patrné, že mezi nejvíce ohrožené skupiny lidí patří lidé zaměstnaní ve zdravotnictví. Na prvních místech se uvádí lékaři, na druhém zdravotní sestry a na třetím další zdravotnický personál. Lékaři a další zdravotnický personál přichází do styku s tabuizovanými oblastmi lidské existence (bio-psycho-sociální roviny) - tj. lidské tělo se všemi projevy jak ve zdraví, tak i nemoci, zkoumání různých tělních dutin, poznávání intimních záležitostí pacientů a jejich rodin. Zdravotník se každý den setkává s bolestí, vyčerpaností a v některých případech podrážděností pacientů a stává se, že nebývá za svoje úsilí „odměněn vděkem“. Z pohledu pacienta a jeho rodinných příslušníků bývá vnímán jako expert a jeho selhání, ať skutečné nebo domnělé, může být zakončeno soudním sporem. (Vosečková, Hrstka, 2010, s. 25 - 26)

1.3.1. Stres a vyhoření v lékařských profesích

Výkon profese ve zdravotnickém zařízení je mimořádně náročný. Intenzivní kontakt s lidským utrpením, které jde ovlivnit v málo případech, a časový stres řadí lékařské profese mezi nejohroženější.

Burnout syndrom je nemocí celého zdravotnictví. Vyhořelý lékař může navrhnout ekonomicky méně efektivní léčbu s vyšší spotřebou léků a výkonů a nemá tendenci se pacientovi věnovat s patřičnou pozorností a trpělivostí. Problematika syndromu vyhoření je v oblasti zdravotnictví natolik alarmující, že byl prezidentem Belgické lékařské společnosti realizován výzkum, jakým způsobem je monitorován stav vyhoření lékařů a jak je péče o něj organizovaná. Tohoto výzkumu se zúčastnila i Česká republika. (Ptáček, Raboch, 2013, s. 4 - 8)

PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D. a Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc. provedli a uveřejnili průzkum zaměřený na zmapování úrovně projevů burnout syndromu u českých lékařů. Dotazník byl odeslán téměř 30 000 aktivních členů ČLK, šetření se zúčastnilo 13

452 lékařů a po vyřazení nekompletních dotazníků zbylo 7 428 validních odpovědí ze základního vzorku, což znamená cca 20 % lékařů. Bylo dotazováno, jak lékaři hodnotí své pracovní podmínky, jaké nejčastější stresory identifikují ve své práci a jak by bylo možné stresové zatížení snížit. Z výzkumu vyplývá, že 92 % lékařů vnímá výkon lékařské profese jako zdroj dlouhodobého stresu, téměř polovina lékařů se cítí být nadměrně zatížena administrativou související s lékařskou profesí, 36 % všech lékařů uvádí jako důvod odchodu ze současného zaměstnání pracovní podmínky. Pouze cca 10 % lékařů pracujících ve zdravotnických zařízeních zřizovaných obcí hodnotí pracovní podmínky jako dobré. Při zjišťování faktických příznaků syndromu vyhoření, byl použitý standardizovaný dotazník „The Shirom-Melamed Burnout Measure“ a z něj vyplynulo, že 83 % dotazovaných lékařů se cítilo být syndromem vyhoření ohroženo. Dle výzkumu byl vytvořen profil nejhroženějšího lékaře - mladý, svobodný muž, který je v atestační přípravě v některém z chirurgických oborů a zaměstnán v zařízení zřízeném obcí. (Ptáček, Raboch, 2013, s. 4 - 8)

Tento výzkum patřil v evropském i světovém kontextu mezi nejrozsáhlejší. Z šetření také vyplynulo, že spokojeným s prací lékaře je každý pátý. Nejvíce spokojených lékařů bylo lékařů se soukromou praxí (30 % z nich) a nejméně spokojených bylo lékařů zaměstnaných ve zdravotnickém zařízení zřizovaném obcí. Spokojenost v práci je úzce spjata s pracovními podmínkami, s těmi byli nejméně spokojeni lékaři zaměstnaní ve zdravotnickém zařízení zřizovaných obcí, 36 % respondentů, což je každý třetí lékař, je nespokojených natolik, že uvažuje o odchodu ze zaměstnání. Samotní lékaři označují jako největší stresovou zátěž časový stres, zdravotnickou legislativu a nadměrné pracovní požadavky. Lékař vnímá, že svou práci nevykonává ve zcela vyhovujících podmínkách, je přetěžován a často vykonává i práci, která nesouvisí s jeho profesí, a necítí se být patřičně finančně ohodnocený. (Ptáček, Raboch, 2013, s. 4 - 8)

1.3.2. Stres a vyhoření zdravotních sester a ostatního zdravotnického personálu

Povolání zdravotních sester je velice psychicky i fyzicky náročné. Pomáhající profese jsou ohrožené, jelikož se ve většině případů snaží problémy druhých přebrat za své a co nejlépe splnit jejich potřeby. Navíc ne každý pacient je komunikativní a vstřícný a zdravotní sestra si musí také vytvořit vztah s pacientem nepřijemným a konfliktním. Zdravotní sestra bývá pro pacienty „hromosvodem“ a v nemálo případech musí zvládat situace při řešení nespokojenosti pacienta s léčebným postupem nebo ošetrovatelskou

péči. Také musí pracovat ve směnném provozu, což nabourává její přirozený biorytmus. Často se stává, že na odděleních je menší počet personálu, než by měl být, a na zdravotní sestry je kladeno příliš mnoho požadavků, které musí zvládnout splnit pod časovým tlakem. Každodenně se setkávají s bolestí, utrpením, bezmocností a v nemálo případech i se smrtí, a je proto dalším velmi důležitým faktorem také to, v jakém pracovním prostředí sestra pracuje, zda má v pracovním kolektivu psychickou oporu a může se spolehnout na ochranu a ocenění od nadřízených. (Venglářová, Myšáková, 2011, s. 25 - 29)

Průzkum na zjištění stresové zátěže sester a jejich ohrožení syndromem vyhoření byl prováděn v roce 2013 ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Porovnávala se data mezi standardním oddělením a oddělením JIP a ARO. Z výzkumu vyplynulo, že zátěžové faktory mezi jednotlivými odděleními jsou jen nepatrně rozdílné. Zdravotní sestry udaly jako nejvyšší zátěž práci se zmatenými pacienty, s pacienty s demencí a s agresivními pacienty. 40 % sester uvažovalo o změně zaměstnání kvůli agresivitě pacientů. Další vysokou zátěží je nedostatek personálu a narůstající administrativa, která zabírá skoro polovinu času z jejich pracovní doby. Sestry z JIP a z ARO udaly jako střední zátěž vztahy na pracovišti, směnný provoz a komunikaci s příbuznými. Sestry ze standardního oddělení uvedly jako střední zátěž komunikaci s příbuznými, vztahy na pracovišti a pacienta v bezvědomí. Zajímavým zjištěním bylo, že je pro sestry větší stresová zátěž komunikace s příbuznými než s pacientem. Další zajímavostí je to, že sestry uvedly jako střední zátěž směnný provoz, ale zároveň ze šetření vyplynulo, že více jak 80 % sester mají na noční směně potíže, např. nevolnost, bolest hlavy, podrážděnost, nechutenství, obtížné usínání po směně, problémy s kvalitou spánku, aj. Jako mírnou zátěž sestry ze zkoumaných oddělení uvedly komunikaci s pacientem a práce s technikou. Ze šetření vyplynulo, že polovina z dotazovaných je ohrožena syndromem vyhoření nebo se už u nich syndrom projevil. (Brzicová, 2013, s. 79 - 88)

Ostatní zdravotní personál bývá s problematikou syndromu vyhoření opomíjen. Odborníci mu nevěnují tolik pozornosti a můžeme se domnívat, že z toho důvodu, že jeho právní a morální odpovědnost není tak vysoká jako u lékařů a u zdravotních sester. Nicméně se dá předpokládat, že stresová zátěž bude u nich stejně vysoká a při nedostatku kvalifikovaného personálu se mohou dostávat do situací, na které nejsou odborně připraveni. (Vosečková, Hrstka, 2010, s. 28)

1.4. Příznaky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je provázen řadou příznaků, které můžeme rozdělit na subjektivní a objektivní. Mezi subjektivní příznaky zařazujeme například to, že je jedinec velmi unavený, má snížené sebevědomí a sebehodnocení, má problémy s koncentrací, je velmi podrážděný a negativní. Má pocit profesionálního selhání a žije v neustálém napětí a vše, i menší námaha, ho velmi zatěžuje. Ztrácí iluze o smyslu svého konání. Do objektivních příznaků zařazujeme dlouhodobě trvající sníženou celkovou výkonnost, která je viditelná a dobře zjištělná okolím. (Křivohlavý, 2001, s. 113 - 115)

Dále můžeme dělit příznaky syndromu vyhoření podle úrovní, v nichž se projevují. Podle tohoto dělení rozdělujeme příznaky na psychické a fyzické úrovní a na příznaky na úrovni sociálních vztahů.

Příznaky na psychické úrovni - u jedince převládá pocit, že jeho dlouhodobá snaha není patřičně ohodnocená. Cítí se duševně vyčerpán, zejména emocionálně, dále cítí vyčerpanost v kognitivní oblasti, jeho motivace je velmi nízká někdy až nulová. Jeho aktivita je utlumená, ztrácí svoji přirozenost a bezprostřednost, svoji iniciativnost a kreativitu. Z pocitů převažuje smutek, beznaděj, bezvýchodnost situace a zbytečnost jeho konání. Při práci s lidmi se vůči nim chová negativně, cynicky, až nepřátelsky. Jeho zájem o profesi klesá a má negativní postoj vůči instituci, ve které je zaměstnán. Jeho pracovní činnost je postupně redukována na rutinní postupy. (Kebza, Šolcová, 2013, s. 27 - 28)

Příznaky na fyzické úrovni - jedinec se cítí celkově unavený, je apatický a ochablý, rychle se unaví. Projevují se u něj vegetativní obtíže např. bolest u srdce, zažívací obtíže, obtíže s dechem a dýchací poruchy. Trpí bolestmi hlavy, často z neznámých příčin, poruchami krevního tlaku a poruchami spánku. Je v dlouhotrvající celkové tenzi a má bolesti ve svalech. Je zde zvýšené riziko vzniku závislosti na návykových látkách. (Kebza, Šolcová, 2013, s. 27 - 28)

Příznaky na úrovni sociálních vztahů - u jedince se objevuje celkový útlum sociability, přestává ho zajímat hodnocení ze strany okolí. Redukuje kontakty s klienty i spolupracovníky. Ke své profesi cítí nechut' a nezajímá se o nic, co s ní souvisí. Projevuje se u něj nízká míra empatie a postupně u něj narůstají konflikty spíše v důsledku jeho nezájmu a lhostejnosti. (Kebza, Šolcová, 2013, s. 27 - 28)

1.5. Stadia vývoje syndromu vyhoření

Příznaky počáteční fáze syndromu „vyhoření“ jsou varovnými signály. Člověk je stále více vyčerpaný, není schopen opravdového odpočinku, je náladový a lehčeji podléhá infekcím. V této fázi lze zanalyzovat svůj přístup k řešení problémů, přehodnotit svoje postoje, zpomalit a začít rozvíjet cesty k fyzickému, psychickému a duševnímu odpočinku. Jestliže dojde k opomíjení a přehlížení počátečních varovných signálů, dostává se do dalších fází, kdy dochází ke ztrátě zájmu o okolí, zploštění na duchovní, emocionální a sociální úrovni, depresím, psychosomatickým příznakům, přechází v zoufalství, beznaděži a nakonec v myšlenky na sebevraždu. Následně je nutné vyhledat profesionální léčbu, někdy i podpurnou léčbu psychofarmaky. (Kallwass, 2007, s. 10 - 11) V literatuře lze nalézt několik různých přístupů a počtů fází vzniku a průběhu syndromu vyhoření. Zde si uvedeme čtyři různé modely členění.

Jeden z přístupů ke stanovení fází vyhoření, který popisuje Schmidbauer (2008, s. 218 - 220), je koncepce tří základních fází, jež vytvořili J. Edelwich a C. Cherniss:

1. Počáteční fáze - v této fázi má jedinec tendenci varovné signály potlačit. Jedním z prvních signálů je nadměrná angažovanost, nadšení a zaujetí, kdy se jedinec nadměrně přetěžuje, pracuje v podstatě neustále. Popírá vlastní potřeby, veškerou svoji energii soustředí na pracovní činnost a nemyslí odpočinek a zotavení. Připadá si nepostradatelný a nenahraditelný a své nasazení bere jako příkladné pro ostatní. V interakci se spolupracovníky to může vést k neoblíbenosti v pracovním kolektivu.

2. Propuknutí syndromu - déle trvající přetěžování pracovními povinnostmi začíná jedince zmáhat. Cítí se využívaný ostatními a špatně ohodnocený. Jedinec začíná mít pocit, že něco není v pořádku, reaguje zmateně. Prvními varovnými signály jsou chronická únava a nechut' k práci. Neovládání různých nezdarů a zátěží vede k frustraci a následně k agresi, kterou jedinec zaměřuje proti sobě, nebo proti spolupracovníkům. Agresivita mířená proti sobě vede k pocitům viny a ke snížení sebevědomí. Jedinec ztrácí důvěru ve vlastní schopnosti a ztrácí motivaci. V osobním životě se začíná vyhýbat sociálním kontaktům a není schopen si uspořádat a uspokojivě naplnit svůj volný čas.

3. Fáze slábnutí výkonnosti - třetí fáze syndromu vyhoření je slábnoucí výkonnost. Jedinec se velmi těžce koncentruje, následkem toho se dopouští stále více chyb, často z opomenutí. Snižuje se jeho pracovní angažovanost a schopnost plnit dobře své pracovní povinnosti. V této fázi dochází k somatickým potížím, jedinec je často nemocný, přidávají se chronické bolesti v zádech, žaludeční potíže a nespavost. V případě lidí pracujících

v nemocnici, kteří mají snadný přístup k medikamentům, může hrozit vznik závislosti na povzbuzujících látkách. V osobním životě jedince dochází k přetrhání sociálních kontaktů a velmi často dochází k rozpadu partnerského nebo manželského vztahu. Jedinec je osamělý.

Vosečková a Hrstka (2010, s. 34) uvádějí jeden ze základních přístupů k členění fází průběhu syndromu, kterým je jednoduchý čtyřfázový model procesu burnout syndromu Christiny Maslach:

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

Jeklová a Retmayerová (2006, s. 19) se zmiňují o členění etap vyhoření podle Alfierda Laengla:

1. Fáze nadšení - člověk má konkrétní cíl, pro který se nadchnul. Jeho konání je pro něj smysluplné.
2. Fáze vedlejšího zájmu - motivace už není pro člověka samotný cíl, ale prostředky, které za práci získává. Nadále v profesní dráze pokračuje, ale jeho zájem a nadšení se vytrácí.
3. Fáze popela - v této fázi člověk ztrácí úctu sám k sobě, a také k ostatním a přestává je respektovat. Ztrácí smysl života.

Jednotlivé etapy vyhoření podle Herberta J. Freudenbergera - Honzák popisuje podrobnější vývojový cyklus syndromu vyhoření, jenž začali formovat Herbert J. Freudenberg a Gail North od osmdesátých let minulého století. Ten zahrnuje dvanáct kritických fází:

1. Nutkavá snaha o sebeprosazení - v tomto počátečním stádiu má jedinec nepřiměřené ambice se prosadit v pracovní oblasti a má pocit, že sebenáročnější úkoly musí zvládnout sám. Má až nutkavý pocit, že musí obstát za každou cenu.
2. Člověk začíná pracovat více a tvrději - následuje období, kdy se jedinec snaží zvládnout vysoko nastavenou laťku. Pracuje s vysokým pracovním nasazením a své náročné úkoly časem i zvyšuje, proto dosáhl nastavených cílů. Snaží se stále dělat vše sám bez pomoci ostatních, má pocit nenahraditelnosti.
3. Přehlížení potřeb druhých - jedinec se plně soustředí na svoji práci a veškerou svoji energii využívá ke splnění stanovených cílů. Životní potřeby jako je jídlo a spánek

se stávají vedlejšími, protože ho zdržují od činnosti potřebné k práci. Nemá zájem rozvíjet a podílet se na společných aktivitách se svými nejbližšími.

4. Přesunutí konfliktu - tomto okamžiku si jedinec uvědomuje, že není něco v pořádku, cítí se podrážděně a vyčerpaně a objevují se první příznaky stresu. Negativní pocity potlačuje, aby nevyvolával zbytečné konflikty. Není schopen rozpoznat zdroje svých problémů.

5. Revize a posunutí hodnot - v žebříčku hodnocení jsou na nejvyšší příčce hodnota výkonnosti a schopnosti vydržet. Jedinec se plně soustředí na svoji práci. Jsou potlačeny hodnoty sociálního kontaktu a emocionální komunikace s jeho okolím i se sebou samým.

6. Popírání vznikajících problémů - v tomto stádiu se stává jedinec netolerantním. Ujišťuje se o tom, že je vše tak, jak má být, vůči ostatním začíná být sarkastický až agresivní. Sociální kontakty ho stojí mnoho sil, snaží se jim úplně vyhýbat. Projevuje se snaha o popření vnitřního pnutí, hledání cílů k obvinění z narůstajících problémů.

7. Stažení - jedinec se uzavírá sám do sebe, vytváří si odstup od okolí. To přechází v úplnou izolaci. Může začít používat podpurné prostředky nebo drogy, aby povzbudil organismus k vyšším výkonům. V této fázi se mohou objevit pocity beznaděje a ztráta motivace.

8. Zcela patrné změny chování - jedinec trpí sklíčenými pocity a je velmi unavený, přiřazují se různé psychosomatické obtíže. Jeho chování je změněné a změny jsou zcela patrné pro jeho okolí.

9. Depersonalizace - jedinec není schopen adekvátně vnímat sebe ani jiné. Ztrácí vztah k sobě i k druhým. Odstup s okolím se zvětšuje, jeho život se mění v sérii mechanických funkcí.

10. Vnitřní prázdnota - v tomto stádiu se jedinec cítí vnitřně prázdny, má pocit jako by ztratil veškeré city a emoce, jeho život se mu zdá nesmyslný. Tuto prázdnotu se snaží přebít neadekvátními aktivitami.

11. Deprese - jedinec se cítí vyčerpaný, jeho život postrádá smysl, má pocit, že mu budoucnost nic nenabízí.

12. Naprosté vyčerpání - konečné stádium, kdy jedinec padá do psychického i tělesného kolapsu, tělo vypovídá službu. V této fázi se mohou objevit i sebevražedné tendence. (Honzák, 2013, s. 28 - 32)

Výše uvedené etapy vyhoření podle Herberta J. Freudenbergera se nemusí objevit všechny a ani nemusí přijít postupně za sebou, tak jak jsou zde popsány. U každého jedince je průběh onemocnění individuální záležitost. Někdo může některé fáze vynechat, jiný jedinec může déle ustrnout v jedné z počátečních fází a rovnou přejít do fáze naprostého vyčerpání.

Z výše uvedených modelů stadií vývoje syndromu vyhoření je patrné, že k tomu, aby se jedinec dostal do stavu naprostého vyčerpání, únavy a apatie, vede cesta plná přetěžování vlastních sil a neochota, či neschopnost najít si čas k odpočinku. V počátečních fázích si jedinec neuvědomuje, že by mohl být ohrožený syndromem vyhoření a také nemá pocit, že by měl svoje životní tempo zmírnit. Spouštěcí mechanismy syndromu vyhoření jsou u každého jiné. Vliv stresu a emocionálně náročných situací působí na každého individuálně a záleží také na tom, v jaké psychické kondici jedinec je a jakým způsobem se umí se zátěžovými faktory vypořádat.

1.6. Prevence syndromu vyhoření

Každý jedinec je do určité míry odpovědný za to, jestli „vyhoří“ či nikoliv. Záleží na tom, jak přistupuje ke zvládnutí stresových a zátěžových situací, jakým způsobem reaguje v krizových situacích. Někdo zvládá čelit těžkostem snáze než ostatní, jiný jedná více úzkostně, někdo impulzivně, atd. Ale existují tak těžké situace, že se při nich syndrom vyhoření může objevit u kohokoliv. Proto je důležité věnovat se prevenci a vybrat si strategii zvládnání či předcházení vyhoření. (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 28 - 29) Je nutné, aby si každý uvědomil, že se mu „investice“ do odpočinku v budoucnosti vyplatí, neboť bude schopný svoji pracovní produktivitu držet na podobné úrovni po delší časové období. Chvilkové načerpání pozitivních podnětů, pomáhá snížit stresovou zátěž a je žádoucí, aby je každý aktivně vyhledával, co nejčastěji.

1.6.1. Interní a externí postupy při prevenci vyhoření

„Jedním z hlavních faktorů, který pomáhá předcházet stavu vyhoření, je žít smysluplným životem. Vyžaduje to v první řadě mít v životě pořádek v žebříčku hodnot, vědět, co je nejdůležitější, co méně, až po to, co je nedůležité a je možné to s klidným svědomím oželeť. Nejde jen o to mít v životě „nějaký“ cíl, ale mít cíl zcela konkrétně nadějný, hodnotný a reálný (dosažitelný).“ (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 28)

Na problematiku prevence syndromu vyhoření jsou zaměřené práce, které lze rozdělit do dvou skupin. Do první skupiny patří tzv. interní postupy, které jsou zaměřené na jedince, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření. Mezi interní postupy zařazujeme kognitivní přístupy. Ukazuje se, že syndromem vyhoření je více ohrožen jedinec, který je zaměřen na jeden velice úzký definovaný cíl (přesněji terč - „target“). Tím cílem může být cokoli, např. úkol, hodnota, idea nebo osoba atd. Ukazuje se, že lidé, kteří neberou úspěch jako nejvyšší cíl svého života, ale přijímají jej jako vedlejší produkt své činnosti, jsou poměrně odolnější proti vzniku syndromu vyhoření. (Křivohlavý, 2001, s. 117 - 118)

Jedním z nejdůležitějších faktorů při vzniku a při zvládnání syndromu vyhoření je smysluplnost žití. Je centrálním faktorem při zvládnání životních těžkostí (coping). Ukazuje se, že uspokojení nebo neuspokojení této základní existencionální potřeby má zásadní podíl na celkové životní spokojenosti. Osobnostní charakteristiky každého jednotlivce určují, jak se bude vyrovnávat s problémy a obtížemi. Jestli je bude brát jako výzvy, které je nutné zdolat, či jako nepřekonatelné překážky. Záleží na typu člověka, na jeho míře resilience, hardiness, zaujetí pro určitou věc („flow“) atd. (Křivohlavý, 1998, s. 69 - 89)

Druhou skupinou jsou externí vlivy. Mezi nejdůležitější externí vlivy patří sociální opora. (Křivohlavý, 2001, s. 117 - 118). Každý člověk patří do sociální skupiny a během svého života si vytváří sociální síť. Součástí sociálních sítí bývá nejenom rodina a přátelé, ale i lidé, s nimiž pracujeme, trávíme volný čas a s nimiž žijeme v sousedství. Kvalitní sociální síť pomáhá při prevenci vyhoření. Čím lepší vztahy má jedinec k druhým lidem a více si váží sociální opory, tím méně se u něj objevují příznaky syndromu vyhoření. Dalším velmi důležitým externím vlivem jsou dobré vztahy mezi lidmi, jak doma, tak i na pracovišti. Největší podíl na pracovní spokojenosti nebo nespokojenosti mají právě dobré, nebo špatné vztahy na pracovišti. Dalším externím vlivem je hodnocení druhých lidí. Velmi nežádoucí je, když dochází k snižování respektu a úcty k druhým lidem (k tzv. devalvací). Naopak při projevoování úcty a vážnosti, tzv. evalvací, se jedinec cítí poctěn a obohacen, a proto by měla být všude tam, kde chceme protektivně působit na posilování sebedůvěry. Při prevenci stresu a syndromu vyhoření nesmíme opomenout pracovní podmínky, které jsou dalším důležitým faktorem. Do pracovních podmínek řadíme organizaci práce a úpravu pracovních podmínek. (Křivohlavý, 1998, s. 89 - 112)

1.6.2. Duševní hygiena

Psychohygiena, duševní hygiena, mentální hygiena, hygiena duše - různé názvy, jež znamenají v podstatě totéž, tj. zaměření na vytváření optimálních podmínek pro

duševní činnost, udržení duševního zdraví a posílení odolnosti proti negativním vnějším vlivům. Snaží se přinášet podněty ke znovunabytí duševní rovnováhy a posílit duševní život. (Křivohlavý, 2001, s. 143 - 144) Jedná se o systematický soubor schopností, dovedností a aktivit, které mohou snížit či odstranit rizika vyvolávající či podporují duševní problémy. (Šolcová, Kebza, Paclt, 2012, s. 59) Tato disciplína se zabývá v první řadě zcela zdravými lidmi a lidmi, u nichž se projevují stále vážnější příznaky narušení duševní rovnováhy, a také se snaží pomoci lidem nemocným. (Křivohlavý, 2001, s. 143 - 144) Znalost duševní hygieny a dodržování jejích zásad má na zdravého jedince příznivý vliv a napomáhá mu udržet si duševní zdraví.

Mnoho pozornosti bylo věnováno procesu adaptace - přizpůsobení. Jde o přizpůsobení neměnným a nezměnitelným podmínkám prostředí, v němž člověk žije, a také o přizpůsobování toho, co se v životním prostředí přizpůsobit dá. Jednou stránkou věci je sebeovládání, to jestli jedinec čelí zátěžovým situacím „na úrovni“, nebo v boji s životními překážkami selhává. Další stránkou věci je tzv. adaptování, tj. úprava prostředí. (Křivohlavý, 2001, s. 144 - 145)

Náš životní styl velkou měrou ovlivňuje výchova, ale také sebevýchova. Jedním z témat ke vztahu k duševnímu zdraví je sebepoznání. Abychom na sobě mohli pracovat, musíme lépe poznat sami sebe. Mezi metody sebepoznání patří například sebereflexe, její rozbor a úvahy pod jakými vlivy jednáme a její písemné zachycení, introspekce a sebepoznávání prostřednictvím sdělení druhých lidí. (Křivohlavý, 2001, s. 145 - 146)

Ukazuje se, že primární důraz v sebevýchově (i ve výchově) je třeba zaměřit na usměrnění aktivit, tj. na konativní činnost. Autoregulací konativní činnosti, tj. snažením se dosáhnout zvoleného cíle, děláme mnohé. Při hledání cílů a zaměření činnosti se velkou měrou podílejí kognitivní (myšlenkové) činnosti. Nejčastější otázkou, na kterou byla, je a bude hledána odpověď, je otázka na zjištění celoživotního cíle. (Křivohlavý, 2001, s. 145 - 149) Jedním z úkolů sebevýchovy je autoregulace vlastních myšlenek a představ. Ačkoliv některé naše chování probíhá zcela automaticky, většina našich činností je vědomá a uvědomovaná. Naše myšlenky a představy velmi ovlivňují směr našeho jednání. Působí jak pozitivně, tak negativně. Jedinec si jimi může buď škodit, nebo naopak usměrněním svého myšlení může kladně ovlivňovat průběh svého života. (Míček, 1984, s. 145) Také naše emoce velmi souvisejí s dosahováním cílů, které jsme si předsevzali. V případě plnění cílů se objevují kladné city, v případě, že se naplňování cíle nedaří, objevují se záporné emoce - frustrace. Neuspokojení tužeb může vést k emoční maladaptaci (např. k nejistotě, pocitům nespokojenosti, úzkosti, strachu, pocitům méněcennosti, apod.) krátkodobého či dlouhodobého charakteru. Mezi nejzávažnější

druhy negativních forem maladaptace řadíme agresi a s ní spojenou zlost. (Křivohlavý, 2001, s. 150 - 152) Míček (1984, s. 149 - 150) se zmiňuje o způsobech zvládnání zvýšené emoční tenze. Jedním ze způsobů je aktivní zvládnání situací, které emoční tenzi vyvolávají. Čím lépe se člověk naučí kontrolovat a zvládat alespoň částečně situace, které mu negativní emoce způsobují, tím více je proti nim ozbrojen. Dále můžou pomoci kompenzační aktivity a odreagování se.

Duševní hygiena se zabývá předcházením výlevů negativních emocí. Jednou z cest je relaxace, při níž jedinec může uvolnit psychické napětí pomocí relaxačních technik. (Křivohlavý, 2001, s. 152) Relaxační cvičení napomáhá získat celkový duševní vnitřní klid. Relaxace může být spontánní (samovolná relaxace) a diferencovaná (záměrná) relaxace. Záměrnou relaxací může být například procházka. Jedná-li se o procházku v přírodě, často stačí pouhých 30 minut, aby se jedinec cítil osvěžený. Dalšími relaxačními technikami jsou např. různá dechová cvičení, svalová relaxace, kdy se střídá napínání a uvolňování určité skupiny svalů, ventilace emocí (vypovídáním se) nebo klasická relaxační cvičení. (Křivohlavý, 2010, s. 35) Relaxační techniky navozují svalové uvolnění, což současně vede k uvolnění psychickému. Cílem relaxace je snížení či odstranění napětí - tenze, kterou jedinec při stresu prožívá. Šolcová, Kebza a Paclt (2012, s. 67 - 68) zmiňují pět relaxačních technik podle Smithe, progresivní svalovou relaxaci, autogenní trénink, dýchání a strečink založený na józe, imaginaci a relaxační autosugesci a meditaci a všímavost.

1.6.3. Zvládnání stresu krok za krokem

Venglářová a Myšáková (2011, s. 33 - 38) představují možná preventivní opatření. Některá jsou z osobní roviny a za některá by měl převzít zaměstnavatel zodpovědnost nebo alespoň umožnit jejich realizaci. Prvním je tzv. adaptační praxe (dříve nástupní praxe). Každý zdravotník, který nastoupí po škole do zaměstnání, by měl být řádně připravený. Práce s nemocnými lidmi je náročná jak po stránce psychické, fyzické, tak i emocionální. Začínající zdravotní sestry pracují po určitou dobu pod dohledem zkušené spolupracovnice, která jim má poskytnout pomoc a oporu. Velmi důležité je o sebe pečovat a mít se rád, a to by mělo být skoro podmínkou pro lidi pracující v pomáhajících profesích. Když už síly nestačí, je potřeba umět si požádat o pomoc. Každý by měl znát hranice svých možností. Velmi důležitá je pro jedince tzv. sociální podpůrná síť, proto je nutné vytvářet si a udržovat kladné mezilidské vztahy. Mezi preventivní opatření patří správný přístup nadřízených, kteří umí ocenit práci a umožňují účast svých podřízených

na různých vzdělávacích i společenských akcích. Jedinec by měl pracovat na svém sebepoznávání a sebehodnocení, protože to mu pomáhá zvládat náročné situace. Velmi důležitým preventivním opatřením ze strany zaměstnavatele je supervize, která je zaměřená na rozvoj profesionálních dovedností, zlepšení pracovní atmosféry a organizace práce. Jedinec by neměl zapomínat na svůj osobní život, na své přátele a koníčky. Když si vytvoří bezpečné zázemí se silnými citovými pouty, může čerpat energii pro další práci z něj. Pěstování osobních zájmů, zálib a koníčků přináší potěšení a je zdrojem emočních zážitků a energie. Také by se nemělo zapomínat na pravidlo, že práce patří do práce, tzn. nepřenášet starosti z pracovního prostředí do svého domova. Mezi významná preventivní opatření patří dodržování zdravé životosprávy, pěstování sportu, či jakékoliv pohybové aktivity, mít dostatek spánku a pravidelný denní režim. Musíme myslet na to, že naše tělo je zdrojem naší životní energie, a proto je nutné se o ně dobře starat a poslouchat jeho potřeby.

Jeklová a Reitmayerová (2006, s. 30) uvádí, že každý jedinec se může aktivně podílet na snížení pravděpodobnosti onemocnění syndromu vyhoření. Stačí, když do svého každodenního života zařadí sedm praktických postupů na zvládání stresu:

1. Vytvořme si pořadí důležitosti - stanovení si pořadí důležitosti odbourává napětí v situacích, které pro nás nejsou prioritní.
2. Vyhne se stresu - snažit se předcházet záležitostem, které nás uvádí do nepříjemných pocitů, popřípadě se na ně připravit, aby jejich zvládnutí bylo pro nás co nejjednodušší.
3. Naučme se „vypnout“ - svůj volný čas trávit odpočinkově, nejlépe vhodnou procházkou v přírodě nebo se věnovat svým koníčkům.
4. Pohybujme se, cvičme - pravidelné pohybové aktivity snižují negativní účinky stresu.
5. Pěstujme své vztahy s druhými lidmi, navazujme nová přátelství - pro každého z nás jsou velmi důležité sociální kontakty. Nejenom, že má jedinec pocit sounáležitosti, podpory a porozumění, ale díky zpětné vazbě upravuje svoje nevhodné jednání a jednání.
6. Dbejme na správnou výživu - přiměřené množství kvalitní a zdravé stravy je velmi důležité pro zdraví našeho těla. Nadměrný příjem nevhodně zvolených potravin vede k nadváze. Nadváha snižuje sebevědomí a vede ke zdravotním potížím, proto je velmi důležité jí předcházet.
7. Naučme se relaxovat - pravidelné relaxační cvičení je vhodné pro snižování nepříjemných pocitů.

V dnešní době je slovo stres snad jedním z nejvíce používaných slov spojených s duševním zdravím. Jsme obklopeni radami, jak odbornými, tak laickými, jak stresu čelit. V životě každého z nás se objeví situace, které nás negativně emocionálně ovlivňují. Každý z nás má osobnostní dispozice nastavené k jejich zvládnání individuálně, proto je důležité zvolit si takové techniky a postupy zvládnání stresu, které pro nás budou nejvhodnější. Šolcová, Kebza a Paclt (2012, s. 67 - 68) dodávají, že rozhodující význam při řešení životních situací má náš aktivní přístup k životu a naše schopnost efektivně a usilovně bojovat vlastními silami s obtížemi, se kterými se ve svém životě setkáme.

2. Canisterapie a její uplatnění v praxi

2.1. Zooterapie

Léčebná terapie, která ke svému působení využívá pomoci zvířat, se nazývá zooterapie nebo také animoterapie. Pozitivní působení na psychické rozpoložení člověka při kontaktu se zvířetem je obecně známá věc. Již od pradávna lidé využívali pomoc zvířat při práci, při přepravě, nebo při ochraně zdraví, života a majetku. V některých kulturách jsou určité zvířecí druhy uctívány dodnes. Postupem času se začala zvířata využívat nejenom jako společníci v podobě domácích mazlíčků nebo při práci, ale začala se i specificky cvičit pro asistenční pomoc či pro terapeutické účely.

Soužití člověka se zvířetem pozitivně ovlivňuje lidské chování. Přítomnost zvířete (jakéhokoliv živočišného druhu) působí na emocionální stránku jedince a pomáhá zlepšovat jeho psychický a fyzický stav. Dává mu pocit jedinečnosti a důležitosti. Nutnost pravidelné péče o zvíře přirozeně upravuje životosprávu a denní režim jedince - ten má tendenci se začít víc starat i sám o sebe. Už jen pozorování zvířat pomáhá snižovat pocit vnitřního napětí. Tyto poznatky se promítly v zooterapii a byly v ní využity.

Při zooterapii může být využíváno různých zvířat. U nás je nejběžnější terapie se psem (canisterapie), s koněm (hiporehabilitace), s kočkou (felinoterapie) a dále terapie za pomoci hospodářských zvířat (farmingtherapie). Není neobvyklé praktikovat terapii za pomoci malých zvířat, například drobných savců. Pro terapeutické účely se dá také pracovat například s hmyzem (insektoterapie), akvarijními rybičkami, s plazy i s ptáky (ornitoterapie). Kromě domácích a hospodářských zvířat lze praktikovat terapii i se zvířaty chovanými v zajetí. Mezi nejznámější patří terapie s delfínem (delfinoterapie), terapie se slonem, či lamou (lamaterapie). (Anitera, 2009, online)

2.1.1. Mezinárodní organizace zabývající se zooterapií

Vlivem kladného působení při setkání člověka se zvířetem se zabývá několik mezinárodních organizací, např. Delta society, IAHAIO, Evropská asociace AAT-ESSAT, aj. Podporují výzkumnou činnost v této oblasti a výsledky výzkumů prezentují širší veřejnosti. Snahou je prosadit možnost využití zvířat v praxi s podmínkou respektování jejich životních potřeb.

Delta society je nezisková organizace zaměřená na terapii pomocí zvířat. Byla založena v roce 1970 v USA. V tomto oboru má nejdelší zkušenosti a je největší organizací v oblasti vztahu člověk-zvíře. (Tichá, 2007, s. 44) Jejím cílem je propagace pozitivních výsledků působení zvířat na lidské zdraví a pomoc při prosazování zapojení zvířat v léčebných a rehabilitačních programech. Financuje výzkum při sestavování metodologie a praktických standardů zooterapie. (Klech, 2014, s. 451 - 452)

Mezinárodní organizace IAHAIO (International Association of Human-Animal Interaction Organizations) pořádá od roku 1992 každé tři roky pravidelné mezinárodní konference. Na konferencích jsou předkládány výsledky vědeckých a lékařských výzkumů a důkazy o pozitivním působení zvířete na lidskou psychiku. Posláním této organizace je poskytovat informace z výzkumné činnosti v oblasti interakce člověk - zvíře (HAI) širší veřejnosti. Další konference je plánovaná na dny 11 - 13. 7. 2016 v Paříži. (IAHAIO, online) Na valném shromáždění IAHAIO v Tokiu dne 5. 10. 2007 členové v deklaraci jednoznačně schválili rezoluci: „Mít prospěch z přítomnosti zvířat je univerzální, přirozené a základní lidské právo.“, a vyzvali mezinárodní organizace a národní a místní vlády k úpravě legislativy a následně úpravy podmínek pro umožnění naplnění vrozené potřeby člověka žít v souladu s přírodou. V deklaraci je zmíněno např. prosazení předpisů na bydlení umožňující soužití člověka se společenským zvířetem, v souladu s respektováním zájmů lidí, kteří o kontakt s těmito zvířaty nestojí. Deklarace mimo jiné také vyzývá k umožnění soužití společenských zvířat v domovech a pečovatelských zařízeních a hned v druhém bodu obsahuje výzvu k podpoře přístupu speciálně vycvičených, zdravých a čistých zvířat do zdravotnických zařízení. (Galajdová, 2011, s. 163)

Evropská asociace AAT - ESAAT (European Society for Animal Assisted Therapy) vznikla na podzim v roce 2004 v Rakousku. Jejím cílem je zastřešit jednotlivé evropské národní organizace a popřípadě spolky zabývající se zooterapií a vytvořit a garantovat společné standardy v zooterapii, především v oblasti přípravy, atestací a udělování certifikátů terapeutickým týmům. (Tichá, 2007, s. 44)

2.2. Canisterapie

Informace o canisterapii jsou u nás zatím velmi sporadické. V České republice bylo vydáno s touto tematikou pouze několik odborných knih. Nejnovější kniha, zabývající se přímo tímto oborem, s názvem: „Canisterapie, Pes lékařem lidské duše“,

byla vydána v roce 2011. Aktuální informace lze nalézt na webových stránkách či zpravodajích různých organizací, dále je možné čerpat ze zahraničních zdrojů.

Termín canisterapie je složením dvou slov: „canis“ = latinsky pes a „terapie“ = léčba - slovo řeckého původu. Termín canisterapie použila poprvé Jiřina Lacinová v roce 1993, která byla zároveň průkopnicí v tomto oboru u nás. (Klech, 2014, s. 475 - 476) Canisterapie je označení způsobu terapie, který využívá pozitivního působení psa na fyzickou, psychickou a sociální stránku člověka. Terapie je praktikována prostřednictvím speciálně vedeného a cvičeného psa či feny. Při canisterapii je primárním cílem působit v rovině psychologické, citové a sociálně-integrační. (Siebenburgerová, 2009, s. 7 - 8)

2.2.1. Historie canisterapie

Pes provázel člověka již v dávné historii, jeho soužití v lidském společenství je datováno asi v letech 15 000 př. n. l.. Předpokládá se, že v prvopočátku se jednalo o ochočeného vlka, který se v průběhu staletí a tisíciletí postupně vyvinul a proměnil se křížením a šlechtěním do dnešní podoby psa. Během 19. a 20. století se selekcí postupně vytvářela různá plemena s požadovaným vzhledem a vlastnostmi. (Nerandžič, 2006, s. 30 - 32)

První zmínky o využití psů v léčebných zařízeních ve Franské říši jsou z 8. století. (Nerandžič, 2006, s. 30 - 32) Některé kultury psa uctívaly a stal se pro ně posvátným symbolem (např. u jihoamerických Inků, ve starověké Persii, v Indii, Egyptě, Řecku a Římě). Léčivé účinky slin psa byly známy a psi se používali při léčbě vylizování ran. Tělesnou teplotu 40 °C psa „mexického naháče Xoloitzcuintle“ využívali Aztékové k léčbě revmaticky oslabených a nemocných částí těl tím, že přikládali psa na nemocná místa pacienta. Mniši v klášteře sv. Bernarda v Alpách chovali svatobernardské psy, kteří pomáhali vyhledávat ztracené poutníky. (Klech, 2014, s. 476 - 477)

V roce 1942 bylo v USA zdokumentováno léčebné použití psů při rehabilitaci válečných veteránů. (Nerandžič, 2006, s. 30 - 31) V r. 1982 newyorský psycholog Boris M. Levinson stanovil na základě více jak dvacetiletých praktických zkušeností, které získal se svým psem Jinglesem během praktikovaných terapií s dětmi s poruchami komunikace, zásady a metodiku nové vědní disciplíny - „pet-facilitated therapy“ - zvířaty podporované terapie. (Klech, 2014, s. 451 - 452) Podrobněji se vlivem psů na člověka zabýval Aaron Katcher. Zjistil, že přítomnost psa při rozhovorech s dětmi snižuje krevní tlak a zpomaluje tepovou frekvenci. Stejně somatické projevy zaznamenal u lidí hladících

psy. Změny krevního tlaku zaznamenal i u lidí, kteří se svými domácími mazlíčky promlouvali. Z výsledků studií vyvodil, že pocit bezpečí a důvěrného přátelství člověk - pes, pochází z doby, kdy byl odpočívající pes pro člověka signálem, že mu nehrozí žádné nebezpečí. (Woloy, 2005, s. 27 - 30)

Na počátku canisterapie u nás stojí PhDr. Jiřina Lacinová a brněnské sdružení FILIA. Canisterapie se začala praktikovat v devadesátých letech minulého století velmi zřídka, např. v Ústavu sociální péče Kociánka v Brně, nebo při léčbě psychiatrických pacientů v Psychiatrické léčebně v Bohnicích. V květnu 1995 byla založena Asociace zastánců odpovědného vztahu k malým zvířatům (AOVZ), jejímž cílem byla propagace pozitivního vlivu soužití člověka se zvířaty. V roce 1997 vznikla dnes již neexistující Canisterapeutická společnost. Ta na základě zahraničních zkušeností vytvořila normativy a metodiky a zavedla první systém udělování terapeutických atestů pro psy. Rozvoj canisterapie podpořila mezinárodní konference IAHAIO konaná v r. 1998 v Praze. Od roku 2001 vznikaly samostatné regionální organizace, které ale nebyly propojené a spolupracovaly jen minimálně. Ke sjednocení základních pravidel a podmínek praktikování canisterapie došlo na Mezinárodním semináři o zooterapiích, který pořádalo sdružení FILIA v Brně v létě 2003. Účastníci semináře se shodli na nutnosti založení zaštiťující organizace - Canisterapeutické asociace (CTA), která na konci roku 2005 získala vyjádření Ministerstva zdravotnictví ČR, ve kterém je canisterapie uznána jako forma podpůrné rehabilitace. (Klech, 2014, s. 477 - 478) Pro rozvoj zooterapie a canisterapie byl velmi důležitý rok 2004, kdy hygienická a veterinární služba v Praze povolila vstup všech terapeutických zvířat a psů do zdravotnických zařízení. (Nerandžič, 2006, s. 30 - 31)

Pro využití canisterapie v nemocnici byl přelomový rok 2009, kdy vyšel Věstník Ministerstva zdravotnictví, ve kterém byla ustanovena metodická doporučení pro zavedení dobrovolnického programu v nemocnicích. Ve Věstníku je canisterapii věnovaná kapitola s názvem: „Canisterapie jako dobrovolnická činnost v nemocnici“, která nastavuje základní standardy pro tuto podpůrnou terapeutickou metodu prováděnou dobrovolníky. Je zde uvedena definice canisterapie, typy canisterapie a formy jejího provádění v nemocnici, dále předpoklady bezpečného zajištění canisterapie v nemocnici (tj. veterinární a hygienické předpisy a bezpečná práce psovoda s canisterapeutickým psem) a podmínky funkčního a bezpečného provádění canisterapie v nemocnici (tj.

pravidla při spolupráci s personálem, nároky na prostor a vybavení a zajištění podmínek pro canisterapeutické psy. (MZ ČR, 2009, s. 112 - 115).

2.2.2. Metody canisterapie

Metod použití zvířat v profesionálních zařízeních je několik. Nerandžič zmiňuje nastavené standardy organizací Delta Society z roku 1990, které jsou považovány za nezbytné pro správné vykonávání zooterapie. (Nerandžič, 2006, s. 24 - 25) Důležité je respektovat přání a práva těch, kteří si kontakt se zvířetem nepřejí a ke kontaktu nesmí být v žádném případě nuceni. Klient nebo návštěvník by neměl v žádném případě zůstat se zvířetem o samotě. Z programu musí být vyloučení klienti s kontraindikacemi (silné alergie, fobie, nepředvídatelné chování apod.). Canisterapii můžou provádět pouze kvalifikované canisterapeutické týmy. (Galajdová, 2011, s. 95 - 96) Canisterapeutický tým tvoří terapeut, psovod a pes, v některých případech je terapeut zároveň psovodem. (Svobodová, 2009, s. 29 - 30) Je velmi důležité respektovat a zajistit práva zvířete a dbát na jeho welfare. (Galajdová, 2011, s. 95 - 96).

První metodou jsou aktivity za asistence zvířat (AAA - Animal Assisted Activities). Jsou to pracovní programy, které jsou praktikovány lidmi z řad vzdělaných laiků a odborníků, kteří pracují se zvířaty. (Nerandžič, 2006, s. 25) Jsou převážně zaměřené na rozvoj sociálních dovedností a zlepšování kvality života klienta v různých zařízeních zdravotní a sociální péče. Aktivity můžou být praktikovány ve dvou základních formách. Jednou z forem jsou pasivní aktivity za pomoci zvířat, při kterých klienti zvířata pouze pozorují, např. akvária s rybičkami. Druhou formou jsou aktivní aktivity za pomoci zvířat. Aktivní aktivity za pomoci zvířat jsou náročnější, neboť dochází fyzické aktivitě klientů, kteří se péčí o zvířata zdokonalují v praktických dovednostech. Je převážně určena pro klienty žijící v různých zařízeních, např. v domovech důchodců apod. (Klech, 2014, s. 478 - 479) Programy AAA pomáhají zlepšovat kvalitu klientova života, ale individuální léčebný cíl sledován není. Jsou zaměřené na zvýšení osobního komfortu klientů, na pozitivní povzbuzení a zaměření na vnější svět. Vytrhují klienta z jeho nečinnosti a uzavřenosti. Pes funguje jako katalyzátor, pomáhá uvolnit atmosféru a poskytuje možnost konverzace na neutrální téma. (Galajdová, 2011, s. 96 - 97)

Druhou metodou jsou terapie za pomoci zvířat (AAT - Animal Assisted Therapy). Jsou to terapeutické programy, které jsou cíleně zaměřené na kontakt člověka a zvířete

s cílem zlepšení psychického nebo fyzického stavu klienta či pacienta. Jsou praktikovány profesionály zdravotnického či sociálního zaměření. Každé sezení je zdokumentováno v osobním spisu klienta, pokroky jsou zapisovány a vývoj a výsledky jsou vyhodnocovány. AAT mohou být individuální či skupinové. (Klech, 2014, s. 478 - 479) AAT může být využito ke zlepšení fyzických schopností (např. zlepšení jemné motoriky, stání, chůze, apod.) a mentálních schopností (např. rozvoj komunikačních schopností, zlepšení schopnosti soustředění, zvýšení sebevědomí a sebeovládání, snížení pocitu osamocení apod.). (Galajdová, 2011, s. 96 - 97)

Třetí metodou je vzdělávání za pomoci zvířat (AAE - Animal Assisted Education). Tato metoda se týká edukace za účasti zvířete. Je cíleně zaměřená na zlepšení výchovy, vzdělávání a sociálních dovedností klientů. Pes zde hraje roli prostředníka při výuce a je silným motivačním faktorem. Nejčastěji se AAE využívá u žáků se specifickými poruchami čtení, chování nebo komunikace a vyžaduje přítomnost nebo přímou spolupráci pedagogického pracovníka. (Klech, 2014, s. 478 - 479)

Poslední metodou je krizová intervence za pomoci zvířat (AACR - Animal Assisted Crisis Response). Hlavním úkolem metody AACR je podpora klienta v krizové životní situaci, pomoci mu odbourat stres a zlepšit jeho fyzický a psychický stav. Nejčastějšími klienty jsou osoby a jejich rodinní příslušníci, kteří se stali obětí násilí, přírodních katastrof apod. (Klech, 2014, s. 478 - 479) Zooterapeut se stává součástí integrovaného záchranného systému a jeho hlavním cílem je pomoci stabilizovat danou krizovou situaci. (Freeman, 2007, s. 35 - 36)

2.2.3. Formy canisterapie

Výše uvedené metody canisterapie se provádí v různých formách. Jednou z forem je individuální canisterapie (polohování). Tato terapie je vhodná zejména pro klienty se zdravotním postižením. Je založená na přímém fyzickém kontaktu klienta a psa. Tělesná teplota psa je o stupeň vyšší, než je teplota člověka. Pes bývá polohován k různým částem těla klienta, zvolených podle individuální potřeby (např. dolní, horní končetiny, záda atd.). Pes přenáší svoji energii a teplo, dochází k prohřátí a prokrvení, a následně k uvolňování spasmů. Je vhodná zejména pro klienty se zdravotním postižením. Této terapii se účastní pouze jeden klient, proto je velmi časově náročná, při potřebě uspokojit více klientů. (Klech, 2014, s. 479 - 480)

Další formou je skupinová canisterapie, které se účastní skupina 6 - 8 klientů a jeden, popřípadě více canisterapeutických týmů. Výhodou této formy canisterapie je to,

že lze v jednom sezení praktikovat canisterapii s více účastníky. Nevýhodou je potlačení naplňování individuálních cílů vzhledem k časté různorodosti skupiny. (Klech, 2014, s. 479 - 480)

Návštěvní program je nejrozšířenější forma terapie, při které canisterapeutický tým dochází v pravidelných intervalech za klientem do zařízení či do domácnosti. Další možností je návštěva klienta v místě, kde terapeut canisterapii praktikuje nebo se společně setkávají v neutrálních prostorech. (Freeman, 2007, s. 36)

Mezi uvedené formy canisterapie zařazujeme také jednorázové canisterapeutické a kynologické aktivity. Můžou být zaměřené pro širokou veřejnost nebo uzpůsobené pro uzavřenou skupinu lidí. Setkáváme se s ní v podobě různých přednášek nebo ukázek práce canisterapeutického týmu. (Klech, 2014, s. 479 - 480)

Pobytový program je určený pro klienty na ozdravných táborech, pobytech na statcích, či ekofarmách. Jedná se o jednorázový nebo pravidelný pobyt klientů v zařízeních, ve kterých se provozují zooterapeutické služby, často s několika druhy zvířat. (Freeman, 2007, s. 36)

Program, ve kterém je pes pouze převzat jednotlivcem nebo umístěn do zařízení, které má zájem zooterapii provozovat, se nazývá rezidentní program. Jedná se o cílený pobyt psa v rodině nebo v zařízení, kdy pes bývá předáván od cvičitele nebo organizace pouze za specifických podmínek, kdy se zajištěn výcvik zodpovědných osob, které budou canisterapii provádět. (Freeman, 2007, s. 36)

2.2.4. Výběr vhodné rasy psa pro canisterapii

Canisterapie využívá různých druhů plemen, bez ohledu na původ - záleží na povaze psa a na jeho výchově. Výchova psa a správné vedení od štěněcího věku hraje v některých případech důležitější roli než rasa samotná. V případě volby čistokrevného psa je vysoká pravděpodobnost, že jeho vnější a vnitřní povahové vlastnosti budou odpovídat zakořeněným vlastnostem dané rasy.

Mezi nejoblíbenější plemena pro canisterapii patří např. zlatý retrívr nebo labradorský retrívr, z malých plemen např. bruselský grifonek. Nejméně vhodným plemenem je např. plemeno neapolský mastin nebo šarpej. (Svobodová, 2009, s. 29 - 30) V charakteristice povahy rasy zlatého retrívra je uvedené, že tento lovecký pes je vhodný do rodiny, je mírný a společenský. Je velmi inteligentní a rychle se učí. Psi tohoto plemena dobře vycházejí s ostatními psy a dětmi. Charakteristika povahy rasy

labradorského retrívra je velmi podobná. Také povaha bruselského grifonka se vyznačuje mírnou a učenlivou povahou. (Verhoef-Verhallen, 1997, s. 201 - 203)

Výběr psa, vhodného pro canisterapii by neměl být v řádném případě náhodný, ale cílený. Záleží k jakému účelu a pro jakého klienta je pes určen. Pro malé děti a klienty s mentálním postižením jsou psi malých plemen nevhodní, protože by jim mohlo být díky neobratnosti cílové skupiny ublíženo. Naopak pro lidi upoutané na lůžko, jsou menší plemena vhodnější. (Galajdová, 2011, s. 15 - 18) Psi určené pro canisterapii musí být bezpodmínečně klidní.

2.3. Fanny - canisterapeut na plný úvazek

V Nemocnici Na Bulovce zaštiťuje „Projekt canisterapie“ paní Mgr. Lenka Procházková, která pracuje jako klinický psycholog Interní kliniky NNB. Její nadšený nápad pro spuštění projektu byl podpořen nynější ředitelkou nemocnice MUDr. Andreou Vrbovskou, MBA, v té době zastávající místo náměstkyně pro léčebně - preventivní péči. Projekt je dlouhodobý a byl zahájen 27. 9. 2012 prvotně samotnou přípravou štěněte zlatého retrívra. Canisterapeutická činnost jako taková byla zahájena dne 9. 12. 2013, kdy obecně prospěšná společnost „Pomocné tlapy“ oficiálně předala nemocnici fenku do tzv. „držitelství“, tzn. že nemocnice má Fanny pouze zapůjčenou, majitelem fenky je obecně prospěšná společnost.

Prvním specifikem Projektu canisterapie v NNB je fakt, že Fanny je tzv. rezidenčním canisterapeutickým psem a stala se první čtyřnohou nemocniční canisterapeutkou v České republice, která je zaměstnaná „na plný úvazek“. Fanny v nemocnici pobývá v průběhu pracovní doby u svého psovoda, psycholožky Lenky Procházkové, nicméně to neznamená, že je v permanentním kontaktu s pacienty. Má své zázemí jak v pracovně psychologa, tak i na oddělení. Je nutné důsledně dbát na to, aby terapeutický pes nebyl přetěžován a na jeho welfare.

Dalším specifikem Projektu canisterapie v NNB je fakt, že canisterapie, v pojetí oddělení klinické psychologie spíše "psychoterapie za asistence terapeutického zvířete", je prováděna přímo specialistou zařízení, který má duální roli (je psovodem terapeutického zvířete a současně přímo indikuje specializovanou péči o pacienta). Projekt canisterapie umožňuje na oddělení klinické psychologie rozšířit možnosti psychologické a psychoterapeutické péče pro pacienty na lůžku i ambulantní pacienty o dimenzi kontaktu s terapeutickým zvířetem.

2.3.1. Příprava štěněte pro canisterapii u „Pomocných tlapek“ o.p.s.

Cesta od štěněte až do doby, kdy je asistenční pes certifikovaný a připravený k předání klientovi je proces trvající 18 - 22 měsíců. Společnost Pomocné tlapy o.p.s. pracuje se psy rasy golden retriever s průkazem původu. Společnost zakoupí štěně a to svěří do předvýchovy. Vychovatel štěněte musí společnost měsíčně informovat o průběhu výchovy a pravidelně se zúčastňovat setkání vychovatelů. Po dovršení pohlavní dospělosti štěněte se pes stěhuje zpět do společnosti Pomocné tlapy, kde jsou v prvním měsíci ověřovány vlohy a povaha psa, jsou prováděny veterinární testy. Pes určený pro canisterapii je kastrován. Jestliže je pes vhodný pro další výcvik, prochází speciálním dvouměsíčním výcvikem, který je zaměřen na rozvoj aportu a rozcvičení speciálních povelů. Po celou dobu je pes sledován a vytipuje se čekající klient, ke kterému by byl vhodný. Pomocné tlapy seznámí psa s klientem, a jestliže setkání dopadne dobře, další 3 - 4 měsíce se pes secvičuje se svým novým páníčkem již podle specifických požadavků a potřeb. Po té se absolvuje pes test dovednosti, veterinární předávací prohlídku a další secvičování v místě bydliště klienta, vše pod dohledem trenéra. (-Pt-, 2013, s. 12 -13)

Příprava Fanny ke canisterapeutické činnosti směřovala obdobným směrem. K tomu, aby se mohla stát rezidenčním canisterapeutickým psem, musela být pečlivě připravována od štěněcího věku. Obecně prospěšná společnost Pomocné tlapy předala vybrané dvouměsíční štěně zlatého retrívra Mgr. Lence Procházkové dne 27. 9. 2012. Smyslem přípravy bylo, aby si Fanyňka, budoucí terapeutický pes NNB, postupně zvykal na pro psa poměrně svébytné místo, jakým je nemocnice a aby dokonale zvládl základní poslušnost. Fanny, byla od počátku v péči u Mgr. Lenky Procházkové, také proto, že pro provozování canisterapeutické činnosti s pacienty je předpokladem dokonalá souhra v canisterapeutickém týmu psovod-pes.

Dne 5. 8. 2013, pár dní po svých prvních narozeninách se Fanny musela vrátit zpět do Plzně. Společnost Pomocné tlapy o.p.s. si ji z nemocnice stáhla zpět k sobě na převýchovu. Vzhledem k tomu, že byla Fanny vybrána pro canisterapeutickou činnost, byla vykastrována. Prošla speciálním výcvikem pro asistenční psy, byla jí prověřována povaha a musela absolvovat různé veterinární testy. S paní Procházkovou vyrůstala odmalinka, proto mohla být doba nutná pro secvičování psa s budoucím majitelem kratší než je obvyklé. Své dovednosti a vyrovnanou povahu musela prokázat v závěrečných zkouškách. Titul „canisterapeutický pes“ získala dne 6. 12. 2013 a dne 9. 12. 2013 byla oficiálně předána Nemocnici Na Bulovce. Stala se tak historicky prvním čtyřnohým

canisterapeutickým zaměstnancem v České republice. Canisterapii jako takovou Fanyška začala praktikovat ve svých 18 měsících, kdy je zlatý retrívr již považován za dospělého a zralého psa a může zahájit kariéru pracovního psa.

Dle vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 182/1992, Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, dostávají výcvikové organizace pouze příspěvek na úhradu výdajů spojených s výcvikem a odevzdáním vodícího psa pro úplně nebo prakticky nevidomé občany. Asistenční psi, kteří jsou určeni pro klienty s jiným postižením, musí organizace financovat z vlastních či dárcovských zdrojů. Financuje-li předávací organizace výcvik ze sponzorských darů, bývá pes předán pouze do „držitelství“ a klient musí pravidelně podávat informace o společném soužití. Secvičení klienta se psem je u každé organizace jiné, nejkratší předávání trvá jeden den, nejdelší je po dobu dvou let. (Galetová, 2009, online)

3. Výzkumné šetření v Nemocnici Na Bulovce

3.1. Cíle práce a výzkumné otázky

V Nemocnici Na Bulovce probíhá canisterapeutický program, který je zaměřen na práci s pacienty. Výzkumné šetření bude prověřovat, jestli probíhající canisterapie ovlivňuje nejenom pacienty, ale také personál nemocnice. Budeme se zabývat možností, zda a jakým způsobem ovlivňuje přítomnost canisterapeutického psa na pracovišti psychickou stránku zdravotního personálu. Pro svůj výzkum jsem si stanovila tyto cíle a výzkumné otázky.

Cíl 1: Zjistit, jestli zdravotnický personál vnímá canisterapii jako účinnou terapii.

Výzkumná otázka č. 1: Vnímá zdravotnický personál canisterapii jako příspěvek ke zlepšení péče o pacienty?

Cíl 2: Canisterapeutický program v nemocnici je primárně zaměřen na práci s pacienty. Cílem je zjistit, jestli přítomnost canisterapeutického psa na oddělení má sekundární roli, tj. zda probíhající program má vliv na zdravotnický personál.

Výzkumná otázka č. 2: Má přítomnost canisterapeutického psa na oddělení pozitivní vliv také na personál?

Cíl 3: Ověřit, jestli zdravotnický personál vnímá probíhající canisterapeutický program na pracovišti jako jeden z prvků, který pomáhá zdravotnickému personálu zvládat profesní zátěž.

Výzkumná otázka č. 3: Domnívá se zdravotnický personál, že je canisterapie terapií, která dělá jejich pracovní činnost smysluplnější?

Výzkumná otázka č. 4: Přijímá zdravotnický personál přítomnost canisterapeutického psa na oddělení za faktor zlepšující psychologické klima na pracovišti?

Výzkumná otázka č. 5: Považuje zdravotnický personál kontakt s canisterapeutickým psem za možnost odreagování?

3.2. Místo výzkumného šetření a cílová skupina

Výzkumné šetření probíhalo v Nemocnici Na Bulovce. Nemocnice Na Bulovce je státní příspěvková organizace v přímé řídicí působnosti Ministerstva zdravotnictví. Je samostatným právním subjektem, který byl zřízen za účelem poskytování zdravotních služeb. Nemocnice Na Bulovce poskytuje vysoce specializovanou lůžkovou a ambulantní péči, k jejím dalším činnostem patří například sociální služby, rozvíjení vědy a výzkumu, plní úkoly spojené s přípravou na řešení a řešením krizových situací, včetně úkolů spojených s obranou státu, zajišťuje specializační vzdělávání pro lékaře, zubní lékaře, farmaceuty a zdravotní sestry atd. (Zřizovací listina státní příspěvkové organizace Nemocnice Na Bulovce, 2012)

V Nemocnici Na Bulovce více jak tři roky probíhá canisterapie a je zde praktikována v různých formách. Jednou z forem je individuální ambulantní terapie, kdy do objektu nemocnice dochází pacienti za canisterapeutickým týmem do prostor ambulance. Další formou canisterapie je tzv. „návštěvní program“, ve kterém Mgr. Lenka Procházková s canisterapeutickým psem pravidelně jednou týdně dochází za pacienty přijatými na lůžkovém oddělení neurologie a občasné na lůžkovém oddělení následné ošetrovatelské péče interní kliniky. Canisterapie může probíhat pouze v pokojích, kde s návštěvou zvířete souhlasí všichni pacienti, což stvrdí svým podpisem na speciálních formulářích. Canisterapie je zařazená do podpůrně psychoterapeutické péče a pomáhá pacienty motivovat ke spolupráci na léčebném procesu.

Ke zjištění možného vlivu canisterapeutického psa na psychiku personálu v areálu Nemocnice Na Bulovce a dosažení cílů výzkumného šetření, bylo zapotřebí učinit záměrný výběr cílové skupiny a výzkumné šetření zaměřit na zdravotnický personál pracující na oddělení, které má s canisterapií zkušenosti. Gavora (2000, s. 144) doporučuje při záměrném výběru vybrat k šetření takové osoby, které mají potřebné vědomosti a zkušenosti z daného prostředí, aby mohly podat informačně bohatý a pravdivý obraz. Dle mého názoru tento požadavek splňuje zdravotnický personál z lůžkového oddělení neurologie, na kterém probíhá canisterapie pravidelně každý týden. Z toho důvodu byla první výzkumná skupina vybrána cíleně, neboť na jejím pracovišti probíhá canisterapie. Důležitým kritériem pro výběr druhé výzkumné skupiny, tzv. kontrolní skupiny, byla podobná péče o pacienty, a také bylo nutností, vybrat takové pracoviště, na kterém neprobíhá canisterapie. První výzkumnou skupinou se stali zaměstnanci z lůžkového oddělení neurologie (dále jen „oddělení NEU“) a kontrolní

skupinou se stali zaměstnanci z lůžkového oddělení kliniky pneumologie a hrudní chirurgie 2. patro (dále jen „oddělení KPHCH“).

3.3. Metodika výzkumu a způsob hodnocení

Pro získání potřebných údajů byla zvolena kombinace kvantitativního a kvalitativního empirického šetření, neboť kombinací dobrou metodologických přístupů lze maximálně využít jejich silných stránek. (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 25 - 27). Empirické šetření jsem si rozdělila na dvě části. Při sběru dat bylo nejdříve použito kvantitativní metody k dotazování pomocí strukturovaného dotazníku a dotazníku MBI a pro druhou část šetření byl vybrán sběr dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

Dotazník je ekonomický výzkumný nástroj, který je určen pro hromadné získávání údajů. Slouží k získání velkého množství dat, a když jsou otázky a položky cílevědomě obsahově zaměřené, lze si zajistit velké množství informací při malé investici času. (Gavora, 2000, s. 99) Dotazník zvolený pro výzkumné šetření je rozdělen na dvě části.

První část tvoří mnou sestavený strukturovaný dotazník (viz. příloha č. 1), který obsahuje 26 otázek. Každá otázka nabízí různý počet položek, přičemž jedna alternativa je otevřená, aby se zabránilo zkreslenému odpovídání respondenta. V dotazníku je převážná část otázek, při kterých měli respondenti možnost zvolit si více nabízených odpovědí. Pokud si respondent nevybral z žádné nabízené odpovědi, měl možnost jinou odpověď vepsat do otevřené možnosti odpovědi. K uspořádání dat z vypracovaných dotazníků a sestavování tabulek četností jsem zvolila tzv. „čárkovací metodu“. Chrástka (2007, s. 40) doporučuje při použití čárkovací metody nejdříve projít všechny jednotlivé hodnoty a pomocí čárek zaznamenat jejich výskyt a následně převést na počet četností. Po tomto kroku jsem již měla připravené počty četností k jednotlivým položkám v dotazníku a mohla jsem na tomto základě hodnotit zjištěné výsledky.

Druhou částí dotazníku je obecně používaný dotazník MBI - Maslach Burnout Inventory (viz. příloha č. 2). Venglářová (2011, s. 42 - 44) uvádí, že jde o nejznámější dotazník ke sledování syndromu vyhoření u exponovaných profesí. Slouží ke zjištění míry vyhoření ve třech faktorech. Dva jsou laděné negativně - faktor emocionálního vyhoření (EE) a faktor depersonalizace (DP) a jeden je laděný pozitivně - osobní uspokojení z práce (PA). Položky jednotlivých dimenzí jsou v dotazníku seřazeny náhodně. Dotazník MBI se skládá z dvaceti dvou položek a respondenti měli za úkol vepsat do vyhrazené kolonky číslici od nuly do sedmi, kdy vyšší číslo znamená, že určitý

pocit prožívají intenzivněji. Systém vyhodnocení dotazníku MBI je názorně popsán v tabulce č. 1. Pro hodnocení dotazníku MBI jsem zvolila škálu pro hodnocení intenzity emocí.

Tabulka č. 1 – Vyhodnocení dotazníku MBI podle jednotlivých faktorů

Hodnocení jednotlivých subškál dotazníku MBI			
Stupeň emocionálního vyčerpání (EE)	Nízký 0 – 16	Mírný 17 – 26	Vysoký 27 a více (vyhoření)
Stupeň depersonalizace (DP)	Nízký 0 – 6	Mírný 7 – 12	Vysoký 13 a více (vyhoření)
Stupeň osobního uspokojení (PA)	Vysoký 39 a více	Mírný 38 - 32	Nízký 31 a méně (vyhoření)

K upřesnění hodnot získaných pomocí dotazníkového šetření byl v druhé části výzkumu použit polostrukturovaný rozhovor, kdy se vycházelo z předem připravených témat a otázek. Dle Švaříčka a Šed'ové (2007, s. 159 - 160) je rozhovor nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu a umožňuje zachytit výpovědi a slova v jejich přirozené podobě. Z mého pohledu bylo potřebné k upřesnění výsledků zjištěných z dotazníkového šetření a k ověření vlivu přítomnosti canisterapeutického psa na zdravotnický personál důležité vést rozhovor s pracovníky NEU, kteří mají s možností se s canisterapeutickým psem pravidelně setkávat.

3.3.1. Realizace dotazníkového šetření a rozhovoru

Připravené dotazníky byly rozdány na dvou lůžkových odděleních v Nemocnici Na Bulovce, na oddělení NEU a na oddělení KPHCH. Vzorek respondentů na každém oddělení byl zvolen náhodně. Respondenti byli osloveni a v případě ochoty účastnit se výzkumu jim byl formulář dotazníku předán. Na každém oddělení bylo rozdáno 28 dotazníků. Z celkového počtu 56 rozdaných dotazníků nebyl z oddělení NEU jeden dotazník vrácen zpět a jeden z dotazníků byl špatně vyplněný. Z oddělení KPHCH byly všechny rozdané dotazníky vráceny zpět a tři z dotazníků nebyly kompletně vyplněné. návratnost dotazníků z oddělení NEU činila 96 % a z oddělení KPHCH 100 %. Špatně vyplněné nebo neúplně vyplněné dotazníky byly z dalšího šetření vyřazeny. K následnému výzkumu a hodnocení zůstalo 51 správně vyplněných dotazníků, 26 z oddělení NEU a 25 z oddělení KPHCH.

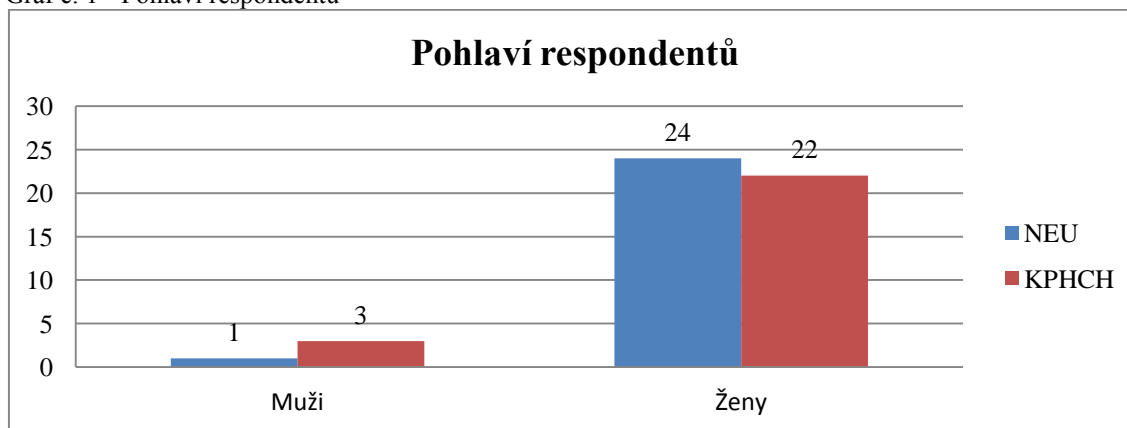
Dotazníky určené pro první skupinu z oddělení NEU v počtu 23 ks byly označeny čísly a přiděleny určitým osobám, z důvodu pozdějšímu oslovení vybraným osobám k rozhovoru. Pět dotazníků nebylo označeno čísly vůbec, aby si respondenti mohli vybrat alternativu zcela anonymního vyplnění dotazníku. Seznam čísel s přidělenými jmény měla u sebe zapsané pouze jedna osoba na oddělení, která neměla přístup k vypracovaným dotazníkům, aby nebyla porušena anonymita respondentů.

K upřesnění výsledků z dotazníkového šetření a k prověření zadaných cílů a výzkumných otázek, byl uskutečněný rozhovor. K rozhovoru bylo vybráno pět osob pracujících na oddělení NEU, poněvadž na tomto oddělení probíhá pravidelně canisterapie. Osoby, se kterými byl plánovaný rozhovor, byly vybrány cíleně. Při rozhovoru byl pořízen pouze písemný zápis.

3.4. Charakteristika výzkumného vzorku

Z celkového počtu 51 respondentů se výzkumu zúčastnilo 25 žen a jeden muž z oddělení NEU a 22 žen a 3 muži z oddělení KPHCH. Toto rozložení pohlaví odpovídá zastoupení na pracovišti, neboť na obou odděleních pracuje převážná část žen.

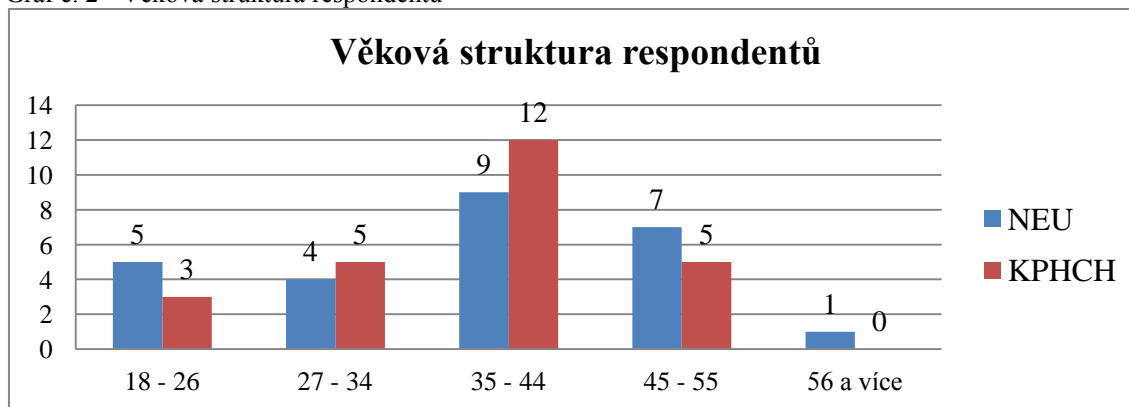
Graf č. 1 - Pohlaví respondentů



Největší skupina respondentů (41 %) patřila do věkové kategorie 35 - 44 let, druhou největší skupinou byli respondenti ve věku 45 - 55 let (23 %). Třetí nejvíce zastoupenou věkovou skupinou byla věková skupina ve věku 27 - 34 let (18 %) a čtvrtou byla věková skupina ve věkové kategorii 18 - 26 let. Tyto dvě skupiny byly skoro stejné, rozdíl je mezi nimi pouze o 2 %, ve skutečnosti se jedná o rozdíl jedné osoby. Jeden respondent (2 %) patřil do skupiny 56 a více. Respondenti ve věkovém rozmezí 35 - 55

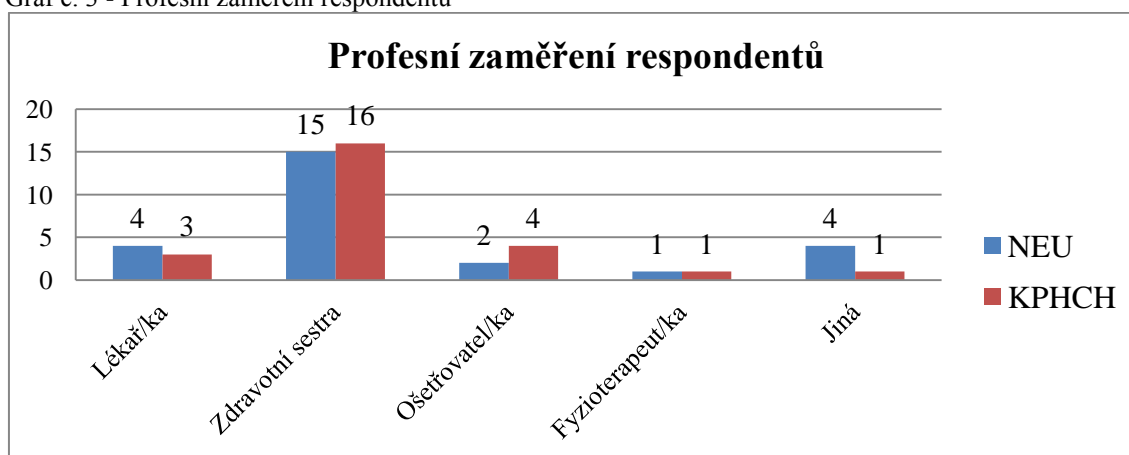
let tvořili větší polovinu (65 %) z celkového počtu respondentů. V grafu č. 2 je znázorněné porovnání věkových skupin obou oddělení.

Graf č. 2 - Věková struktura respondentů



Dotazníkového šetření se zúčastnil zdravotnický personál, který je zastoupen lékaři (13 %), zdravotními sestrami (61 %), ošetřovateli nebo ošetřovatelkami (12 %) fyzioterapeutkami (4 %). Z respondentů, kteří v dotazníku zvolili pátou, otevřenou položku s odpovědí „jiná“ (10 %), uvedla jedna osoba jako svoji funkci zdravotní asistentka a čtyři osoby patří do řad sanitářů nebo sanitářek. V grafu č. 3 je znázorněné profesní zastoupení obou oddělení.

Graf č. 3 - Profesní zaměření respondentů



3.4.1. Rozdělení do skupin dle profesního zaměření a charakteristika II. skupiny

Z uvedeného grafu č. 3 je patrné, že největší procentuelní zastoupení respondentů zastupuje funkci zdravotní sestry. K dalšímu výzkumnému šetření jsem se rozhodla rozdělit respondenty do tří skupin, první skupina je zastoupena lékaři, do druhé skupiny

jsem zařadila zdravotní sestry, zdravotní asistentku a fyzioterapeutky. Třetí skupinu tvoří sanitáři a ošetřovatelé. K tomuto rozdělení jsem se rozhodla z důvodu, aby nedocházelo ke zkreslování výsledků šetření. Skupiny byly rozděleny podle profesí po konzultaci s jednou ze staničních sester, tak aby si profese ve skupinách byly blízké podobností vzdělání a obsahem péče o pacienty. Fyzioterapeutky byly přiřazeny do druhé skupiny záměrně, i když se jejich náplň práce liší od náplně práce zdravotních sester, ale stejně jako ony tráví většinu své pracovní doby péčí o pacienty a jejich minimální vzdělání je středoškolské. Rozdělení respondentů do výzkumných skupin podle profesí je přehledně znázorněné v tabulce č. 2.

Tabulka č. 2 - Rozdělení do výzkumných skupin podle profese

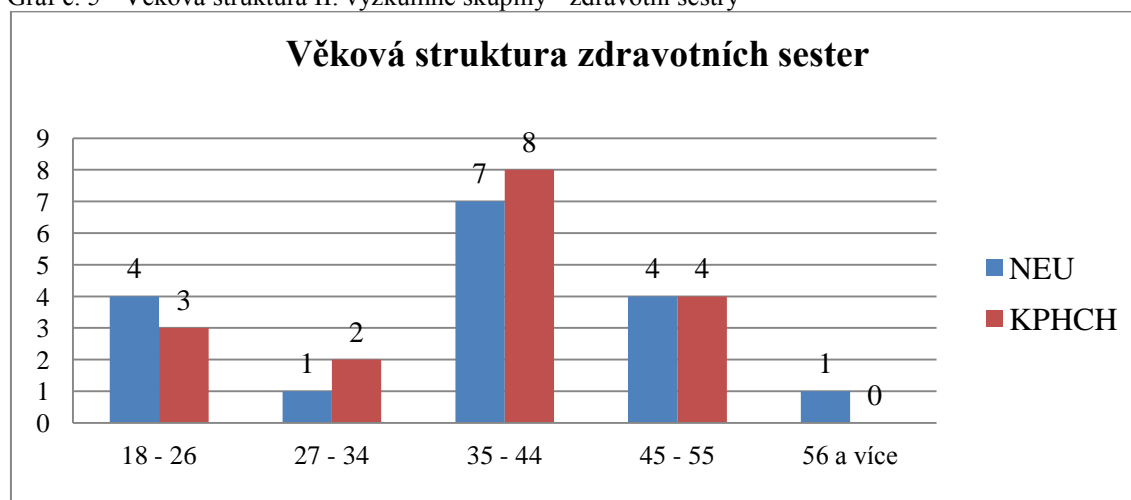
	Četnost I. výzkumná skupina	Četnost II. výzkumná skupina	Četnost III. výzkumná skupina
Lékař/ka	7	0	0
Zdravotní sestra	0	31	0
Ošetřovatel/ka	0	0	6
Fyzioterapeutka	0	2	0
Zdravotní asistentka	0	1	0
Sanitář/ka	0	0	4
Celkem	7	34	10

Další výzkumné šetření je zaměřeno na výzkumnou skupinu č. II, neboť tato skupina má ze všech třech skupin nejvyšší procentuelní zastoupení (67 %). Dalším podstatným důvodem rozdělení je také zjištění, že z celkového počtu 20 zdravotních sester pracujících na lůžkovém oddělení NEO se rozhodlo 16 účastnit se výzkumného šetření. Jeden z odevzdaných dotazníků musel být ze šetření vyřazen z důvodu neúplného vyplnění. Správně vyplněných dotazníků bylo vráceno 15, což je 75 % z celkového počtu zdravotních sester zaměstnaných na lůžkovém oddělení NEO. V důležitých otázkách můžou být výsledky II. výzkumné skupiny porovnávány s celkovými výsledky všech tří skupin dohromady.

Druhou výzkumnou skupinu tvoří 34 žen a žádný muž. Toto rozložení pohlaví odpovídá zastoupení na pracovišti, neboť na obou dvou odděleních, kde výzkumné šetření probíhalo, na pozici zdravotní sestra, zdravotní asistent nebo fyzioterapeut nepracuje

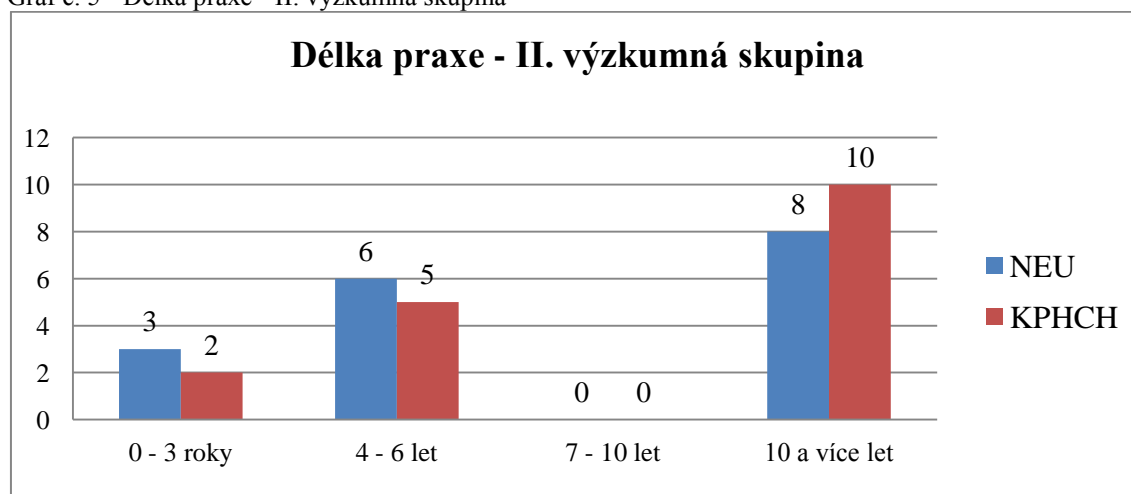
žádný muž. Věková struktura druhé výzkumné skupiny je znázorněná v grafu č. 4. Většina sester (44 %) patří do věkové skupiny 35 - 44 let. Respondentky ve věkovém rozmezí 35 - 55 let tvořily více než polovinu (68 %) z celkového počtu respondentů. V porovnání se základní výzkumnou skupinou je věková struktura zaměstnanců přibližně stejná.

Graf č. 5 - Věková struktura II. výzkumné skupiny - zdravotní sestry



Nejkratší dobu délky praxe 3 roky a níže, uvedlo 15 % dotázaných z II. výzkumné skupiny. Více než polovina (53 %) je zaměstnaná v Nemocnici Na Bulovce na pozici zdravotní sestra nebo fyzioterapeutka více než 10 let. Délku praxe 4 - 6 let uvedlo 32 % respondentů a žádná z dotazovaných neuvédla délku praxe 7 - 10 let.

Graf č. 5 - Délka praxe - II. výzkumná skupina



3.5. Popis a interpretace výzkumných dat

3.5.1. Znalost pojmu syndrom vyhoření a snaha o preventivní opatření

Otázky z dotazníku č. 5, 6 a 7 byly zaměřené na znalost pojmu vyhoření. Bylo zjišťováno, zdali zdravotní pracovníci znají problematiku syndromu vyhoření, jak se syndrom vyhoření projevuje a také, jestli se cítí být syndromem vyhoření ohroženi. Druhá výzkumná skupina z oddělení NEU a kontrolní skupina zdravotních sester z oddělení KPHCH odpovídaly na výše uvedené podobně. S problematikou syndromu vyhoření jsou obě dvě výzkumné skupiny seznámené stejně dobře. Nejvíce respondentek (59 %) se dozvědělo o syndromu vyhoření z odborné literatury, 35 % z nich zná syndrom vyhoření z vyprávění od svých blízkých, 21 % z nich se dozvědělo o syndromu vyhoření ze sdělovacích prostředků, 21 % z nich se o problematice syndromu vyhoření dozvědělo ze školení, které jim bylo nabídnuto od zaměstnavatele a 9 % z nich zná syndrom vyhoření z vlastní zkušenosti. Většina respondentek (91 %) si uvědomuje, že syndrom vyhoření může ohrozit každého z nás, ale 12 % z nich se necítí být syndromem vyhoření ohroženo.

V otázce č. 10 bylo zjišťováno, zdali se účastníci šetření vědomě snaží předcházet vzniku syndromu vyhoření. Nabídnutou odpověď „Ano“ zvolilo 65 % respondentek. Druhou alternativu: „Nevím, jak bych měl/a.“ zvolilo 23 % z nich a 12 % z nich uvedlo, že žádné způsoby prevence syndromu vyhoření nepoužívají. V tabulce č. 3 je uvedený přehled odpovědí na otázku č. 11: „Jakým způsobem se snažíte předcházet vzniku vyhoření?“ Z uvedených výsledků nám vyplývá, že většina respondentů ví, jakými možnými způsoby se může před onemocněním syndromem vyhoření chránit. Hodnoty v tabulce nám ukazují, že II. skupina z oddělení NEU má přibližně stejné výsledky jako kontrolní II. skupina z KPHCH. V tabulce jsou zároveň uvedené výsledky hodnocení pro celou výzkumnou skupinu, tj. všech 51 respondentů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření. Celá výzkumná skupina se způsobem, kterým se snaží předcházet syndromu vyhoření, od II. skupiny z oddělení NEU a II. skupiny z oddělení KPHCH příliš neliší. Nejvíce respondentů se chrání před vznikem syndromu vyhoření tím, že se snaží nepřenášet do osobního života problémy ze zaměstnání. Poslední položka této otázky nabízela alternativu vepsání jiného způsobu prevence syndromu vyhoření. Žádný z respondentů však této možnosti nevyužil.

Tabulka č. 3 – Způsob prevence syndromu vyhoření

Způsob prevence syndromu vyhoření	Četnost - II. výzkumná skupina Oddělení NEU	Četnost - II. výzkumná skupina Oddělení KPHCH	Četnost - II. výzkumná skupina v %	Četnost-celá výzkumná skupina v %
Dodržuji správnou životosprávu.	4	3	21	24
Organizuji si svůj denní program.	3	3	18	20
Věnuji se svým koníčkům.	4	6	29	29
Trávím hodně volného času se svými blízkými, s přáteli.	7	6	38	45
Udržuji pozitivní mezilidské vztahy na pracovišti i v osobním životě.	7	5	35	39
Pracovní problémy se snažím nepřenášet do osobního života.	10	10	59	59
Chodím pravidelně na procházky do přírody.	6	2	24	25
Relaxuji a pravidelně odpočívám.	6	5	32	33
Jinak, uveďte prosím jak.	0	0	0	0

3.5.2. Sociální podpora a motivace k výkonu práce

Otázka č. 12 položená v dotazníkovém šetření zjišťovala, na koho by se respondenti obrátili v momentě, kdyby se cítili být syndromem vyhoření ohroženi. Nejvíce respondentek z II. výzkumné skupiny (59 %) by se obrátilo se svým problémem na svého partnera, 41 % z nich by se obrátilo na svého přítele – kamaráda nebo přítelkyni – kamarádku, a na odbornou pomoc psychologa by se obrátilo pouhých 21 % z nich. Zde jsou mezi II. skupinou z oddělení NEU a II. skupinou KPHCH rozdíly. Z II. skupiny z oddělení NEU by oslovily psychologa pouhé dvě respondentky (12 %), zatímco z II. skupiny z oddělení KPHCH by v něj mělo důvěru šest zdravotních sester (29 %). Z celkového počtu všech 51 respondentů by své ohrožení syndromem vyhoření konzultovalo s psychologem pouhých 10 lidí (20 %).

Dotazníkové šetření obsahovalo otázku č. 14, která se respondentů ptala, co je motivuje k tomu, aby měli chuť do práce. Odpovědi na otázku nalezneme v tabulce č. 4. Více než polovina respondentů ze základního výzkumného souboru a z II. výzkumné

skupiny uvedla, že je pro ně motivací pracovní kolektiv. Tuto variantu uvedlo dvanáct respondentek (71 %) z oddělení NEU a osm respondentek (47 %) z oddělení KPHCH. Druhou nejčastěji zvolenou alternativou bylo pro osm respondentek (47 %) z oddělení NEU pracovní prostředí. Tutéž odpověď si vybraly pouze tři respondentky (18 %) z oddělení KPHCH. V této otázce pět respondentek z oddělení NEU využilo možnosti otevřené odpovědi. Jedna respondentka uvádí: „*pocit potřeby, že mohu být užitečná*“ Druhá vypovídá: „*můžu pomoci člověku, alespoň trochu (stačí někdy úsměv)*“ Třetí respondentku motivuje: „*pochvala od pacienta, pocit užitečnosti*“ a čtvrtou zase: „*příjemní a usměvaví pacienti*“. Pátá respondentka naopak uvedla, že ji nemotivuje nic. Odpověď „*nic*“ zvolily i dvě respondenty z oddělení KPHCH.

Tabulka č. 4 - Motivace k výkonu práce

Co Vás motivuje k tomu, abyste měl/a chuť do práce?	Četnost - II. výzkumná skupina Oddělení NEU	Četnost - II. výzkumná skupina Oddělení KPHCH	Četnost - II. výzkumná skupina v %	Četnost - celá výzkumná skupina v %
Výše platu.	1	3	12	16
Možnost mimořádných odměn za dobře odvedenou práci.	0	3	9	6
Možnost zaměstnaneckých benefitů.	1	1	6	4
Příjemné pracovní prostředí.	8	3	32	29
Pracovní kolektiv.	12	8	59	57
Osobnost nadřízeného.	4	2	18	14
Jiná, uveďte prosím jaká.	5	2	21	20

3.6. Zjištění možných příčin vzniku syndromu vyhoření

3.6.1. Zatěžující situace mimo pracovní prostředí

Dotazníkové šetření obsahovalo otázky ke zjištění možných příčin vzniku syndromu vyhoření v pracovním prostředí a v rodině nebo partnerském vztahu. Ke zjištění možných příčin vzniku syndromu vyhoření mimo pracovní prostředí byla položena respondentům otázka č. 17, která zjišťovala, jakou zatěžující situaci respondenti

prožili v poslední době. V tabulce č. 5 máme přehledně znázorněné zatěžující situace, které mohou nastat mimo pracovní prostředí. Zátěž ze situace vážné nemoci v rodině prožilo šest respondentek (35 %) z oddělení NEU. Tato alternativa odpovědi nebyla zvolena žádnou z respondentek z oddělení KPHCH. Se ztrátou svého blízkého se musely vyrovnávat tři respondentky z oddělení NEU a pět respondentek z oddělení KPHCH. Rozpad rodiny nebo rozchod se svým partnerem zažily v poslední době čtyři zdravotní sestry z oddělení NEU a jedna z oddělení KPHCH. Do šesté, otevřené alternativy odpovědi vepsalo odpověď „Ne“ nebo „Žádnou“ šest respondentek (35 %) z oddělení NEU a sedm dotázaných (41 %) z oddělení KPHCH. Z tabulky je patrné, že více zatěžujících situací mimo pracovní prostředí prožily respondentky z oddělení NEU.

Tabulka č. 5 - Zatěžující situace mimo pracovní prostředí

Prožil/a jsme v poslední době nějakou zatěžující situaci?	Četnost - II. skupina Oddělení NEU	Četnost - II. skupina Oddělení KPHCH	Četnost v % II. skupina NEU	Četnost v % II. skupina KPHCH
Vážná nemoc v rodině.	6	0	35	0
Úmrtí blízké osoby.	3	5	18	29
Rozpad rodiny, rozchod s přítelem/přítečkyní.	4	1	24	6
Finanční problémy.	4	4	24	24
Neshody s blízkými příbuznými – opakované hádky.	2	2	12	12
Jiná, prosím uveďte:	6	7	35	41

3.6.2. Zjišťování možných příčin vzniku syndromu vyhoření v pracovním prostředí

Součástí dotazníku byly také otázky zaměřené na zjišťování příčin vzniku syndromu vyhoření v pracovním prostředí. Otázka č. 16 - „Když se vyskytne nenadálá komplikace při řešení běžné situace na pracovišti“, zjišťovala možnosti zdravotního personálu samostatného řešení nenadálých situací. Pouze jedna dotazovaná z oddělení NEU odpověděla, že není kompetentní v takových situacích rozhodovat a jedna odpověď zněla, že respondentka se dříve snažila takové situace řešit sama, ale nyní už jí na to nezbývá energie. Patnáct respondentek (88 %) z oddělení NEU odpovědělo, že se snaží vyřešit situaci sama v rámci svých kompetencí, či společně se svým týmem. Oproti tomu z oddělení KPHCH o své kompetenci pochybují čtyři respondentky (24 %) a jedna již nemá

dnes na řešení dostatek energie. Jedenáct respondentek (65 %) řeší nenadálé komplikace v rámci svých kompetencí, či společně se svým pracovním týmem.

Zjišťování příčin vzniku syndromu vyhoření z důvodu profesní zátěže nalezeme tabulce č. 6. Otázka č. 8 zjišťovala, co respondenti pokládají na svém pracovišti za nejvíce zatěžující. Výsledky četnosti nám ukazují, že nejvíce respondentek z II. výzkumné skupiny (51 %) uvedlo, že je pro ně nejvíce zatěžující nedostatečné ohodnocení. Tuto variantu volilo z každého oddělení shodně devět respondentek. Druhou nejčtenější zvolenou alternativou bylo přetěžování. Pro tuto odpověď hlasovalo deset respondentek z oddělení NEU a sedm respondentek z oddělení KPHCH. Zajímavým zjištěním je, že pouze tři respondentky (18 %) z oddělení NEU zvolilo variantu, že jsou pro ně velkou zátěží nepříjemní pacienti a tutéž alternativu volilo jedenáct respondentek (65 %) z oddělení KPHCH. Ze základního výzkumného souboru si tuto alternativu zvolilo pět respondentů (19 %) z oddělení NEU a čtrnáct respondentů (56 %) z oddělení KPHCH.

Tabulka č. 6 - Profesní zátěž

Co pokládáte na svém pracovišti za nejvíce zatěžující?	Četnost - II. skupina Oddělení NEU	Četnost - II. skupina Oddělení KPHCH	Četnost - v % II. skupina NEU	Četnost - v % II. skupina KPHCH	Četnost - základní výzkumný soubor v %
Mám pocit, že moje práce ztrácí smysl.	1	3	6	18	8
Očekával/a jsem od výkonu svého povolání něco jiného.	1	0	6	0	4
Není šance na kariéerní postup.	1	1	6	6	8
Jsem přetěžovaný/á.	10	7	59	41	43
Nejsem dostatečně oceněný/á.	9	9	53	53	47
Složité postupy, které se nedají změnit.	4	3	24	18	20
Špatná atmosféra na pracovišti.	1	0	6	0	14
Obavy z možného pochybení.	3	4	18	24	22
Nepříjemní pacienti.	3	11	18	65	37
Jiné skutečnosti.	2	0	12	0	4

3.6.3. Role zvířete v domácnostech respondentů a jejich pohled na probíhající canisterapii ve zdravotnickém zařízení

Třetí okruh otázek z dotazníkového šetření byl zaměřen na průzkum vnímání role zvířete v domácnostech respondentů, k prověření znalosti pojmu canisterapie a ke zjištění, jak personál přijímá probíhající canisterapii ve zdravotnickém zařízení. Otázka č. 19 zjišťovala, kdo z respondentů chová v současnosti domácí zvíře. Na samotném počátku empirického výzkumu jsem předpokládala, že chovatelé psů, budou mít ke canisterapii pozitivnější přístup, než lidé, kteří chovateli domácích zvířat nejsou. Proto bylo důležité zjistit procentuelní zastoupení chovatelů psů a k faktoru jejich pozitivního přístupu přihlížet, aby nebyly výsledky šetření zkreslené. Z II. skupiny z oddělení NEU je sedm (41 %) chovatelek domácího zvířete, z II. skupiny z oddělení KPHCH je chovatelek o tři více (59 %). Celá výzkumná skupina je zastoupena chovateli domácího zvířete z 39 %.

Ačkoliv průzkum ukázal, že v základním výzkumném souboru respondentů je více než polovina (61 %) těch, kteří domácí zvíře nemají, při odpovědích na otázku č. 20, co pro respondenty domácí zvíře znamená, převažuje četnost zvolených odpovědí s vymezením kladného přístupu k domácímu zvířeti a odpovědi, které ukazují na pozitivní vliv zvířete na psychiku jedince. V tabulce č. 7 je viditelné, že je nejvíce zastoupena odpověď č. 1 - „Je /bylo/ jako člen rodiny.“, kterou si zvolilo 74 % respondentek z II. výzkumné skupiny. Tuto alternativu si zároveň zvolilo 65 % respondentů ze základní výzkumné skupiny. Pro 24 % respondentek z II. výzkumné skupiny je domácí zvíře kamarádem a 35 % se s ním pomazlí, když se necítí dobře. Pouze jeden respondent (2 %) ze všech si vybral odpověď, že je zvíře jenom přítěž. Pro otevřenou odpověď se rozhodly tři respondentky a uvedly, že pro ně domácí zvíře nic neznamená.

Dotazníkové šetření obsahovalo otázky, které zjišťovaly, jak personál přijímá canisterapeutický program ve zdravotnickém zařízení. Otázky č. 23 a č. 24 byly určeny pouze pro respondenty oddělení NEU, protože na tomto oddělení pravidelně canisterapie probíhá. Otázka č. 23, se zajímala názor zdravotnického personálu na probíhající canisterapii na oddělení. V tabulce č. 7 vidíme, že třináct respondentek (76 %) z II. výzkumné skupiny označilo odpověď, že je to doplňující terapie, která pomáhá pacientům při rekonvalescenci. Tu samou odpověď si zvolilo dvacet respondentů (77 %) ze základního výzkumného souboru. Dvanáct respondentek (71 %) z II. výzkumné skupiny vidí canisterapii jako součást zkvalitnění péče o pacienty. To samé si myslí patnáct respondentů (56 %) z celé výzkumné skupiny. Odpověď, že je to terapie, která navozuje

uvolněnější atmosféru, a pacienti jsou po ní pozitivněji naladěni, si zvolilo třináct respondentek (76 %) z II. výzkumné skupiny a osmnáct respondentů (69 %) ze základního výzkumného souboru. Ani jeden z dotazovaných neoznačil odpověď, že nesouhlasí s canisterapií na svém pracovišti. Dva respondenti ze základního výzkumného souboru z oddělení NEU se nechtěli k této otázce vyjadřovat.

Tabulka č. 7 - Pohled zdravotnického personálu na probíhající canisterapii na oddělení

Probíhající canisterapie na Vašem oddělení pro Vás znamená?	Četnost II. výzkumná skupina NEU	Četnost v % II. výzkumná skupina NEU	Četnost v % základní výzkumný soubor z oddělení NEU
Doplňující terapie, která pomáhá pacientům při rekonvalescenci.	13	76	77
Součást zkvalitnění péče o pacienty.	12	71	58
Terapie, která navozuje uvolněnější atmosféru, pacienti jsou po ní pozitivněji naladěni.	13	76	69
Příjemné vytržení z každodenní pracovní rutiny - možnost se odreagovat a přijít na jiné myšlenky.	12	71	58
Nechci se k tomu vyjadřovat.	0	0	8
Nesouhlasím s canisterapií na mém pracovišti.	0	0	0
Jiná, uveďte prosím jaká	0	0	0

Otázka č. 24 byla zaměřena na zjištění reakcí zdravotnického personálu na příchod canisterapeutického psa na oddělení. Přehled zvolených odpovědí respondentek je přehledně zaznamenán v tabulce č. 8. Šest respondentek (35 %) z II. výzkumné skupiny se snaží rychle dodělat svoji práci a přivítat se s ním, sedm respondentek (41 %) pro něj mají připravený pamlsek. Šest respondentek (35 %) zvolilo variantu, že si v klidu dodělají svou práci a pozdraví se s ním později nebo v jiný den. Žádná z dotazovaných nezvolila variantu, že nemá na rozptýlování od práce čas. Jedna respondentka (6 %) si zvolila otevřenou možnost odpovědi a napsala: „*Pokud ho potkám, pohladím si ho.*“

Tabulka č. 8 – Reakce na příchod canisterapeutického psa na oddělení

Když přijde na oddělení canisterapeutický pes, co uděláte?	Četnost II. výzkumná skupina NEU	Četnost v % II. výzkumná skupina NEU	Četnost v % základní výzkumný soubor z oddělení NEU
Snažím se rychle dodělat svou práci a jít se s ním pozdravit.	6	35	27
Vím, že za mnou přijde sám, mám pro něj připravený pamlssek.	7	41	27
V klidu si dodělám svou práci, chvíle na přivítání se ještě najde. Nebo se chvílka najde příští týden.	6	35	38
Nic, je to milý pes, ale nemám na rozptylování od práce čas.	0	0	8
Myslím si, že pes do nemocničního prostředí nepatří.	1	6	12
Jiná, uveďte prosím jaká	1	6	8

V dotazníkovém šetření byla zařazena jedna otázka, která byla určená pouze pro respondenty z oddělení KPHCH, neboť na jejich oddělení canisterapie neprobíhá. Bylo zajímavé prověřit, jaký má zdravotnický personál pohled na druh této terapie, probíhající ve zdravotnickém oddělení. Otázka č. 25 se respondentů ptala na to, jestli by canisterapii na svém oddělení uvítali, či nikoliv. Ze základní výzkumné skupiny z oddělení KPHCH by jedenáct respondentů (44 %) přivítalo, kdyby mohla canisterapie probíhat i na jejich oddělení a dva respondenti (8 %) si zvolili alternativu, co by pro to, aby u nich mohla canisterapie probíhat, mohli udělat. Naopak osm respondentů (32 %) se domnívá, že to není pro jejich oddělení vhodné. Pět respondentů (20 %) odpovědělo, že je jim to jedno, že to jejich práci neovlivní.

Poslední otázka dotazníku zjišťovala, jaký mají respondenti pohled na probíhající canisterapeutický program ve zdravotnickém zařízení. Zde se výsledky šetření lišily podle toho, na jakém oddělení skupina respondentů pracuje. Všechny respondentky (100 %) z II. skupiny z oddělení NEU shodly na odpovědi, že je dobře, že canisterapie probíhá v Nemocnici Na Bulovce. Z oddělení KPHCH se pro tuto alternativu odpovědi rozhodlo třináct (76 %) respondentek. Jedna respondentka (6 %) z oddělení KPHCH uvedla, že by canisterapie neměla probíhat na lůžkových odděleních v nemocnici a tři (18 %) uvedly, že je probíhající canisterapie v nemocnici neovlivnila. V základní výzkumné skupině z oddělení NEU se pro možnost odpovědi, že je dobře, že canisterapie probíhá v naší nemocnici, rozhodla většina dotázaných (92 %), z oddělení KPHCH se tak rozhodlo odpovědět osmnáct respondentů (69 %) a zároveň jeden respondent (4 %) z téhož

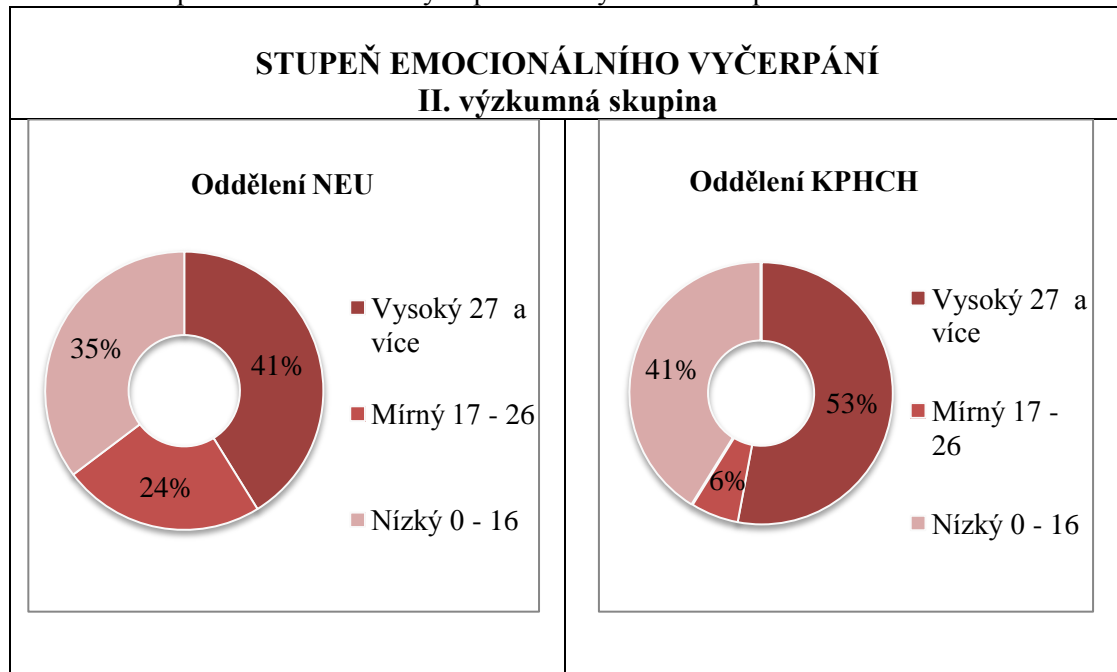
oddělení uvedl, že by měla probíhat ve všech nemocnicích a na všech odděleních. Jeden respondent (4 %) z oddělení NEU se nechtěl k této otázce vyjadřovat. Jeden respondent (4 %) z téhož oddělení uvedl, že ho probíhající canisterapie nijak neovlivnila a stejný názor jako on mělo také šest respondentů (23 %) z oddělení KPHCH. Jeden respondent (4 %) z KPHCH uvedl, že by canisterapie neměla probíhat na lůžkových odděleních v nemocnici. Z uvedeného je patrné, že s probíhající canisterapií souhlasí většina (81 %) ze všech dotazovaných a souhlasí s ní více respondentů pracujících na oddělení, kde s ní mají praktické zkušenosti.

3.6.4. **Vyhodnocení dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI)**

Pro identifikaci syndromu vyhoření byl zvolen dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI). Obsahuje 22 náhodně řazených položek, které porovnávají míru syndromu vyhoření ve třech jednotlivých škálách, tj. v dimenzi emočního vyčerpání (EE), depersonalizaci (DP) a v dimenzi osobního uspokojení (PA).

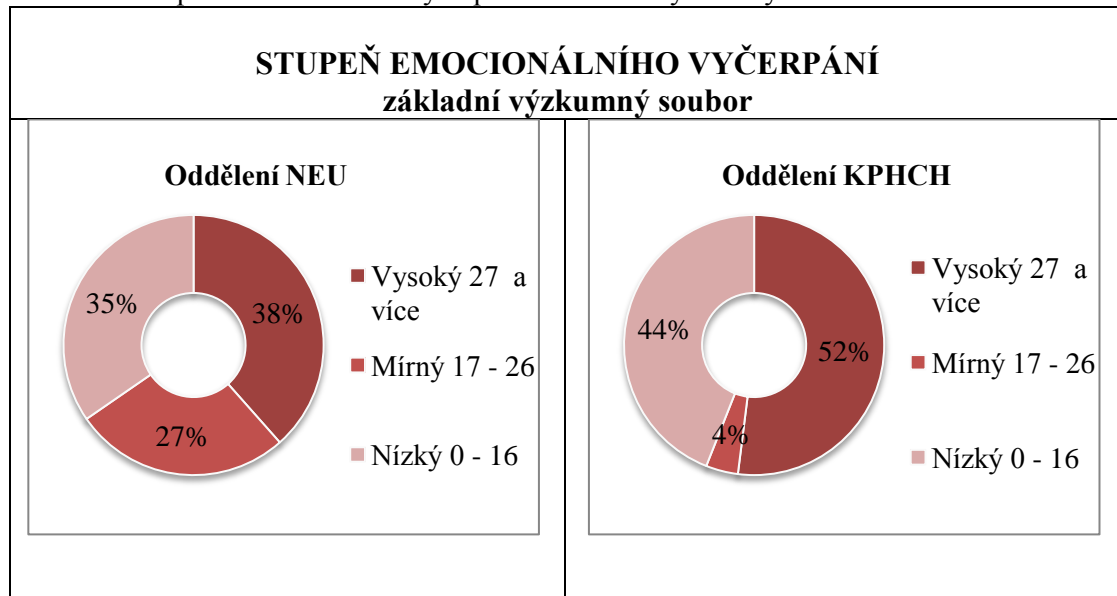
V grafu č. 6 máme znázorněné výsledky stupně vyhoření II. výzkumné skupiny v dimenzi emocionálního vyčerpání, která je nejsměrodatnějším ukazatelem přítomnosti syndromu vyhoření. Může se vyskytovat jako ztráta chuti k životu, pocity sklíčenosti, nespokojenost, agresivita, minimální motivace k práci apod. Emocionálně vyčerpaný člověk se cítí jako ubitý, má pocit bezmoci a beznaděje, z které není východisko, je podrážděný a nervózní. Vysoké hodnoty, které znamenají stupeň vyhoření, byly naměřeny u sedmi respondentek z oddělení NEU (41 %) a u devíti respondentek z oddělení KPHCH, což je více než polovina (53 %). Hodnoty spadající do mírného pásma stupně vyhoření byly naměřeny čtyřem respondentkám z oddělení NEU a jedné z oddělení KPHCH. Nízké hodnoty této subškály byly naměřeny u šesti dotázaných z oddělení NEU a u sedmi zdravotních sester z oddělení KPHCH. Z grafu nám vyplývá, že se hodnoty spadající do vysokého stupně vyhoření více objevily u respondentek z oddělení KPHCH, než u respondentek z oddělení NEU.

Graf č. 6 - Stupeň emocionálního vyčerpání - II. výzkumná skupina



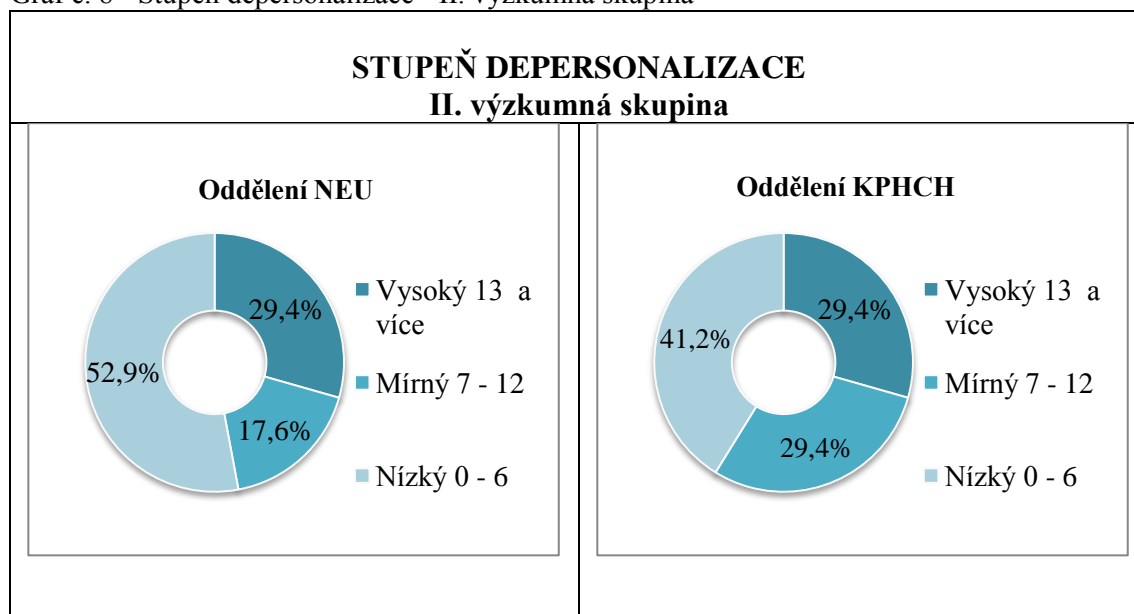
Abychom si mohli porovnat výsledky šetření II. výzkumné skupiny s výsledky základního výzkumného souboru, je zde uveden graf č. 7. Ten nám ukazuje, že hodnoty míry vyhoření v dimenzi emocionálního vyčerpání vyjádřené procentuelním zastoupením ve skupině jsou si podobné. Na oddělení NEU pracuje deset respondentů (38 %), kterým byly naměřené vysoké hodnoty ve škále emocionálního vyčerpání, výsledky sedmi respondentů (27 %) spadaly do pásma mírného stupně a devět z nich (35 %) mělo hodnoty nízké. Více než polovina (52 %) respondentů z KPHCH měla naměřené vysoké hodnoty, což znamená syndrom vyhoření ve zmiňované dimenzi. Výsledky jednoho respondenta (4 %) z oddělení KPHCH se nacházejí v mírném stupni vyhoření a výsledky jedenácti respondentů (44 %) z téhož oddělení spadají do nízkého pásma. Také výsledky základního výzkumného souboru ukazují, že více respondentů, u kterých byl vyhodnocený vysoký stupeň emocionálního vyhoření, je z oddělení KPHCH.

Graf č. 7 - Stupeň emocionálního vyčerpání - základní výzkumný soubor



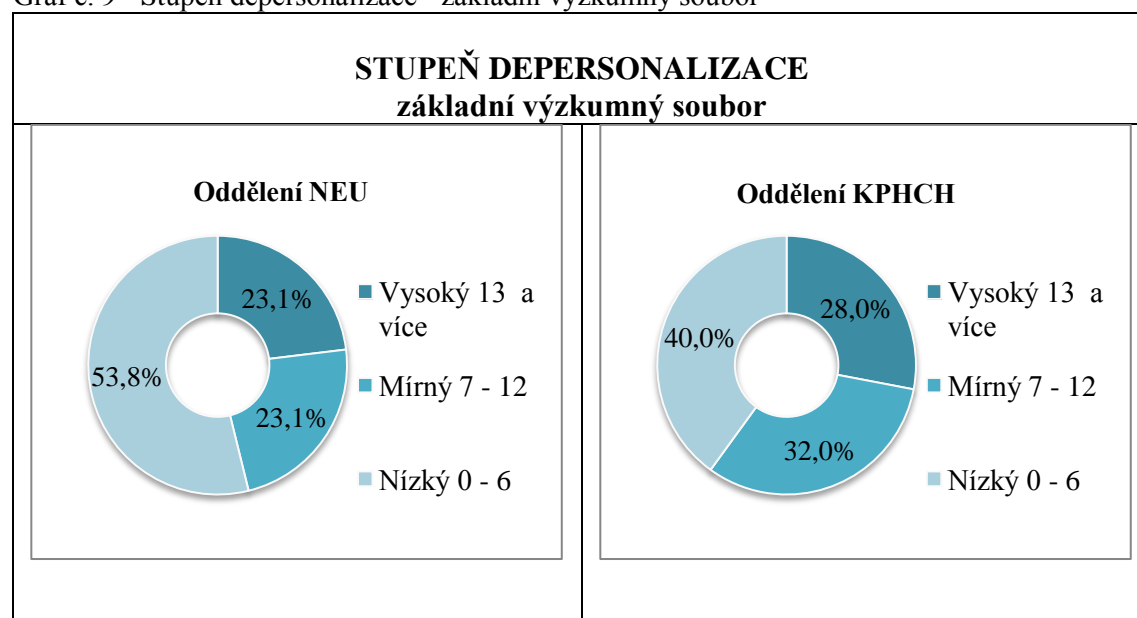
Druhou negativně laděnou dimenzí syndromu vyhoření je depersonalizace. Depersonalizace je odosobnění, které znamená ztrátu emocí a empatie. Jedinec se na sebe a druhé dívá z odstupů. Výsledkem je nedostatek soucítění s ostatními, někdy také sarkasmus a cynismus. V této škále hodnocení jsou výsledky šetření pozitivnější, než ve škále emocionálního vyhoření, jak je patrné z grafu č. 8. Stupně vyhoření byly v dimenzi depersonalizace naměřeny pěti respondentkám z oddělení NEU (29 %) a totožně také pěti respondentkám (29 %) z oddělení KPHCH. Nízký stupeň byl naměřen devíti dotázaným (53 %) z oddělení NEU a sedmi dotázaným (41 %) z oddělení KPHCH.

Graf č. 8 - Stupeň depersonalizace - II. výzkumná skupina



Výsledky základní výzkumné skupiny zachycené v grafu č. 9 ukazují, že v dimenzi depersonalizace ve subškále mírného vyhoření a ve subškále vysokého vyhoření se nepatrně liší od výsledků II. výzkumné skupiny. Vyhoření v dimenzi depersonalizace bylo vyhodnoceno šesti respondentům (23 %) z oddělení NEU a sedmi respondentům (28 %) z oddělení KPHCH. V pásmu mírného stupně se pohybovaly výsledky šesti respondentů (23 %) z oddělení NEU a osmi respondentů (32 %) z oddělení KPHCH. Nízký stupeň byl zaznamenán u čtrnácti respondentů (54 %) z oddělení NEU a u deseti respondentů (40 %) z KPHCH. Porovnání nám ukazuje, že stejně jako v dimenzi emocionálního vyčerpání, tak i v dimenzi depersonalizace byla míra vyhoření u respondentů z oddělení NEU nižší než míra vyhoření u respondentů z oddělení KPHCH.

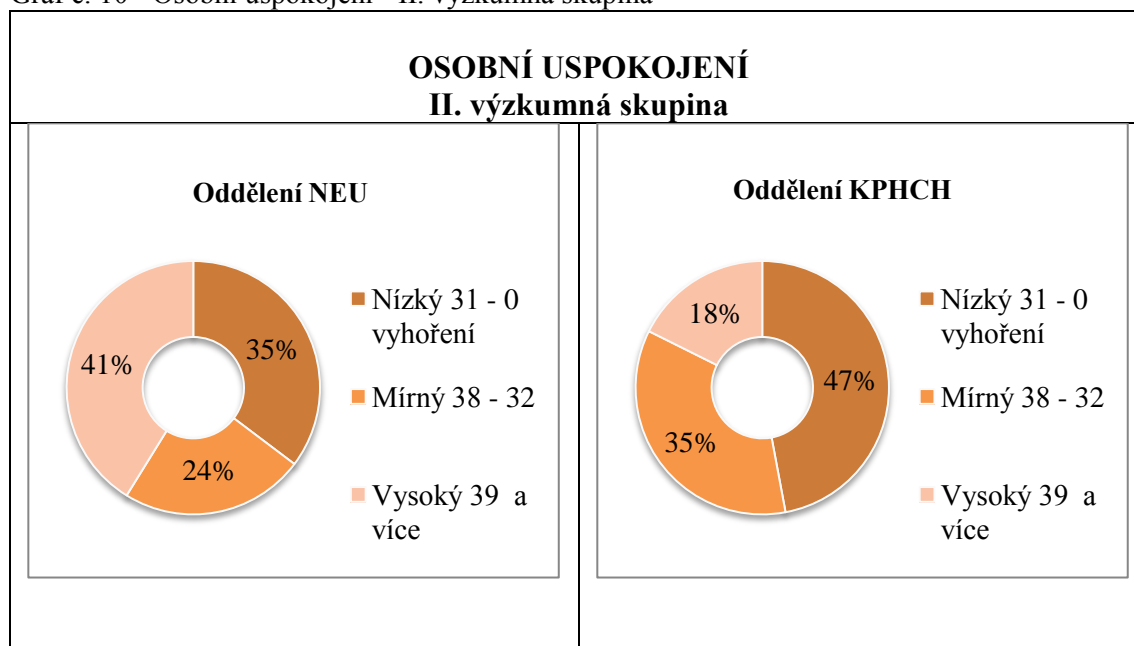
Graf č. 9 - Stupeň depersonalizace - základní výzkumný soubor



Třetí škálou, která je v dotazníku MBI sledována je osobní uspokojení z práce. Tím je možnost seberealizace a tvořivosti, potřeba sociální sounáležitosti a potřeba k někomu nebo k něčemu patřit. Výsledky hodnocení této dimenze jsou zachyceny v grafu č. 10. V této pozitivně laděné dimenzi jsou opět rozdíly mezi II. výzkumnou skupinou z oddělení NEU a II. výzkumnou skupinou z oddělení KPHCH. Stupně vyhoření byly vyhodnoceny u šesti respondentek (35 %) z oddělení NEU a u osmi respondentek (47 %) z oddělení KPHCH. Výsledky spadající do mírného pásma byly vyhodnoceny čtyřem respondentkám (24 %) z oddělení NEU a šesti respondentkám (35 %) z oddělení KPHCH. Bez příznaků vyhoření ve škále osobního uspokojení skončily

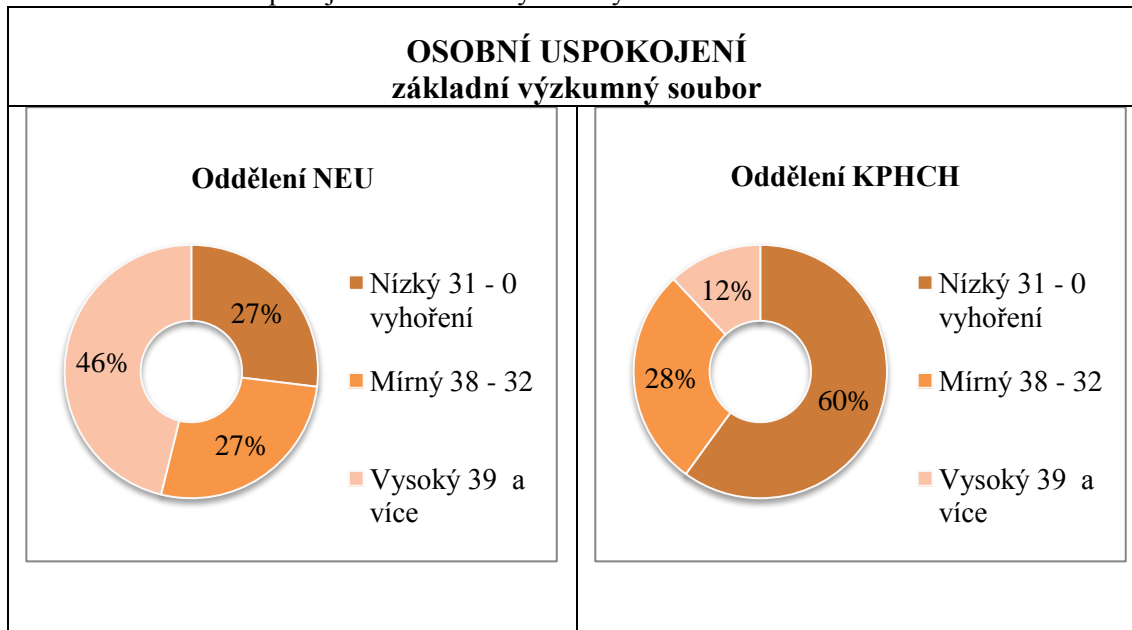
výsledky sedmi respondentek (41 %) z oddělení NEU a pouze u třech respondentek (18 %) z oddělení KPHCH. Můžeme konstatovat, že ve škále osobního uspokojení jsou výsledky vyhoření u II. výzkumné skupiny z oddělení NEU výrazně nižší než u II. výzkumné skupiny z oddělení KPHCH.

Graf č. 10 - Osobní uspokojení - II. výzkumná skupina



Hodnocení škály osobního uspokojení základního výzkumného souboru je znázorněno v grafu č. 11. Rozdíly ve výsledcích základního výzkumného souboru a II. výzkumnou skupinou z oddělení NEU nejsou tak vysoké. V základním výzkumném souboru z oddělení NEU se snížil procentuelní poměr lidí, kterým byly naměřené hodnoty ve subškále vyhoření. Stupně vyhoření byly vyhodnoceny u sedmi respondentů (27 %), sedm respondentů (27 %) mělo výsledky v pásmu mírných hodnot a v pásmu vysokých hodnot skončily výsledky dvanácti respondentů (46 %). Naopak vyhodnocené výsledky z oddělení KPHCH ukazují, že se procentuelní poměr respondentů s příznaky syndromu vyhoření zvýšil. Patnáct respondentů (60 %) ze základní výzkumné skupiny z oddělení KPHCH mělo vyhodnocené hodnoty ve subškále vyhoření, u sedmi respondentů (28 %) se hodnoty pohybovaly v mírném pásmu a ve vysokém pásmu skončily výsledky pouhých třech respondentů (12 %).

Graf č. 11 - Osobní uspokojení - základní výzkumný soubor



Vyhodnocení dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI) nám ukazuje zajímavé rozdíly v míře vyhoření ve třech hodnocených dimenzích. Markantní rozdíly v měřených subškálách byly vyhodnoceny u škály osobního uspokojení. Ze zjištěných výsledků nám vyplývá, že méně respondentů ze základního výzkumného souboru z oddělení NEU je zasaženo syndromem vyhoření než respondentů z oddělení KPHCH. Nicméně zjištěné výsledky nám stále neukazují sledované cíle bakalářské práce. Dotazník MBI nám ukázal, že respondenti z oddělení KPHCH jsou zasaženi syndromem vyhoření ve vyšším procentu, než respondenti z oddělení NEU, ale možných příčin vzniku syndromu vyhoření je velké množství.

3.7. Popis a interpretace výzkumných dat získaných při rozhovoru

3.7.1. Výběr subjektů a jejich vztah k domácímu zvířeti

Polostrukturovaný rozhovor obsahuje 18 otázek, které zpřesňují odpovědi získané z dotazníkového šetření a vedou k prověření výzkumných otázek a zadaných cílů. Rozhovor byl veden s pěti subjekty z II. výzkumné skupiny z oddělení NEU. Subjekty (respondentky) se kterými byl rozhovor uskutečněný, byly vybrány cíleně. Byly zvolené tři osoby, kterým vyšly v hodnocení MBI dotazníku nízké hodnoty ve stupni emocionálního vyčerpání a dvě osoby, kterým se naopak škála vyhoření pohybovala ve stupni vysokého emocionálního vyčerpání. Při výběru byl zároveň kladen důraz na to, aby minimálně dvě z vybraných osob nechovaly v současnosti žádné domácí zvíře.

V rámci objektivitu šetření vlivu bylo důležité vést rozhovor i s lidmi, kteří nejsou chovateli psa. Splnění nastavených kritérií k rozhovoru při volbě subjektů je znázorněno v tabulce č. 7.

Tabulka č. 7 - Přehled výběru subjektů

Přehled výběru subjektů	Vysoký stupeň emocionálního vyčerpání - vyhoření	Nízký stupeň emocionálního vyčerpání	Chovatelka psa
Subjekt č. 1	NE	ANO	ANO
Subjekt č. 2	ANO	NE	ANO
Subjekt č. 3	ANO	NE	NE
Subjekt č. 4	NE	ANO	ANO
Subjekt č. 5	NE	ANO	NE

Abychom zjistili vztah subjektů k domácímu zvířeti, byla do dotazníku implantovaná čtvrtá otázka, která zněla: „Máte nějaký pozitivní zážitek spojený se zvířetem, který Vás nějakým způsobem ovlivnil?“ Na tuto otázku odpovídají všechny respondentky kladně, ačkoliv dvě z nich v současné době nechovají žádné domácí zvíře. Přestože byla tato otázka záměrně položena na začátku rozhovoru ještě před řadou otázek týkajících se probíhající canisterapie na oddělení, dvě respondentky si s ní spojují pozitivní zážitek. Respondentka č. 3 zároveň zmiňuje svoji zkušenost s canisterapií z minulého zaměstnání: „*No určitě. Jelikož znám canisterapii, ta k nám i chodí. Ale i z bývalé práce. Tam jsme měli bazálku a hodně spolupracovali...takže určitě se psem. Dělá to hrozně moc u těch lidí.*“. Dvě respondentky zmiňují jak pozitivní, tak negativní zážitek. Negativní zážitek mají spojený s úmrtím jejich domácího zvířete. Tři respondentky podotýkají, že je domácí zvíře pozitivně ovlivňuje a dvě zmiňují pozitivní vliv zvířete na člověka.

3.7.2. Pohled personálu na možnost ohrožení syndromem vyhoření

Otázka rozhovoru č. 1 zjišťovala, jestli se respondentkám stává, že je pro ně výkon práce vyčerpávající v takové míře, že by při návratu domů neměly chuť podnikat další aktivity. Na dotaz odpovídá respondentka č. 1, která měla naměřené nízké hodnoty emocionálního vyčerpání: „*Stává se mi to určitě. Sporadicky, občas. Nenechám se úplně vyštvávit v práci, vždycky si nechávám ty zadní vrátka.*“ Skutečnost, že se taková situace stává, připouštějí také respondentky č. 3 a č. 4. Všechny tři respondentky, jejichž

vyhodnocené výsledky emocionálního vyhoření byly nízké, se ve výpovědích, že taková situace může nastat, shodují. Respondentka č. 5 dokonce připouští, že se jí to stává dost často. Naopak respondentka č. 2, která měla vyhodnocené vysoké výsledky emocionálního vyhoření, variantu, že by taková situace nastala, nepřipouští.

Ke zjištění zvyklostí, které respondentkám pomáhají se zbavit starostí a únavy z pracovního dne, nám pomohla otázka č. 2. Odpovědi respondentek se výrazně shodovaly. Čtyři respondentky z pěti si po příchodu domů dají kávu a čtyři si užívají klidu a odpočívají. Respondentka č. 2 na otázku stručně odpovídá: „*Sednout si, dát si kávu a odpočívat. Vše vypnuté.*“ Respondentka č. 5 vypovídá, že jí stačí k tomu, aby se zbavila starostí a únavy z pracovního dne, aby byla doma, a dále uvádí, že za rituál považuje i uvaření dobrého jídla. Také připouští, že na ostatní aktivity nezbyvá moc času. Respondentka č. 4 se zmiňuje o fyzické únavě, a že jí k odpočinutí pomáhá sednout si a dát si chvíli nohy nahoru, stejně jako respondentce č. 1. Ta si navíc k odpočívání u kávy pustí TV zpravodajství a sleduje, co se děje ve světě.

Třetí otázkou v rozhovoru jsme zjišťovali, do jaké míry se respondentky cítí být ohroženy syndromem vyhoření. Čtyři z pěti připouští, že by mohl syndrom vyhoření ohrozit i je. Respondentky č. 1 a č. 3 dodávají, že se snaží syndromu vyhoření předcházet. Svoji obranu ve smysluplnosti práce, která ji naplňuje, vidí respondentka č. 4: „*No tak já si myslím, že asi každého z nás, že má takovou tu chvíli, kdy má takový ten pocit vyhoření. Ale zase práce je taková, já teda nevím, mluvím sama podle sebe, že mě to i naplňuje. Že mám pocit, že jsem udělala něco dobrého. A to okamžitě ten syndrom přebije, to vyhoření.*“ Respondentka č. 5 zmiňuje důležitost sociální opory a vidí motivaci v uvědomění si, že všechny starosti jsou malicherné, když se nejedná o prohrávaný boj o život. Čtyři respondentky se nedomnívají, že by byly zasaženy syndromem vyhoření a jedna respondentka, která se necítí být syndromem ohrožená, v době výzkumu ohrožená není - v dotazníku MBI jí byly vyhodnocené pozitivní hodnoty ve všech třech měřených škálách syndromu vyhoření.

3.7.3. Zjišťování důležitosti morálního ohodnocení a sociální podpory na pracovišti

Pátou otázkou rozhovoru jsme zjišťovali, jestli je pro respondentky motivací k práci morální ohodnocení. Všech pět respondentek reagovalo pohotově, že tomu tak je. Respondentky č. 1 a č. 2 vyzdvihují morální ohodnocení nad mzdové. Respondentka č. 2 vzápětí dodává, že je pro ni morální ocenění nejdůležitější, a to je možná dáno i tím, že není na finančním ohodnocení tak závislá. Respondentka č. 4 se zmiňuje, že jí jakákoliv pochvala povzbudí. Výpověď respondentky č. 5 doplňuje, že je pochvala velkou motivací

a zároveň nám poodkrývá fakt, že se zdravotní sestry musí vypořádávat s nevhodným chováním některých pacientů: „*Určitě. Mně stačí, když mě nějaká babička chytne za ruku a řekne mi: 'Sestřičko, vy jste anděl, vy jste tak hodná.'* To víte, že to je motivace pro každého z nás. Určitě ne, když na vás křičej, že jo. A nadávaj vám. Což je tady taky běžný občas. Určitě. Pro mě je určitě důležitější od těch lidí, než od nadřízených.“

Pozitivnější výsledky respondentů z oddělení NEU v hodnocení syndromu vyhoření dotazníkem MBI nás nasměrovaly k ověření si sociální podpory v pracovním prostředí. Dotazníkovým šetřením jsme si v otázce č. 8 zjistili, že pro dvanáct respondentek (71 %) z II. výzkumné skupiny z oddělení NEU je motivací k pracovní činnosti pracovní kolektiv a pro osm z nich (47 %) je motivací příjemné pracovní prostředí. Odpovědi z rozhovoru na otázku č. 6 podtrhují výsledky z dotazníkového šetření a upřesňují zjištěné. Všechny subjekty uvádí, že jsou chválené velmi často, tři z nich uvedly, že byly pochválené v den rozhovoru a dva byly oceněny pochvalou od své nadřízené. Výpověď respondentky č. 1: „*Tak docela slyším často pochvaly. Možná že to je to, co mě drží nad vodou. Mám to ráda, když mě někdo chválí a slyším to. Zrovna teď tady malujeme, takže v souvislosti s tím mě paní vrchní pochválila už několikrát.*“ Respondentka č. 5 nám sděluje, že je chválená skoro pořád a nejenom ona, ale že se chválí všechny mezi sebou, a tím se podporují. Respondentka č. 2 prozrazuje, že se sestřičky v současné době snaží zvelebit sesternu. Z uvedeného je patrné, že zdravotním sestřím záleží na tom, aby pracovaly v příjemném pracovním prostředí, a mají podporu v pracovním kolektivu.

V otázce č. 7 jsme se respondentek ptali, jestli si vzpomenou na pochvalu od nějakého pacienta, která je opravdu potěšila. Tři respondentky uvedly konkrétní příklad pochvaly. Dvě z nich se zmínily, že to byla pochvala, kterou dostaly v nedávné době, a jedna z pochval byla písemná. Výpověď respondentky č. 5: „*No, bylo to v pátek. Přišla pacientka, která na mě napsala pochvalu vrchní. A přišla mi poděkovat a přinesla mi kytičku. Bylo to v pátek, takže čerstvej zážitek.*“ Respondentka 3 uvádí, že zařídila pro pacienta domov následné péče, a že je hezké, že se jí pacient čas od času ozývá. Respondentka č. 1 mluví o pochvalách všeobecně a říká, že pochval od pacientů je hodně a také, že jsou skoro každý den. Rozvádí myšlenku v tom, že by řekla, že je zdravotnictví ojedinělé v tom, že je tam zpětná vazba okamžitě, a když se sestřička chová hezky a ohleduplně k pacientovi a udělá všechno, co je potřeba, pochvaly se dočká. Respondentka č. 2 uvádí pochvalu v souvislosti s tím, že pacientovi zařídila canisterapii. Respondentka č. 4 na dotaz odpovídá, že je pacienty nazývána andílkem a že je usměvavá. Dodává, že nepřenáší problémy z domova do práce.

3.7.4. Zjišťování možných pozitivních změn v chování pacientů vůči personálu

Z dotazníku vyplynulo, že jedenáct respondentek (65 %) z II. výzkumné skupiny z oddělení KPHCH zvolilo jako odpověď na otázku č. 8, co na svém pracovišti pokládá za nejvíce zatěžující, alternativu: „Nepříjemní pacienti.“ Tutéž alternativu ale volily pouze tři respondentky (18 %) z oddělení NEU. Toto zajímavé zjištění nás vedlo k otázce: „Jak se pacienti chovají ke zdravotnickému personálu?“ V rozhovoru subjekty shodně uvádí, že se také na oddělení NEU musí zdravotní personál potýkat s nepříjemnými pacienty. Respondentka č. 3 vypovídá: „*To záleží na tom pacientovi. Většinou to je tak, že se to jako dá, ale samozřejmě je to takových 30 - 40 % co prostě....agresivita a ošklivý chování, a tak dále a tak dále.*“ Další čtyři respondentky odpovídají podobně. Vypráví o tom, že se pacienti chovají různě a jejich nevhodné až agresivní chování omlouvají tím, že je buď způsobené nemocí, nebo jejich povahou. Nicméně se také dodávají, že se většina pacientů slušně a že záleží na zpětné vazbě, tj. jak se ony chovají k pacientům, tak se pacienti chovají k nim.

Na otázku č. 9: „Máte pocit, že canisterapie mění vztah pacienta k personálu?“, nám všech pět respondentek vypovědělo, že ano. Čtyři respondentky použily slovo „*určitě*“. Stejně tak i respondentka č. 2, která sděluje: „*V každém případě. Určitě. Tam si myslím, že o tom není vůbec žádná diskuze. Že i ti pacienti, kteří tady byli, řekla bych - nepřístupní a přišla Fanyňka, tak i ten kontakt, ta komunikace s personálem se výrazně zlepšila*“. Respondentka č. 1 dodává, že s tím mají na oddělení výborné zkušenosti a dále, že se personál díky svému nadšenému přístupu k Fanny v očích pacientů zlidští. Také respondentka č. 3 souhlasí a dodává, že je vidět snaha, že do té práce dávají maximum. Pátá respondentka také souhlasí a zároveň vysvětluje, že neví, jestli canisterapie mění vztah k personálu, ale že určitě každého potěší. Popisuje to ze svého pohledu, že kdyby byla ona pacientem, tak by ji návštěva Fanny také udělala radost. Zmiňuje osamělost starých lidí, kteří nikoho nemají a jejich touhu po haptickém kontaktu. Také dodává, že je přítomnost canisterapeutického psa „*taková vsuvka*“ a popisuje reakce personálu a ostatních přítomných, když je Fanny na oddělení. Respondentka č. 4 je o trochu skeptičtější, než její čtyři kolegyně: „*Tak to si myslím, že ano, ale že to zas není na takovém stupni. I když se říká, že výjimky potvrzují pravidlo, že jo.*“

Jaké další doplňující terapie probíhají na oddělení NEU zjišťovala otázka č. 11. Respondentky nám poskytují ucelený přehled nabízených terapií pacientům na oddělení. Mimo canisterapie, kterou opětovně zmínily čtyři respondentky z pěti, je pacientům nabízená rehabilitace, fyzioterapie, logoterapie, ergoterapie, doplňující výživová terapie a bazální stimulace. Respondentka č. 1 mimo jiné uvádí: „*....Snažíme se nabízet všechno, co*

Bulovka tady poskytuje. Vždycky všechno hned vyzkoušíme, co se tady děje.“ Respondentka č. 3 mimoděk prozrazuje, že hodně z nabízených terapií provádí sama: *„Rehabilitace, canisterapie, tak to taky záleží. Logopedka tady je. To záleží asi na tom člověku. Ale já si myslím, že u nás hodně funguje to, že tady zastáváme spoustu dalších sester. Že my samy si snažíme ty lidi odrehabilitovat, až prostě po to mluvení. Kór u těch CNPěček, kdy to je potřeba.“* Respondentka č. 5 si uvědomuje potřebu sociální komunikace. Ve své výpovědi mimo jiné sděluje: *„...Pro ně může být terapie jenom to, že si k nim sednem a povídáme s nima, že jo. To si myslím, že tady udělá hodně pro ty lidi....“*

Otázka č. 12 se subjektů ptala, jak pacienti vnímají probíhající canisterapii na oddělení. Všechny respondentky se shodují, že pacienti, kteří mají zvířata, tak přijímají canisterapii kladně. Výpověď respondentky č. 3: *„Jak kdo. Kdo má rád zvířata. Ale většinou ti, co mají doma pejsky, tak ti jsou hodně závislí na tom. Tam je to vidět.“* Výpověď respondentky č. 5 doplňuje, že pacient, který vnímá, tak canisterapii vnímá velice dobře a pozitivně.

V otázce č. 13 jsme se ptali, jestli je canisterapeutický pes tématem k hovoru mezi pacientem a personálem. I v této otázce se výpovědi respondentek shodují. Respondentka č. 1 vnímá canisterapeutického psa jako prostředníka k navázání hovoru mezi zdravotním personálem a pacientem a dodává, že má pocit, že je Fanny bodem, kdy se člověk odblokuje a dá se s ním mluvit daleko lépe. S konkrétním nedávným zážitkem se nám svěřuje respondentka č. 2: *„Určitě. Říkám právě u toho konkrétního pacienta, kterej byl tady zpočátku velmi depresivní, protože doma měl taky pejska. A tady byl úplně odpoutanej od toho domova a ta Fanyňka.... Já jsem mu dokonce dala fotku tý Fanyňky, že on měl najednou pocit, že vlastně navázal kontakt s tím svým pejskem, že tady nebyl úplně sám. Takže určitě.“* Třetí respondentka vypovídá, že když jsou pacienti pejskaři, tak o canisterapii budou mluvit pořád. Čtvrtá respondentka navíc dodává, že pokud se před pacienty zmíní, že přijde na oddělení canisterapeutický pes, tak se pacienti těší. Dále zdůrazňuje, jak je důležité odvést pacientovu pozornost od jeho nemoci a canisterapeutický pes je jedním z témat, které to umožňuje. Pátá respondentka naznačuje, že o canisterapeutického psa jeví zájem také pacienti, kterým nebyla canisterapie od lékaře předepsána.

3.7.5. Zjišťování možného vlivu přítomnosti canisterapeutického psa na psychologické klima na oddělení

Při odpovědi na otázku č. 14: „Jaká je podle Vás na oddělení atmosféra, když tam Fanny přijde?“, se všechny respondentky usmívají a nadšeně vypráví o canisterapeutickém psu. Shodují se ve svých výpovědích, že je atmosféra pozitivní. Respondentka č. 1 sděluje: „*Tak to je úplně úžasná, že jo. Protože Fanyňka přijde a my se všichni na ní vrháme. Nejdřív personál, pak když se zbude na pacienty (smích). Takže atmosféra je, bych řekla nejvyšší, nejlepší.*“ Možnost k odreagování a potřebu zdravotního personálu Fanny pohladit přiznává také druhá respondentka: „*Vřelá, přátelská, plná pozitivních emocí. Všichni jsme z ní pať. Všichni ji tady muckáme, ňuchňáme, opečováváme.*“ Stručná a výstižná odpověď respondentky č. 3 „*Taková...všichni se rozzářej (smích).*“ Respondentka č. 4 vypovídá podobně jako jejich kolegyně. Zmiňuje, že všichni mají radost, že canisterapeutického psa vidí. Pátá respondentka potvrzuje, že je Fanny středem pozornosti při příchodu na oddělení, a také zmiňuje to, že má pro ni zdravotní personál připravené pamlsky.

Otázka č. 15 zjišťovala, jestli je canisterapeutický pes předmětem hovoru mezi zdravotnickým personálem. Všechny respondentky shodně vypovídají, že ano. Respondentka č. 3 říká, že je Fanny předmětem hovoru v tu chvíli, když tam je. Respondentka č. 1 prozrazuje, že mají na oddělení zřízenou nástěnku, díky které se o probíhající canisterapii na oddělení dozvídají také příbuzní pacientů. Respondentka č. 2 vypovídá, že je canisterapie častým tématem zdravotního personálu z profesního hlediska: „*Samozřejmě. I dnes...s kolegyňami se domlouváme, kdo by byl nejvhodnější adept. Většinou tohle to ani neřešíme tolik s lékaři, to si spíš domlouváme mezi sebou. A potom to lékaři jenom řekneme, aby tu terapii zajistil. Ale vlastně těmi iniciátory jsme my, ty pacienty známe.*“

Jak přijímají canisterapii kolegyně respondentek zjišťovala otázka č. 16. Respondentky udávají, že většina jejich kolegů přímá canisterapii pozitivně. První tři respondentky přidávají svůj postřeh, že jsou mezi kolegy také výjimky, které nadšení z canisterapie nesdílí a svůj postoj vyjadřují tím, že se nezúčastňují. Respondentka č. 2 vypovídá o rozdílu mezi těmi, kteří mají doma psa a mezi těmi, kteří ho nemají. Respondentka č. 3 sděluje: „*Většina ji bere, většina je z toho nadšená, ale samozřejmě ne každá.*“ Čtvrtá a pátá respondentka si naopak myslí, že všichni jejich kolegyně přijímají canisterapii kladně.

V otázce č. 17 jsme se subjektů ptali, jestli mají potřebu nějakým způsobem reagovat na canisterapeutického psa, když přijde na oddělení. Odpovědi na tuto otázku

byly opět doprovázeny úsměvy a smíchem. Všechny respondentky mají potřebu si Fanny pohladit a přivítat se s ní a dvě respondentky přiznávají, že pro ni mají připravený pamlssek. Respondenta č. 4 popisuje reakce personálu na příchod canisterapeutického psa: „*Samozřejmě. Pohladíme, zavoláme, potěšíme se pohlazením. Máme pro ni schované dobroty. Ona byla zvyklá, že vždycky přišla k nám na sesternu, protože věděla, že vždycky něco dobrého dostane.*“ Respondentka č. 5 také potvrzuje výpovědi svých kolegyň: „*Já ji musím vždycky pohladit (smích). A to si myslím, že nejenom já.*“

Poslední otázkou v rozhovoru jsme si ověřovali, jestli si respondentky myslí, že jim probíhající canisterapie pomáhá a v čem. Odpovědi na tuto otázku jsou různé, každá vnímá pomoc canisterapie jinak. První respondentka popisuje, že jí canisterapie pomáhá odblokovat se a shodit ze sebe běžné starosti. Canisterapeutického psa vnímá jako živého tvora, který je milý a nestranný a který předává energii. Respondentka č. 2 vnímá probíhající canisterapii jako velmi přínosnou, protože jí pomáhá lépe komunikovat s pacienty. Má pocit, že jsou po ní pacienti otevřenější a komunikativnější. Dodává, že má tendenci se o pacienta více zajímat, aby ho lépe poznala a mohla mu canisterapii doporučit. Respondenta č. 3 vnímá pomoc probíhající canisterapie pouze u člověka, který je negativní a nechce spolupracovat. Podle ní, když je takový pacient zároveň pejskař, pak ho canisterapie trochu obměkčí. Respondentka č. 4 se svěřuje: „*No stoprocentně. No máte hned lepší náladu, na ten den. Vidíte, že ten pes dochází za pacientama, že ho pohladí. Vidíte, že ty lidi jsou spokojení. A samozřejmě, když vidíte spokojený pacienty, tak jste spokojená sama.*“ Respondentka č. 5 svůj rozhovor uzavírá odpovědí: „*Hmmm. Já nevím....mně. Já si myslím, že pacientům. A oni, když z toho mají dobrej pocit, tak já z toho mám taky dobrej pocit. Jo. Ať je to z čehokoliv, že jo. Je s nima lepší spolupráce.*“

3.8. Diskuze a závěry šetření

3.8.1. Diskuze a závěry hodnocení výzkumného cíle č. 1

Naším prvním výzkumným cílem je zjistit, jestli zdravotnický personál vnímá canisterapii jako účinnou terapii. Výzkumná otázka č. 1 zní: „Vnímá zdravotnický personál canisterapii jako příspěvek ke zlepšení péče o pacienty?“

V dotazníkovém šetření jsme se respondentů z oddělení NEU v otázce č. 23 ptali, co pro ně znamená probíhající canisterapie na oddělení. Výsledky hodnocení této otázky jsou přehledně uvedené v tabulce č. 7, z které je patrné, že většina respondentů vnímá canisterapii jako příspěvek ke zlepšení péče o pacienty. Zjištění z dotazníkového šetření nám zpřesnilo výpovědi subjektů.

V rozhovoru byla přímo zařazena otázka č. 12, která zjišťovala, jak pacienti vnímají probíhající canisterapii na oddělení. Všech pět subjektů si myslí, že pacienti canisterapii přijímají velmi pozitivně. Subjekt č. 1 svůj pocit, že canisterapie zlepšuje péči o pacienty, vyjádřila při odpovědích v rozhovoru na otázky č. 9 a 13. Zmiňuje se mimo jiné o tom, že cítí canisterapeutického psa jako bod, kdy se pacient odblokuje, a potom je s ním snadnější spolupráce. Subjekt č. 2 také vnímá, že je canisterapie přínosem pro pacienty. Uvádí konkrétní příklad zpočátku negativního pacienta a jeho pozitivní změny přístupu k léčbě. Dále uvádí, že se nepřístupní pacienti po setkání s canisterapeutickým psem výrazně zlepšili při komunikaci s personálem. Třetí subjekt zmiňuje při odpovědi na otázku č. 3, že už znal canisterapii ze svého dřívějšího zaměstnání, a podle ní je účinná. Dodává svůj postřeh v odpovědi na otázku č. 9, že si také myslí, že pacienti vidí snahu personálu dávat do práce maximum. Subjekt č. 4 zmiňuje canisterapii jako účinnou terapii. Přidává svůj postřeh, že je canisterapeutický pes jedním z témat hovoru, které pomáhá odvádět pacientovu pozornost od jeho nemoci. Také uvádí, že se pacienti na Fanny těší, a že je na nich vidět následně po canisterapii spokojenost. Ani subjekt č. 5 nevyvrací výpovědi svých kolegyně a potvrzuje pozitivní vliv canisterapie na pacienta. Myslí si, že canisterapie každého potěší a zmiňuje se o potřebách haptického kontaktu osamělých starých lidí. Myslí si stejně jako ostatní subjekty, že canisterapie pacientům pomáhá a je s nimi lepší spolupráce.

Výsledky dotazníkového šetření a rozborů výpovědí rozhovorů nám dávají odpověď na výzkumnou otázku č. 1. Na výzkumnou otázku odpovídáme kladně: „Ano, zdravotnický personál vnímá canisterapii jako příspěvek ke zlepšení péče o pacienty.“ První výzkumný cíl byl prověřen a my můžeme konstatovat, že zdravotnický personál vnímá canisterapii jako účinnou terapii.

3.8.2. Diskuze a závěry hodnocení výzkumného cíle č. 2

Druhým cílem této bakalářské práce je zjistit, jestli má probíhající canisterapeutický program také sekundární roli, tj. zdali má vliv nejenom na pacienty, ale také na zdravotnický personál. Naše výzkumná otázka č. 2 zní: „Má přítomnost canisterapeutického psa na oddělení pozitivní vliv také na personál?“

Odpověď na tuto výzkumnou otázku můžeme nalézt ve výsledcích dotazníkového šetření, konkrétně z odpovědí na otázky č. 23 (viz. tabulka č. 7) a otázky č. 24 (viz. tabulka č. 8), kdy respondenti volí varianty, které napovídají, že probíhající canisterapii na oddělení vítají, a také že mají tendenci na příchod canisterapeutického psa reagovat. Odpověď na tuto otázku nám také dává podkapitola 3.8.1. „Diskuze a závěry hodnocení

výzkumného cíle č. 1“, kde jsme se mimo jiné dozvěděli, že probíhající canisterapie pomáhá zdravotnímu personálu lépe navazovat komunikaci s pacienty a zvyšuje motivovanost pacientů ke spolupráci se zdravotním personálem.

Upřesnění a potvrzení kladné odpovědi na výzkumnou otázku č. 2 nalezneme ve výpovědích uskutečněného rozhovoru. Všechny subjekty při výpovědi zmiňují pozitivní vliv canisterapeutického psa na zdravotní personál. Subjekt č. 1 mimo jiné popisuje nadšené reakce personálu a výbornou atmosféru při příchodu canisterapeutického psa na oddělení. Prozrazuje své zkušenosti se snadnějším navazováním komunikace nejenom s pacienty, ale i s jejich příbuznými v souvislosti s canisterapií. Vnímá canisterapeutického psa jako živého tvora, který předává energii. Subjekt č. 2 se stejně jako subjekt č. 1 zmiňuje o reakcích personálu na příchod canisterapeutického psa na oddělení. Respondentka č. 3 vnímá, že je canisterapie účinnou terapií a vidí její přínos ve snadnějším navazování komunikace u pacientů, kteří jsou chovateli psa. Také popisuje pozitivní atmosféru při příchodu canisterapeutického psa na oddělení. Čtvrtá respondentka popisuje své zlepšení nálady pro ten den, když Fanny vidí. Také prozrazuje, že pro ni má schované pamlsky. Pozitivní vliv canisterapeutického psa můžeme vyčíst také z odpovědi respondentky č. 5. Výpovědi subjektů podtrhují kladnou odpověď na druhou výzkumnou otázku. Ano, přítomnost canisterapeutického psa na oddělení má pozitivní vliv také na personál a my máme potvrzený druhý cíl, který jsme si stanovili. Probíhající canisterapeutický program má také sekundární roli, tj. má vliv na zdravotnický personál.

3.8.3. Diskuze a závěry hodnocení výzkumného cíle č. 3

Třetím výzkumným cílem bylo ověření, jestli zdravotnický personál vnímá probíhající canisterapeutický program na pracovišti jako jeden z prvků, který pomáhá zdravotnickému personálu zvládat profesní zátěž. K tomuto cíli jsme měli stanovené výzkumné otázky 3, 4 a 5. Třetí výzkumná otázka zní: „Domnívá se zdravotnický personál, že je canisterapie terapií, která dělá jejich pracovní činnost smysluplnější?“

Kladnou odpověď na tuto výzkumnou otázku nám z části pomáhají nalézt závěry řešení v podkapitole 3.8.1. „Diskuze a závěry hodnocení výzkumného cíle č. 1“. Upřesnění nalézáme ve výpovědích respondentů z dotazníkového šetření a z výpovědi subjektů při rozhovoru. V dotazníkovém šetření jsme se v otázce č. 14 zajímali, jaké motivace vedou respondentky k výkonu práce. Tři respondentky z II. výzkumné skupiny z oddělení NEU uvedly v alternativě otevřené odpovědi jako motivační činitel příjemné a

usměvavé pacienty, pocit potřeby a užitečnosti, možnost být někomu nápomocná a úsměv. V rozhovoru subjekty odpovídaly na otázku, jestli je pro ně motivací morální ohodnocení. Všechny uvedly, že ano a dvě respondentky se dokonce zmínily, že je pro ně morální ohodnocení na vyšší úrovni než ohodnocení mzdové. Pro jednu respondentku je důležitější pochvala od pacientů než od nadřízených. Respondentky se ve výpovědích shodují, že je pro ně důležitá spokojenost pacientů a snaží se jim vyhovět nad rámec svých povinností. Projekt canisterapie jim umožňuje nabízet pacientům nestandardní doplňkovou terapii, která je příznivě přijímána a oceňována. Subjekt č. 2 uvádí v souvislosti s canisterapií konkrétní pochvalu od pacienta, která ji v poslední době velmi potěšila. Na otázku č. 18, jestli si myslí, že jim probíhající canisterapie pomáhá při práci, subjekt č. 4 uvádí, že když vidí spokojené pacienty, když si pohladí canisterapeutického psa, tak je spokojená sama. Pátý subjekt odpovídá na tu samou otázku ve stejném duchu. Vnímá canisterapii jako terapii, z které mají pacienti dobrý pocit. A vnímá to tak, že když z toho mají dobrý pocit pacienti, tak z toho má ona ten dobrý pocit také. Na třetí výzkumnou otázku můžeme odpovědět: „Ano, zdravotnický personál, se domnívá, že je canisterapie terapií, která dělá jejich pracovní činnost smysluplnější.“

Výzkumná otázka č. 4 zní: „Přijímá zdravotnický personál přítomnost canisterapeutického psa na oddělení za faktor zlepšující psychologické klima na pracovišti?“ V podkapitole 3.8.1 „Diskuze a závěry hodnocení výzkumného cíle č. 1“ nám vyplynulo, že se psychologické klima na pracovišti zlepšuje, protože díky canisterapii jsou pacienti komunikativnější a vstřícnější, a také je s nimi lepší spolupráce. Z pohledu vztahu zdravotnický personál a pacienti můžeme na výzkumnou otázku č. 3 odpovědět kladně.

K prokázání, že se psychologické klima zlepšuje také v kolektivu zdravotního personálu, nalzáme v podkapitole 3.8.2 „Diskuze a závěry hodnocení výzkumného cíle č. 2“, a k upřesnění nám napomohly výpovědi subjektů na otázku rozhovoru č. 14, která se ptala, jaká je při příchodu canisterapeutického psa na oddělení atmosféra. Všechny respondentky na tuto otázku reagují úsměvy nebo smíchem a odpovídají, že se psychologické klima mění, že je atmosféra na nejvyšší úrovni, vřelá, přátelská a plná pozitivních emocí, kdy se všichni rozzáří a mají radost. Na výzkumnou otázku č. 4 můžeme odpovědět: Ano, zdravotnický personál přijímá přítomnost canisterapeutického psa na oddělení za faktor zlepšující psychologické klima na pracovišti.

Poslední výzkumná otázka č. 5 se ptá: „Považuje zdravotnický personál kontakt s canisterapeutickým psem za možnost odreagování?“ Podporu ke kladné odpovědi

nalezneme v dotazníkovém šetření v odpovědích na otázku č. 23: „Probíhající canisterapie pro Vás znamená?“, kdy jednou z nabídnutých alternativ byla odpověď se zněním: „Příjemné vytržení z každodenní pracovní rutiny – možnost odreagování“, kterou volilo dvanáct respondentek (71 %) z II. výzkumné skupiny z oddělení NEU (viz. tabulka č. 7). Dále také odpovědi na otázku č. 24 dotazníkového šetření: „Když přijde na oddělení canisterapeutický pes, co uděláte?“ (viz. tabulka č. 8). Upřesnění nám dávají výpovědi v rozhovoru na otázku č. 17, která zjišťovala, jestli mají subjekty potřebu reagovat na příchod canisterapeutického psa. Odpovědi na tuto otázku byly doprovázené úsměvy nebo smíchem a všechny dotazované potvrzují, že se vždy snaží canisterapeutického psa přivítat a mají potřebu verbálního nebo haptického kontaktu. Také na pátou výzkumnou otázku můžeme odpovědět kladně: „Ano, zdravotnický personál považuje kontakt s canisterapeutickým psem za možnost odreagování?“

Všechny tři výzkumné otázky, které jsme si zvolili k prokázání výzkumného cíle č. 3, byly zodpovězeny kladně a my můžeme konstatovat, že jsme si ověřili, že zdravotnický personál vnímá probíhající canisterapeutický program na pracovišti jako jeden z prvků, který pomáhá zdravotnickému personálu zvládat profesní zátěž.

3.8.4. Závěry šetření

Výzkumná část byla rozdělena na dvě části. V první etapě výzkumu probíhalo dotazníkové šetření a následně po vyhodnocení dotazníku byl proveden rozhovor s pečlivě volenými otázkami, které nám pomohly zpřesnit výsledky výzkumu. Součástí dotazníkového šetření byl dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI). Dotazníkem MBI byla zjištěna míra syndromu vyhoření ve třech jednotlivých dimenzích u respondentů na dvou různých odděleních a jejich výsledky byly porovnávány. Respondentky z II. výzkumné skupiny z oddělení NEU měly ve srovnání s respondentkami z II. výzkumné skupiny z oddělení KPHCH ve všech sledovaných dimenzích pozitivnější výsledky a jsou méně zasaženy syndromem vyhoření. Nejvyšší rozdíly mezi skupinami byly v dimenzi osobního uspokojení.

První část dotazníkového šetření obsahovala otázky témat, prvním tématem byl burnout syndrom a druhým tématem canisterapie. V první části dotazníkového šetření jsme zjišťovali znalost pojmu syndromu vyhoření a možnosti prevence. V dotazníkovém šetření jsme porovnávali výsledky obou dvou oddělení a hledali rozdíly, které by mohly vést k vysvětlení rozdílů nalezených při vyhodnocení dotazníku MBI. Zjistili jsme, že respondentky obou dvou oddělení jsou o riziku vzniku syndromu vyhoření stejně dobře informované a více než polovina respondentek (65 %) se mu snaží vědomě předcházet.

Způsoby, jakými se respondentky snaží předcházet riziku vzniku syndromu vyhoření, jsou různé, nejčtenější odpovědí respondentek (59 %) byla alternativa, že se snaží pracovní problémy nepřenášet do osobního života. V případě ohrožení volí jako pomocnou osobu ke zvládnutí pocitu ohrožení někoho ze svých blízkých. Pracovní kolektiv je větší oporou pro psychicky nebo fyzicky unavené respondentky z oddělení KPHCH. Důležitou motivací pro chuť do práce je pro dvanáct respondentek (71 %) z oddělení NEU pracovní kolektiv a pro osm z nich (47 %) pracovní prostředí. Na oddělení KPHCH je motivací pracovní kolektiv pro osm respondentek (47 %) a pro pouhé tři z nich (18 %) pracovní prostředí. Výše platu, možnost mimořádných odměn nebo možnost zaměstnaneckých benefitů je motivací k chuti do práce pro velmi málo respondentů. Při zjišťování možných příčin vzniku syndromu vyhoření v pracovním prostředí, při otázce na možnost samostatného rozhodování při řešení nenadále komplikace, patnáct respondentek (88 %) z oddělení NEU a jedenáct respondentek (65 %) z oddělení KPHCH odpovědělo, že se snaží vyřešit situaci sama v rámci svých kompetencí či společně se svým týmem. Při zjišťování příčin vzniku syndromu vyhoření mimo pracovní prostředí a porovnáváním výsledků mezi odděleními NEU a KPHCH jsme zjistili, že se s více zatěžujícími situacemi se v poslední době musely vyrovnávat respondentky z oddělení NEU.

Výběry alternativ na otázky v dotazníkovém šetření obou oddělení byly v mnoha případech vyrovnané, ale několik rozdílů jsme v odpovědích zjistili. Při vyhodnocení otázky č. 8: „Co pokládáte na svém pracovišti za nejvíce zatěžující?, jsme zjistili, že zdravotní sestry nejvíce tíží nedostatečné ocenění a přetížení, kdy cítí přetížení více respondentek z oddělení NEU. Ale u alternativy, že zdrojem největší zátěže na pracovišti jsou nepříjemní pacienti, byl vyhodnocen mezi odděleními markantní rozdíl. Z oddělení NEU výše uvedenou alternativu uvedly pouze tři respondentky (18 %) a z oddělení KPHCH tutéž alternativu uvedlo jedenáct respondentek (65 %). Nabízí se nám otázka, co „se děje“ na odděleních jinak, že máme vyhodnoceny tak vysoké rozdíly? Do rozhovoru byla zařazená otázka č. 8: „Jak se pacienti chovají ke zdravotnickému personálu.“ Z odpovědí subjektů na tuto otázku vyplynulo, že také na oddělení NEU se zdravotní personál potýká s nevhodným a někdy až agresivním chováním pacientů. Z výsledků vyhodnocení rozhovorů vyplynulo, že respondentky vyzdvihují pozitivní vliv probíhající canisterapie, které jim pomáhá při komunikaci s pacienty. Canisterapie podle nich pomáhá uvolňovat atmosféru, většina pacientů je po ní přístupnější a otevřenější a má motivaci ke spolupráci se zdravotním personálem. Je možné, že by canisterapie u

některých pacientů také zmírňovala sklíčenost a hostilitu projevující se nepřátelským chováním vůči zdravotnickému personálu?

Výsledky šetření nám ukazují, že na všechny výzkumné otázky bylo odpovězeno kladně. Námi stanovené cíle byly prokázány a z nich vyplývá, že probíhající canisterapeutický program v nemocnici, který je zaměřen na práci s pacienty, ovlivňuje také zdravotnický personál. Zjistili jsme, že ten vnímá pravidelnou návštěvu canisterapeutického psa na svém oddělení pozitivně a přijímá canisterapii jako účinnou terapii, která pomáhá zlepšovat péči o pacienty. Díky ní jsou pacienti otevřenější, komunikativnější a vstřícnější ke spolupráci se zdravotnickým personálem. Zdravotní personál má větší variabilitu výběru terapie, která může pacientům pomoci v překonávání jejich nelehké životní situaci, vidí spokojenost pacientů a tím vším činí jejich pracovní činnost smysluplnější. Zdravotnický personál přijímá přítomnost canisterapeutického psa na oddělení za faktor zlepšující psychologické klima na pracovišti, vnímá příchod canisterapeutického psa jako prostředek, který zlepšuje atmosféru pracovního kolektivu a považuje kontakt s canisterapeutickým psem za příjemné vytržení z každodenní pracovní rutiny a možnost odreagování. Většina zdravotnického personálu má potřebu verbálního a haptického kontaktu a přijímá canisterapii jako jednu z terapií, která by měla být nabízena ve zdravotnickém zařízení.

Závěr

Syndrom vyhoření je v dnešní době obecně známý jev, který postihuje stále větší množství lidí. Dle dosavadních zjištění jsou nejvíce ohroženi lidé zaměstnaní v pomáhajících profesích, a to zejména lidé pracujících ve zdravotnictví. Nicméně riziko vzniku syndromu vyhoření ohrožuje kohokoliv z nás, nevyhýbá se žádné profesi. Je stavem, který nastává v důsledku dlouhodobého přetěžování organismu, kdy se člověk cítí fyzicky vyčerpaný a emocionálně vyprahlý a časem se u něj můžou objevit různé psychosomatické potíže. Syndrom vyhoření může propuknout z mnoha příčin. Záleží na osobnostních dispozicích každého jedince, na jeho sociální opoře v soukromém a pracovním životě, a také na tom, jestli dlouhodobě přetěžuje svůj organismus bez dostatečného prostoru pro jeho regeneraci.

V první části bakalářské práce jsme si přiblížili pojem „burnout“ a seznámili jsme se s možnými příčinami jeho vzniku. Objasnili jsme si podstatu psychické resilience a odlišnou náchylnost jednotlivců k riziku vzniku syndromu vyhoření. Představili jsme typové skupiny lidského chování rozdělené podle osobnostních charakteristik. Popsali jsme si příznaky syndromu vyhoření na psychické a fyzické úrovni a na úrovni sociálních vztahů a seznámili jsme se s různými přístupy vývojových cyklů syndromu vyhoření. Také jsme zmínili alarmující výsledky výzkumu s problematikou syndromu vyhoření ve zdravotnictví. První část bakalářské práce byla zaměřená na prevenci syndromu vyhoření, kde jsme seznámili s interními a externími postupy při prevenci vyhoření. Také jsme zdůraznili důležitost duševní hygieny a popsali další možná preventivní opatření, která napomáhají zachovat si duševní zdraví.

Druhá část bakalářské práce nás seznámila s pojmy zooterapie a canisterapie, s historií vzniku canisterapie a také jsme si představili několik mezinárodních organizací, které napomohly prosadit zooterapii a canisterapii v praxi. Zmínili jsme si nastavené standardy metod použití zvířat v profesionálních zařízeních a ukázali v jakých formách je canisterapie v praxi prováděna. Seznámili jsme se canisterapeutickým programem v Nemocnici Na Bulovce, který probíhá pod záštitou paní Mgr. Lenky Procházkové, která zde pracuje jako klinický psycholog interní kliniky. Také jsme si představili canisterapeutickou fenku Fanny, která musela absolvovat speciální výcvik pro asistenční psy, test povahy a různé veterinárními testy, aby mohla působit jako canisterapeutický pes ve zdravotnickém zařízení.

Třetí část bakalářské práce byla věnována výzkumnému šetření vlivu canisterapeutického psa na psychiku zdravotního personálu Nemocnice Na Bulovce.

Canisterapeutický program v nemocnici je primárně zaměřen na práci s pacienty. Naším cílem bylo zjistit, jestli přítomnost canisterapeutického psa ve zdravotnickém zařízení má i sekundární roli, tj. zdali probíhající program zároveň ovlivňuje chování a jednání zdravotnického personálu. Na počátku výzkumu jsme si zvolili výzkumné cíle a výzkumné otázky. Výsledky šetření nám pomohly na všechny zadané výzkumné otázky odpovědět kladně a stanovené výzkumné cíle byly potvrzeny. Zjistili jsme, že probíhající canisterapeutický program v nemocnici, zaměřený na práci s pacienty, má pozitivní vliv také na zdravotní personál a je jedním z prvků, který mu pomáhá zvládat profesní zátěž a díky kterému se jim zdá jejich práce smysluplnější. Zdravotnický personál přijímá přítomnost canisterapeutického psa na oddělení za faktor zlepšující psychologické klima na pracovišti a považuje kontakt s canisterapeutickým psem za možnost odreagování.

Seznam literatury a jiných zdrojů

Literatura:

1. BRZICOVÁ, Věra. Syndrom vyhoření u všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních. In: PTÁČEK, Radek, RABOCH, Jiří a KEBZA, Vladimír. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, 168 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5114-6.
2. FREEMAN, Michaela. Zooterapie: Terminologie v zoterapii. In: VELEMÍNSKÝ, Miloš a kolektiv autorů. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007, 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.
3. GALAJDOVÁ, Lenka a GALAJDOVÁ, Zdenka. *Canisterapie: pes lékařem lidské duše*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 168 s. ISBN 978-80-7367-879-1.
4. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Přeložil: Vladimír Jůva. Brno: Paido, 2000, 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
5. HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2013, 229 s. ISBN 978-80-7429-331-3.
6. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
7. JEKLOVÁ, Marta a REITMAYEROVÁ, Eva. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 32 s. ISBN 80-86991-74-1
8. KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Vyd. 1. Přeložil Petr Babka. Praha: Portál, 2007, 139 s. ISBN 978-80-7367-299-7.
9. KEBZA, Vladimír a ŠOLCOVÁ, Iva. Odolnost vůči stresu a resilience v lékařských profesích. In: KEBZA, Vladimír a kolektiv. *Psychická zátěž, stres a psychohygienu v lékařských profesích*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 96 s. ISBN 978-80-247-4569-5.
10. KEBZA, Vladimír a ŠOLCOVÁ, Iva. Syndrom vyhoření: podstata konstruktů a možnosti jeho diagnostiky. In: PTÁČEK, Radek, RABOCH, Jiří a KEBZA, Vladimír. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, 168 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5114-6.
11. KEBZA, Vladimír a ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti*

- tohoto syndromu*). 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 23 s. ISBN 80-7071-231-7.
12. KLECH, Pavel. Zooterapie (Aminoterapie). In: MÜLLER, Oldřich a kolektiv. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014, 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7.
 13. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1998, 136 s. ISBN 80-7169-551-3.
 14. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
 15. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
 16. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a PEČENKOVÁ, Jaroslava. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
 17. MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena*. 1.vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984, 208 s.
 18. MOHAPL, Přemysl. *Úvod do psychologie nemoci a zdraví*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1992, 90 s. ISBN 80-7067-127-0.
 19. NERANDŽIČ, Zoran. *Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*. 1. vyd. Praha: Albatros, 2006, 159 s. ISBN 80-00-01809-8.
 20. -Pt-. Cesta štěněte k asistenčnímu psu. *ZPRAVODAJ Pomocných tlapek o.p.s.* 2013, Dimar CZ s.r.o., leden 2013, č. 14, s. 12 -13.
 21. PTÁČEK, Radek a RABOCH, Jiří. Diagnóza českého zdravotnictví. *TEMPUS MEDICORUM*. 2013, roč. 22, č. 09/2013, s. 3 - 8. ISSN 1214-7524.4
 22. SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka: [podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 234 s. ISBN 978-80-7367-369-7.
 23. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Přeložil Natalie Vrajová. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
 24. ŠOLCOVÁ, Iva, KEBZA, Vladimír a Paclt Ivo. Psychohygienu lékaře. In: KEBZA, Vladimír a kolektiv. *Psychická zátěž, stres a psychohygienu v lékařských profesích*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 96 s. ISBN 978-80-247-4569-5.

25. ŠVARŤÍČEK, Roman a ŠEĎOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
26. TICHÁ, Věra. Zastřešující organizace v zooterapii. In: VELEMÍNSKÝ, Miloš a kolektiv autorů. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007, 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.
27. VENGLÁŘOVÁ, Martina a MYŠÁKOVÁ, Ludmila. Syndrom vyhoření. In: VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing,a.s., 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
28. VERHOEF-VERHALLEN, Esther. *Encyklopedie psů*. Praha: Rebo Productions, 1997, 270 s. ISBN 80-85815-69-9.
29. VOSEČKOVÁ, Alena a HRSTKA, Zdeněk. *Kapitoly z psychologie zdraví: 4. díl, Syndrom vyhoření*. Vyd. 1. Brno: Univerzita obrany, 2010, 55 s. ISBN 978-80-7231-344-0.
30. WOLOY, Eleanora M. *Pes a lidská duše: studie o povaze vztahů mezi člověkem a psem a o významu symbolických obrazů psa v mýtech, snech a představách*. Vyd. 1. Brno: Nakladatelství T. Janečka, 2005, 94 s. ISBN 80-85880-42-3.
31. Zřizovací listina státní příspěvkové organizace Nemocnice Na Bulovce ze dne 29. 5. 2012, č.j.: MZDR 17268 - XI/2012

Internet:

1. ANITERA. Dělení animoterapie podle typu zvířete. *Aminoterapie.cz* [online]. ©2009 Web [cit. 2015-09-28]. Dostupné z: <http://www.animoterapie.cz/deleni-tytu-zvirete.htm>
2. GALETOVÁ, Šárka. Výsledky dotazníkového šetření držitelů asistenčních psů. *Časopis můžeš* [online]. 2009, [cit. 2013-12-14]. Dostupné z: <http://www.muzes.cz/aktuality/archiv-webu/vysledky-dotazkoveho-setreni-druzitelu-asistencnich-psu/>
3. IAHAIO. Mission/Goals. *iahaio.org* [online]. [cit. 2015-09-28]. Dostupné z: <http://www.iahaio.org/new/index.php?display=missiongoals>
4. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Evaluace dobrovolnického programu, *Věstník* [online]. 2009, [cit. 2016-03-07]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3628_1779_11.html

5. PELCÁK, Stanislav a TOMEČEK, Alexander. Syndrom vyhoření - psychické důsledky výkonu práce expedienta, *Praktické lékařství* [online]. 2011, 7(2) [cit. 2015-12-07]. Dostupné z:
<http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2011/02/10.pdf>
6. SIEBENBURGEROVÁ, Marcela. Canisterapie v psychiatrii. In: *Zooterapie ve zdravotnických zařízeních: sborník z odborné konference, Praha 22.května 2009* [online]. 2009 [cit. 2016-04-07]. Dostupné z:
<http://www.dcmotol.cz/media/pdf/sbornik-zoo-2009.pdf>
7. SVOBODOVÁ, Ivona. Výběr psa pro praktické využití v zoorehabilitaci. In: *Zooterapie ve zdravotnických zařízeních: sborník z odborné konference, Praha 22.května 2009* [online]. 2009 [cit. 2016-04-07]. Dostupné z:
<http://www.dcmotol.cz/media/pdf/sbornik-zoo-2009.pdf>

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Strukturovaný dotazník

Příloha č. 2 - Dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI)

Příloha č. 3 - Přepis osobních rozhovorů

Příloha č. 1 - Strukturovaný dotazník

DOTAZNÍK K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Dobrý den,

jmenuji se Andrea Krátošková. Jsem studentka Univerzity Hradec Králové, obor - Sociální patologie a prevence, a píši bakalářskou práci s názvem: „Přítomnost canisterapeutického psa ve zdravotnickém zařízení a jeho možný aspekt v prevenci syndromu vyhoření“.

Prosím o vyplnění tohoto dotazníku, který je pro mě a pro mou práci velmi důležitý. Anonymně, bez rizika, že by se o Vás kdokoliv třetí mohl cokoliv dozvědět. Vyplněním dotazníku nevyplývá do budoucnosti žádná povinnost.

U otázek prosím zaškrtněte jednu, či více z několika možných odpovědí, v případě potřeby vepište jinou odpověď.

Otázka č. 1 - Jaké je Vaše pohlaví?

1. Muž
2. Žena

Otázka č. 2 - Kolik je Vám let?

1. 18 – 26
2. 27 – 34
3. 35 – 44
4. 45 – 55
5. 56 a více

Otázka č. 3 - Jaká je Vaše funkce?

1. Lékař/ ka
2. Zdravotní sestra
3. Ošetřovatel/ka
4. Fyzioterapeut/ka
5. Jiná, prosím uveďte:.....

Otázka č. 4 - Jak dlouho zde pracujete?

1. 0 – 3 roky
2. 4 – 6 let
3. 7 – 10 let
4. 10 a více let

Otázka č. 5 - Pojem „Syndrom vyhoření“

1. Je pro mě neznámý.
2. Zním ze sdělovacích prostředků.
3. Zním z odborné literatury.
4. Zním od zaměstnavatele (školení).

5. Zním z vyprávění od svých blízkých, přátel nebo kolegů.
6. Jiná:

Otázka č. 6 - Syndrom vyhoření znamená:

1. Psychické zhroucení.
2. Fyzické vyčerpání.
3. Negativní postoj vůči kolegům a pacientům.
4. Psychické i fyzické vyčerpání - marnost a zbytečnost svého pracovního úsilí, ztráta chuti do života.
5. Jiná:

Otázka č. 7 - Syndromem vyhoření

1. Necítím se být ohrožený/á.
2. Může onemocnět každý z nás.
3. Týká se jen určitého typu lidí. Uveďte prosím, kterých:

Otázka č. 8 – Co pokládáte na svém pracovišti za nejvíce zatěžující?

1. Mám pocit, že moje práce ztrácí smysl.
2. Očekával/a jsem od výkonu svého povolání něco jiného.
3. Není šance na kariérní postup.
4. Jsem přetěžovaný/á.
5. Nejsem dostatečně oceněný/á.
6. Složité postupy, které se nedají změnit.
7. Špatná atmosféra na pracovišti.
8. Obavy z možného pochybení.
9. Nepříjemní pacienti.
10. Jiné skutečnosti, uveďte prosím jaké:

Otázka č. 9 - Jakým způsobem se odreagujete po velmi náročném pracovním dnu?

1. Aktivním sportem.
2. Procházkou v přírodě.
3. Hobby, zábava, TV, četba.
4. Relaxace při hudbě.
5. Jen tak si sednu/lehnu a přemýšlím si.
6. Mám blízké osoby, okruh přátel, se kterými si můžu popovídat.
7. Jsem tak unavený /á/, že nemám na žádné aktivity náladu.
8. Jinak, uveďte prosím jak:

Otázka č. 10 - Snažíte se předcházet vzniku syndromu vyhoření?

1. Ano
2. Nevím, jak bych měl/a
3. Ne - přejděte na otázku č. 12

Otázka č. 11 - Jak se snažíte předcházet vzniku syndromu vyhoření?

1. Dodržuji správnou životosprávu.

2. Organizuji si svůj denní program.
3. Věnuji se svým koníčkům.
4. Trávím hodně volného času se svými blízkými, s přáteli.
5. Udržuji pozitivní mezilidské vztahy na pracovišti i v osobním životě.
6. Pracovní problémy se snažím nepřenášet do osobního života.
7. Chodím pravidelně na procházky do přírody.
8. Relaxuji a pravidelně odpočívám.
9. Jinak, uveďte prosím jak:

Otázka č. 12 - Pokud byste se cítil/a syndromem vyhoření ohrožený/á, na koho byste se obrátil/a?

1. Kolega/kolegyně.
2. Nadřízený pracovník.
3. Partner/partnerka.
4. Přítel-kamarád/ přítelkyně-kamarádka.
5. Psycholog.
6. Zvládl/a bych to sám/a.
7. Nepatřím mezi lidi, kteří jsou syndromem vyhoření ohrožení.
8. Na někoho jiného, uveďte prosím na koho:

Otázka č. 13 - Je pro Vás pracovní kolektiv oporou, když se cítíte psychicky nebo fyzicky unavený/á?

1. Ano.
2. Ne.
3. Někdy ano, někdy ne.
4. Nechci se k této otázce vyjadřovat.

Otázka č. 14 - Co Vás motivuje k tomu, abyste měl/a chuť do práce?

1. Výše platu.
2. Možnost mimořádných odměn za dobře odvedenou práci.
3. Možnost zaměstnaneckých benefitů.
4. Příjemné pracovní prostředí.
5. Pracovní kolektiv.
6. Osobnost nadřízeného.
7. Jiná, uveďte prosím jaká:

Otázka č. 15 - Jakým způsobem odbouráváte psychické napětí na pracovišti?

1. Prohodím pár slov s kolegy.
2. Na chvíli vypnu, zavřu oči a myslím na něco hezkého.
3. Dám si kávu, čaj, apod.
4. Jdu se na pár minut projít ven.
5. Kontaktuji své blízké (telefon, SMS, e-mail, apod.).
6. Jinak, uveďte prosím jak:

Otázka č. 16 - Když se vyskytne nenadálá komplikace při řešení běžné situace na pracovišti:

1. Řeším je sám /sama/ v rámci svých kompetencí, či společně s pracovním týmem.
2. Raději nechám rozhodnutí o dalším postupu na kolegovi /na kolegyni/.
3. O rozhodnutích v takových situacích, nejsem kompetentní rozhodovat.
4. Dříve jsem se snažil/a řešit sám /sama, ale teď mi na to nezbyvá energie.
5. Jiná:

Otázka č. 17 – Prožil/a jste v poslední době nějakou zatěžující situaci?

1. Vážná nemoc v rodině.
2. Úmrtí blízké osoby.
3. Rozpad rodiny, rozchod s přítelem/přítelkyní.
4. Finanční problémy.
5. Neshody s blízkými příbuznými – opakované hádky.
6. Jiná, prosím uveďte jaká:.....

Otázka č. 18 - Jakým způsobem odbouráváte stres mimo pracovní prostředí?

1. Relaxací.
2. Sportem.
3. Popovídáním se svými blízkými.
4. Kontaktuji své známé, kamarády (telefon, SMS, e-mail, apod.)
5. Četbou knihy, časopisu.
6. Hudba, film, TV, PC.
7. Procházkou v přírodě.
8. Chovám domácí zvíře, věnuji se péči o něj.
9. Jinak, uveďte prosím jak:

Otázka č. 19 - Chováte v současné době nějaké domácí zvíře?

1. Ano, uveďte prosím jaké:
2. Ne.

Otázka č. 20 - Domácí zvíře pro Vás znamená?

1. Je /bylo/ jako člen rodiny.
2. Je /byl/ to můj kamarád, můžu /mohl jsem/ se mu svěřit se vším.
3. Když je mi „zle“, pomáhá mi, pomazlit se s ním.
4. Při péči o něj zapomenu na všechny starosti.
5. Je to jen zvíře.
6. Je to akorát přítěž.
7. Jiná, uveďte prosím jaká:.....

Otázka č. 21 – Co víte o canisterapii?

1. Je to pro mě neznámý pojem.
2. Zním ze sdělovacích prostředků.
3. Zním z odborné literatury.
4. Zním z vyprávění od svých blízkých, přátel nebo kolegů.

5. Jiná, uveďte prosím jaká:.....

Otázka č. 22 - Canisterapie na Vašem oddělení:

1. Probíhá.
2. Nepochází, prosím přejděte rovnou k otázce č. 25.

Otázka č. 23 - Probíhající canisterapie na Vašem oddělení pro Vás znamená:

1. Doplnující terapie, která pomáhá pacientům při rekonvalescenci.
2. Součást zkvalitnění péče o pacienty.
3. Terapie, která navozuje uvolněnější atmosféru, pacienti jsou po ní pozitivněji naladěni.
4. Příjemné vytržení z každodenní pracovní rutiny - možnost se odreagovat a přijít na jiné myšlenky.
5. Nechci se k tomu vyjadřovat.
6. Nesouhlasím s canisterapií na mém pracovišti.
7. Jiná, uveďte prosím jaká:.....

Otázka č. 24 - Když přijde na oddělení canisterapeutický pes, co uděláte? Po této otázce prosím přejděte na otázku č. 26.

1. Snažím se rychle dodělat svou práci a jít se s ním pozdravit.
2. Vím, že za mnou přijde sám, mám pro něj připravený pamlssek.
3. V klidu si dodělám svou práci, chvíle na přivítání se ještě najde. Nebo se chvilka najde příští týden.
4. Nic, je to milý pes, ale nemám na rozptylování od práce čas.
5. Myslím si, že pes do nemocničního prostředí nepatří.
6. Jiná, uveďte prosím jaká:.....

Otázka č. 25 – Kdyby probíhala canisterapie na Vašem oddělení:

1. Přivítal/a bych to.
2. Co bych mohl/a udělat pro to, aby mohla probíhat i na našem oddělení?
3. Nemyslím si, že je to pro naše oddělení vhodné.
4. Je mi to jedno, moji práci to neovlivní.
5. Jiná, uveďte prosím jaká:.....

Otázka č. 26 - Canisterapie v nemocnici

1. Je dobře, že probíhá v naší nemocnici.
2. Neměla by probíhat na lůžkových odděleních v nemocnici.
3. Canisterapie do nemocničního prostředí nepatří.
4. Je mi to jedno, nějak mě to neovlivnilo.
5. Jiná, uveďte prosím jaká:.....

Příloha č. 2 - Dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI)

MASLACH BURNOUT INVENTORY

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

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

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

Příloha č. 3 - Přepis osobních rozhovorů

Rozhovor č. 1

1. Vaše zaměstnání je zařazeno mezi rizikové pro onemocnění syndromem vyhoření. Je velmi psychicky i fyzicky náročné. Stává se i Vám, že se vrátíte z práce domů tak unavená, že nemáte na žádné aktivity náladu?

„Stává se mi to určitě. Sporadicky, občas. Nenechám se úplně vyšťavit v práci, vždycky si nechávám ty zadní vrátka.“

2. Máte nějaký rituál při návratu ze zaměstnání, který Vám pomáhá zbavit se starostí a únavy z pracovního dne?

„Ten mám určitě. Takže si sednu, dám si kávu a nohy nahoru a pustím si zprávy, to co mě zajímá. Většinou nějakou čtyřadvacítku a sleduji co se děje ve světě, abych byla v obraze. A když najdu, že má někdo větší starosti než já, tak mě to celkem vysvobodí z mých. To dělám každý den.“

3. Pojem syndrom vyhoření znáte. Máte pocit, že by mohl ohrozit i Vás?

„Tak určitě by mě mohl ohrozit. Ale myslím si, že zatím tomu tak není. Že se tomu statečně bráním. Zatím nemám takové pocity.“

4. Máte nějaký pozitivní zážitek spojený se zvířetem, který Vás nějakým způsobem ovlivnil?

„Mám zážitků spoustu pozitivních, protože mám doma čubu rasy....., jmenuje se a to je můj miláček. Takže pozitivní určitě. Ovlivňuje mě to, citově řekla bych, že to člověku opravdu pomáhá. Jinak mám i negativní zážitky se zvířetem. Když jsem pohřbívala, taky čubu jsem měla, s rakovinou. Ale nahradila jsem to novým zvířetem a je to takový drsný, ale funguje to.“

5. Je pro Vás motivací k práci morální ohodnocení?

„Určitě, určitě jo. Řekla bych, že spíš než to ohodnocení mzdový.“

6. Kdy naposledy jste slyšela pochvalu od svého kolegy/kolegyně?

„Tak docela slyším často pochvaly. Možná že to je to, co mě drží nad vodou. Mám to ráda, když mě někdo chválí a slyším to. Zrovna teď tady malujeme, takže v souvislosti s tím mě paní vrchní pochválila už několikrát.“

7. Vzpomenete si na pochvalu od nějakého pacienta, která Vás opravdu potěšila?

„Pochval je taky hodně od pacientů. Protože ta satisfakce v tom zdravotnictví je, jako obor bych řekla ojedinele, že je tam zpětná vazba okamžitě. A když se k těm lidem chováte hezky ohleduplně a samozřejmě všechno uděláte okolo těch lidí, co je potřeba, tak se každý dočká té pochvaly. Myslím si, že v tady tom oboru je taková satisfakce, bych řekla na nejvyšším stupni ze všech těch oborů. Konkrétně pochvala? Skoro každý den, ti pacienti nás chválejí.“

8. Jak se pacienti chovají ke zdravotnickému personálu?

„Tak chovají se různě, podle toho jak jsou vychovaní. To každej člověk si nese ten úděl z tý rodiny. Je to různě od sociálně nejslabších vrstev, až po ty nejvyšší, který by měly být na nejvyšším stupni toho chování. Je to různorodé. Ale bych řekla, že se chovají slušně. Chovají se tak, jak se chováme my k nim, asi tak. Pak jsou takový jako zkratový jednání, že jo. Jsou nemocní, tady na neurologii převažují i s psychiatrickým onemocněním, takže tam jsou ty

rozpory osobností. Pak teda člověk musí samozřejmě přistoupit k profesionálnímu způsobu jednání a komunikace. Ale říkám, že je to většinou takový to, jak se chováte vy k nim, tak se oni chovají k vám.“

9. Máte pocit, že canisterapie mění vztah pacienta k personálu?

„To určitě. S tím tady máme výborný zkušenosti. Ty lidi vidí, že my tady s tou Fanynkou, jak se k ní chováme a jak jsme z ní nadšený a odvázaný, tak oni pak taky na nás koukají jinak. Že se tak jako zlidštíme v tomhle ohledu. Takže to jako pomáhá.“

10. Canisterapie je jednou z doplňujících terapií, která pomáhá pacientům při rekonvalescenci, pamatujete si, kdo přišel s nápadem, aby probíhala na Vašem oddělení?

„Asi přišla ta Fanynka. Přišla s ní paní Procházková, a pak už to šlo tak nějak spontánně. Paní Procházková to byla asi. My jsme samy nějak nevyhledávaly takhle cíleně, protože to tady nebylo na tý Bulovce. Od té doby, co tady je, tak k nám chodí.“

11. Jaké další doplňující terapie probíhají na Vašem oddělení?

„Doplňující terapie? Tak to máme rehabilitaci. Pak tady máme bazální stimulaci, to děláme na JIPce. I na oddělení, když je teda čas, ono to zabere dost času. Logoterapie, ergoterapie, tady je. A doplňující výživová terapie, to se tady konziliárně taky dělá. Pak je tady canisterapie. Snažíme se nabízet všechno, co Bulovka tady poskytuje. Vždycky všechno hned vyzkoušíme, co se tady děje.“

12. Jak pacienti vnímají probíhající canisterapii na oddělení?

„No pozitivně. Většinou pacienti, kteří nesouhlasí nebo, který nemají rádi zvířata nebo nechťejí se dostat do kontaktu se psem, tak k tomu nevyzýváme. Ale jinak určitě pozitivně. Jsou z toho nadšený. Fanynku mají rádi.“

13. Je Fanny tématem k hovoru mezi pacientem a personálem?

„Taky určitě. To je právě takový to spontánní, že když člověk neví o čem, tak se aspoň může bavit a i navázat potom na další věci, že jo. Jakoby Fanynka je takový ten bod, kdy se ten člověk tak jako odblokuje. Takže potom se s ním dá mluvit daleko líp, než kdyby začal bez ní, že jo. Je to psychologicky řekla bych vhodná věc. To si člověk ani neuvědomuje, ale to tak je.“

14. Jaká je podle Vás na oddělení atmosféra, když tam Fanny přijde?

„Tak to je úplně úžasná, že jo. Protože Fanynka přijde a my se všichni na ní vrháme. Nejdřív personál, pak když se zbude na pacienty (smích). Takže atmosféra je, bych řekla nejvyšší, nejlepší.“

15. Je Fanny tématem k hovoru mezi Vámi a ostatními kolegy?

„Taky se o ní bavíme často. Máme tady ty její nástěnky, obrázky. Takže i jakoby tématem hovoru to je i s návštěvama, který sem přijdou. Vlastně z venku, kdokoliv projde okolo tý nástěnky, zeptá se, tak my jako reagujeme tím, jak je to úžasný, že to tady máme.“

16. Jak canisterapii přijímají Vaší kolegové?

„Tak všichni, řekla bych, tady. A jestli nějaký výjimky jsou, tak ty se jakoby nějak nezúčastňují. Ale v podstatě všichni asi pozitivně.“

17. Když přijde Fanny na oddělení, máte potřebu na ní nějak reagovat?

„Jo to máme potřebu (smích). Kolikrát se o ní perem (smích). Jako první, že jí dáme pusinku. Takže ji všichni ocicmáme, a pak jí rychle dojdeme pro něco dobrýho. Aby měla taky. Pohladíme jí, podrbeme, vyválíme se s ní po zemi (smích), pak jí dáme něco dobrýho. A pak může jít teprve pracovat (smích).“

18. Myslíte si, že Vám probíhající canisterapie pomáhá při Vaší práci? A v čem?

„Určitě nám pomáhá. A v čem? No říkám. Takový to odblokování. Že člověk ze sebe shodí takový ty běžný starosti a vnímá jí jako prostě nějakýho živýho tvora, kterej je milej, nestrannej. A ona předává tu energii. Jako je to hezký, no. Ještě bych něco vybrala, ale teď mě už nic nenapadá.“

Rozhovor č. 2

1. Vaše zaměstnání je zařazeno mezi rizikové pro onemocnění syndromem vyhoření. Je velmi psychicky i fyzicky náročné. Stává se i Vám, že se vrátíte z práce domů tak unavená, že nemáte na žádné aktivity náladu?

„Ne. To ne.“

2. Máte nějaký rituál při návratu ze zaměstnání, který Vám pomáhá zbavit se starostí a únavy z pracovního dne?

„Sednout si, dát si kávu a odpočívat. Vše vypnuté.“

3. Pojem syndrom vyhoření znáte. Máte pocit, že by mohl ohrozit i Vás?

„No, tak jsou okamžiky, kdy ano. Ale myslím si, že takovej pocit má asi každej z nás. Ale myslím ještě k tomu snad nedošlo. Myslím si, že ne. Ještě furt mám elán a chuť něco dělat. A ještě se to na mě ani fyzicky neprojevílo, že bych měla nějaké zdravotní obtíže související s vyčerpáním.“

4. Máte nějaký pozitivní zážitek spojený se zvířetem, který Vás nějakým způsobem ovlivnil?

„No, tak tady je pejsek. Fanyinka. To je úžasnej relax. A doma mám taky pejška. Takže ten mi dělá canisterapii doma.“

5. Je pro Vás motivací k práci morální ohodnocení?

„Samozřejmě. Řekla bych, že ještě větší smysl pro mě má morální ohodnocení, než finanční ohodnocení. Možná je to i daný tím, že já nejsem na tom finančním ohodnocení tak závislá, protože mám manžela, kterej je výdělečně činněj. Takže pro mě asi proto je to morální ohodnocení nejdůležitější.“

6. Kdy naposledy jste slyšela pochvalu od svého kolegy/kolegyně?

„Často. Často a naposledy? Možná že i dnes? Dnes, určitě. Teď, co tady budujeme, tak se snažíme tam tu sesternu udělat k obrazu našemu, aby se nám tam líbilo. A kolegyně si to chválí, takže ano. Dnes.“

7. Vzpomenete si na pochvalu od nějakého pacienta, která Vás opravdu potěšila?

„To bylo před čtrnácti dny. Ležel tady pacient. Dlouhodobě a ten opravdu chválou nešetřil. Je to v souvislosti, že jsem pacientovi domluvila canisterapii a to myslím, že byl i první impuls, že se pacient začal výrazně zlepšovat a začal se výrazně i motivovat ke spolupráci. A vlastně když odcházel, tak byla, jeho největší pochvala, že jsem ho tím nesmírně potěšila, že jsem mu zařídila tu Fanyнку. Tak to bylo v souvislosti s tím.“

8. Jak se pacienti chovají ke zdravotnickému personálu?

„Různě. Různě, je to velmi specifický. Samozřejmě záleží na té zpětné vazbě. Jak se chová zdravotnický personál k pacientům, tak se pacienti víceméně chovají k nám. Ale ne vždycky. Můžeme se kolikrát snažit chovat sebevíc a pacienti jsou na tom buď zdravotně tak špatně nebo to je prostě i jejich povahou. Takže různě. Ale vesměs musím říct, že pozitivně. Že pacienti jsou spokojeni a chovají se vhodně.“

9. Máte pocit, že canisterapie mění vztah pacienta k personálu?

„V každém případě. Určitě. Tam si myslím, že o tom není vůbec žádná diskuze. Že i ti pacienti, kteří tady byli, řekla bych - nepřístupní a přišla Fanyнка, tak i ten kontakt, ta komunikace s personálem se výrazně zlepšila.“

10. Canisterapie je jednou z doplňujících terapií, která pomáhá pacientům při rekonvalescenci, pamatujete si, kdo přišel s nápadem, aby probíhala na Vašem oddělení?

„Ne, tak to ne. Já jsem tady zastupovala a Fanyнка už tady byla. Takže vůbec netuším. Nevím.“

11. Jaké další doplňující terapie probíhají na Vašem oddělení?

„Ergoterapie, logopedie, fyzioterapie, bazální stimulace. Ta je hodně na JIPu a vlastně i na té následné péči. Vlastně je to hodně daný právě tím, že se snažíme pacienta stimulovat na základě jeho základních potřeb. Na tom oddělení ta bazální stimulace samozřejmě tolik neprobíhá, i když se taky snažíme, ale hlavně na tom JIPu a na té následný péči.“

12. Jak pacienti vnímají probíhající canisterapii na oddělení?

„Pozitivně. Zatím jsem se nesečkala s žádným ohlasem, že by někdo měl nějaké připomínky k tomu, že je tady pejsek. Nebo že je vlastně u pacientů na lůžku. Opravdu, myslím si, že zatím jsem jenom pozorovala pozitivní reakce.“

13. Je Fanny tématem k hovoru mezi pacientem a personálem?

„Určitě. Říkám právě u toho konkrétního pacienta, kterej byl tady zpočátku velmi depresivní, protože doma měl taky pejska. A tady byl úplně odpoutanej od toho domova a ta Fanyнка.... Já jsem mu dokonce dala fotku té Fanyňky, že on měl najednou pocit, že vlastně navázal kontakt s tím svým pejskem, že tady nebyl úplně sám. Takže určitě.“

14. Jaká je podle Vás na oddělení atmosféra, když tam Fanny přijde?

„Vřelá, přátelská, plná pozitivních emocí. Všichni jsme z ní paf. Všichni ji tady muckáme, ňuchňáme, opečováváme.“

15. Je Fanyнка tématem k hovoru mezi Vámi a ostatními kolegy?

„Samozřejmě. I dnes...s kolegyní se domlouváme, kdo by byl nejvhodnější adept. Většinou tohle to ani neřešíme tolik s lékaři, to si spíš domlouváme mezi sebou. A potom to lékaři

jenom řekneme, aby tu terapii zajistil. Ale vlastně těmi iniciátory jsme my, ty pacienty známe.“

16. Jak canisterapii přijímají Vaší kolegové?

„Taky pozitivně. Samozřejmě je tady strašně znát i přístup empatickej personálu. Ne všichni máme stejnou dávku empatie. A jsou strašný rozdíly mezi pejskařema. Kolegyně, který mají pejska, to vnímají zase trošku jinak než ty, které pejska nemají.“

17. Když přijde Fanyinka na oddělení, máte potřebu na ní nějak reagovat?

„Hmmm, okamžitě. Jako jakmile se tady zjeví na tý chodbě, tak člověk, pokud zrovna nedrží něco v ruce, co nemůže odložit, tak to odloží a jde se jí věnovat. Protože ona vlastně upoutá svojí pozornost.“

18. Myslíte si, že Vám probíhající canisterapie pomáhá při Vaší práci? A v čem?

„Určitě. Říkám, za prvé v tom kontaktu s pacientem je nesmírněj přínos. Pacienti se stávají otevřenější, komunikativnější a samozřejmě se zlepšuje komunikace mezi personálem. Protože za prvé se o toho danýho člověka daleko víc zajímáte do hloubky jeho problému, zjišťujete si o něm určité věci, než vůbec přistoupíte k tomu, že k němu pejska zavoláte. Myslím si, že je to velká pomoc.“

Rozhovor č. 3

1. Vaše zaměstnání je zařazeno mezi rizikové pro onemocnění syndromem vyhoření. Je velmi psychicky i fyzicky náročné. Stává se i Vám, že se vrátíte z práce domů tak unavená, že nemáte na žádné aktivity náladu?

„Určitě, samozřejmě to není pravidlem. Ale jsou takový dny, prostě někdy jo.“

2. Máte nějaký rituál při návratu ze zaměstnání, který Vám pomáhá zbavit se starostí a únavy z pracovního dne?

„No, asi přijdu domů a dám si kávu a cigaretu (smích).“

3. Pojem syndrom vyhoření znáte. Máte pocit, že by mohl ohrozit i Vás?

„Určitě, asi časem možná, když toho bude příliš. Ale tak si myslím, že dělám všechno pro to, aby to tak nebylo.“

4. Máte nějaký pozitivní zážitek spojený se zvířetem, který Vás nějakým způsobem ovlivnil?

„No určitě. Jelikož znám canisterapii, ta k nám i chodí. Ale i z bývalé práce. Tam jsme měli bazálku a hodně spolupracovali...takže určitě se psem. Dělá to hrozně moc u těch lidí.“

5. Je pro Vás motivací k práci morální ohodnocení?

„Jo, je.“

6. Kdy naposledy jste slyšela pochvalu od svého kolegy/kolegyně?

„Dneska.“

7. Vzpomenete si na pochvalu od nějakého pacienta, která Vás opravdu potěšila?
„Jo, zařídila jsem pro pacienta domov důchodců následný péče. A ten člověk se sám od sebe časem ozývá. Což je to takový jako hezký.“
8. Jak se pacienti chovají ke zdravotnickému personálu?
„To záleží na tom pacientovi. Většinou to je tak, že se to jako dá, ale samozřejmě je to takových 30 - 40 % co prostě...agresivita a ošklivý chování, a tak dále a tak dále.“
9. Máte pocit, že canisterapie mění vztah pacienta k personálu?
„Určitě, vidí tu snahu takovou, že ten člověk dává do té práce maximum.“
10. Canisterapie je jednou z doplňujících terapií, která pomáhá pacientům při rekonvalescenci, pamatujete si, kdo přišel s nápadem, aby probíhala na Vašem oddělení?
„Tak to nevím. To jsem tady krátce a to už si myslím, že už to bylo dýl.“
11. Jaké další doplňující terapie probíhají na Vašem oddělení?
„Rehabilitace, canisterapie, tak to taky záleží. Logopedka tady je. To záleží asi na tom člověku. Ale já si myslím, že u nás hodně funguje to, že tady zastáváme spoustu dalších sester. Že my samy si snažíme ty lidi odrehabilitovat, až prostě po to mluvení. Kór u těch CNPěček, kdy to je potřeba.“
12. Jak pacienti vnímají probíhající canisterapii na oddělení?
„Jak kdo. Kdo má rád zvířata. Ale většinou ti, co mají doma pejsky, tak ti jsou hodně závislí na tom. Tam je to vidět.“
13. Je Fanny tématem k hovoru mezi pacientem a personálem?
„Taky záleží na tom pacientovi, jestli opravdu má rád zvířata nebo ne. Ale samozřejmě pejskaři ty o tom mluvit budou, že jo. Furt.“
14. Jaká je podle Vás na oddělení atmosféra, když tam Fanny přijde?
„Taková...všichni se rozzářej (smích).“
15. Je Fanny tématem k hovoru mezi Vámi a ostatními kolegy?
„Tak když tady je, tak v tu chvíli asi tam proběhne pár rozhovorů na to téma.“
16. Jak canisterapii přijímají Vaší kolegové?
„Většina ji bere, většina je z toho nadšená, ale samozřejmě ne každé.“
17. Když přijde Fanny na oddělení, máte potřebu na ní nějak reagovat?
„Určitě, určitě si jí zavolám, pohladím si jí.“
18. Myslíte si, že Vám probíhající canisterapie pomáhá při Vaší práci? A v čem?
„No maximálně u toho člověka, když je nějak negativní a nechce spolupracovat a opravdu je ten pejskař dejme tomu, tak potom ano. Potom toho člověka tak jako trochu obměkčí. Ale že by mi to jinak pomáhalo, tak to ne.“

Rozhovor č. 4

1. Vaše zaměstnání je zařazeno mezi rizikové pro onemocnění syndromem vyhoření. Je velmi psychicky i fyzicky náročné. Stává se i Vám, že se vrátíte z práce domů tak unavená, že nemáte na žádné aktivity náladu?

„Ano, to se stává.“

2. Máte nějaký rituál při návratu ze zaměstnání, který Vám pomáhá zbavit se starostí a únavy z pracovního dne?

„Ano, rituál ano. Přijdu domů, udělám si kávu, posadím se chvíli a relaxuji. To znamená, že si dám i nohy chvíli nahoru, protože se tady nalítáme hodně na té chodbě, takže si odpočívám i chvíli nohama. Potom jdu, osprchuji se, pustím si televizi, najím se popřípadě a připravuji se psychicky na druhý den.“

3. Pojem syndrom vyhoření znáte. Máte pocit, že by mohl ohrozit i Vás?

„No, tak já si myslím, že asi každého z nás, že má takovou tu chvíli, kdy má takový ten pocit vyhoření. Ale zase práce je taková, já teda nevím, mluvím sama podle sebe, že mě to i naplňuje. Že mám pocit, že jsem udělala něco dobrého. A to okamžitě ten syndrom přebije, to vyhoření.“

4. Máte nějaký pozitivní zážitek spojený se zvířetem, který Vás nějakým způsobem ovlivnil?

„Mám pozitivní, protože máme doma dva pejsky, takže kolikrát přijdu domů a ten pes vás uvítá a prostě okamžitě zapomenete na všechno.“

5. Je pro Vás motivací k práci morální ohodnocení?

„No samozřejmě, samozřejmě je to tak, že vás popřípadě jakákoliv pochvala nakopne a zase se vám jinak pracuje.“

6. Kdy naposledy jste slyšela pochvalu od svého kolegy/kolegyně?

„No, jako dost často. Paní staniční kolikrát přijde a pochválí, že jako.“

7. Vzpomenete si na pochvalu od nějakého pacienta, která Vás opravdu potěšila?

„Ano, tak jako třeba mi říkaj, že jsem andílek takovej, že jsem usměvavá. Já teda v žádném případě nepřenáším své věci, co se týče doma, problémů, nezatahuji do práce.“

8. Jak se pacienti chovají ke zdravotnickému personálu?

„No, tak se chovají dobře, já si myslím, že my jim vycházíme vstříc, a že jakoby neměli mít nějaký problémy. Ale najdou se i tací, který... Ale já si myslím, že je to daný tou nemocí, že jsou třeba nevrlí, nepříjemní. Musíme být tolerantní vůči těm pacientům, protože ta nemoc určitě nikomu nepřidá.“

9. Máte pocit, že canisterapie mění vztah pacienta k personálu?

„Tak to si myslím, že ano, ale že to zas není na takovém stupni. I když se říká, že výjimky potvrzují pravidlo, že jo.“

10. Canisterapie je jednou z doplňujících terapií, která pomáhá pacientům při rekonvalescenci, pamatujete si, kdo přišel s nápadem, aby probíhala na Vašem oddělení?
„Jo, tak teďkom to.. Ale já si myslím, že o tom si pořád vyprávíme. Že přijde paní staniční, že nám tohle povídá, takže já si myslím, že to bereme asi tak samozřejmě, že by to tak mělo fungovat.“

11. Jaké další doplňující terapie probíhají na Vašem oddělení?
„Doplňující terapie, že sem docházejí s pejskem. To je strašně pro pacienty dobrá věc.“

12. Jak pacienti vnímají probíhající canisterapii na oddělení?
„Asi kladně, určitě kladně.“

13. Je Fanny tématem k hovoru mezi pacientem a personálem?
„No určitě. To určitě. Takový ti pacienti se těšej, když jim řeknem, že přijde pejsek. Povídáme si s nima o pejskách. Protože sem dochází s Fanyňkou. Je to jiný téma k hovoru, nebo převádíme třeba, jaký je počasí, aby jsme prostě ty lidi odvedli od toho, aby nepřemýšleli nad tou svojí nemocí. Nebo zasmějeme se, občas nějaká ta anekdota. Snažíme se prostě, aby ti lidi přišli na jiné myšlenky.“

14. Jaká je podle Vás na oddělení atmosféra, když tam Fanny přijde?
„Samozřejmě, že kladná. Všichni máme radost, že vidíme zvířátko, že jo.“

15. Je Fanny tématem k hovoru mezi Vámi a ostatními kolegy?
„Ano, ano.“

16. Jak canisterapii přijímají Vaší kolegové?
„Tak já si myslím, že všichni kladně.“

17. Když přijde Fanny na oddělení, máte potřebu na ní nějak reagovat?
„Samozřejmě. Pohladíme, zavoláme, potěšíme se pohlazením. Máme pro ni schované dobroty. Ona byla zvyklá, že vždycky přišla k nám na sesternu, protože věděla, že vždycky něco dobrého dostane.“

18. Myslíte si, že Vám probíhající canisterapie pomáhá při Vaší práci? A v čem?
„No stoprocentně. No máte hned lepší náladu, na ten den. Vidíte, že ten pes dochází za pacientama, že ho pohladí. Vidíte, že ty lidi jsou spokojení. A samozřejmě, když vidíte spokojený pacienty, tak jste spokojená sama.“

Rozhovor č. 5

1. Vaše zaměstnání je zařazeno mezi rizikové pro onemocnění syndromem vyhoření. Je velmi psychicky i fyzicky náročné. Stává se i Vám, že se vrátíte z práce domů tak unavená, že nemáte na žádné aktivity náladu?
„Stává. A dost často.“

2. Máte nějaký rituál při návratu ze zaměstnání, který Vám pomáhá zbavit se starostí a únavy z pracovního dne?
„Já si myslím, že takovej rituál...že prostě přijdu domů, je tam ten klid. Pro mě je rituál třeba i uvařit dobrý jídlo, prostě. Jo, prostě já si myslím, že na ostatní aktivity není ani moc času.“

No, já nevím, ráda se jdu někam podívat s rodinou. Ráda chodím do lesa, kde je ticho, klid. Nebo na procházky. Ale jinak si myslím, že nám na moc věcí nezbyvá čas.

3. Pojem syndrom vyhoření znáte. Máte pocit, že by mohl ohrozit i Vás?

„No, ono takhle. Syndrom vyhoření - když máte problémy doma a problémy v práci, a když se to nakupí, tak si myslím, že to ohrožení tady je. Protože na takovou práci musíte být v pohodě. Jakmile budete mít problémy doma, tak samozřejmě budete dělat chyby i v práci. Ale já si myslím, co se týká mě, tak že tady pracuju tak dlouho, že ne. Těžko říct. Zatím se mi to nestalo, že bych jako vyhořela až tolik. Spíš ty lidi potřebuju k tý komunikaci. Spíš naopak, ty lidi pomáhaj mě. Protože si člověk uvědomí, když v tom pracujete...máte nějaký problém a říkáte si, že ten problém, co mám já a co mají ty lidi, to se nedá srovnat. Třeba když vidíte, že někdo umírá, mladej člověk, jo. To je ta motivace pro vás. Řeknete si, já se nebudu zaobírat takovou prkotinou, když vidím, že je ten člověk na tom takhle. Asi tak.“

4. Máte nějaký pozitivní zážitek spojený se zvířetem, který Vás nějakým způsobem ovlivnil?

„Jo určitě. Měli jsme hodně zvířátek. Nevím. Já mám ráda zvířata. Třeba jsme měli doma bílou myšku. Děti ji měly ochočenou, byla hrozně inteligentní. A když umírala, tak jsem to s dětma prožívala. Naši mají pejska, to jsem zase bojovala, aby měli pejska.“

5. Je pro Vás motivací k práci morální ohodnocení?

„Určitě. Mně stačí, když mě nějaká babička chytne za ruku a řekne mi: 'Sestřičko, vy jste anděl, vy jste tak hodná.' To víte, že to je motivace pro každého z nás. Určitě ne, když na vás křičej, že jo. A nadávaj vám. Což je tady taky běžný občas. Určitě. Pro mě je určitě důležitější od těch lidí, než od nadřízených.“

6. Kdy naposledy jste slyšela pochvalu od svého kolegy/kolegyně?

„No tak já nevím. Já si myslím, že jsem tady chválená de facto pořád. Já si myslím, že tady máme dobrou kolektiv, že se povzbuzujem tak nějak navzájem. Já si myslím, že to slychávám dost často a nejenom já, ale že se chválíme tak nějak všechny. My se takhle podporujem.“

7. Vzpomenete si na pochvalu od nějakého pacienta, která Vás opravdu potěšila?

„No, bylo to v pátek. Přišla pacientka, která na mě napsala pochvalu vrchní. A přišla mi poděkovat a přinesla mi kytičku. Bylo to v pátek, takže čerstvej zážitek.“

8. Jak se pacienti chovají ke zdravotnickému personálu?

„Pacienti? Tak zase záleží, co to je za pacienta, že jo. Někteří pacienti jsou úžasní, některý jsou prostě agresivní. Tady na neurologii je různá sorta pacientů. Jsou tady lidi, kteří jsou po mozkových příhodách, jsou tu nádory v mozku nebo jsou tu subdura. A to jsou lidi, který většinou, bohužel...tam ten mozek je poškozenej, takže někdy jsou agresivní. Takže různě. Někteří se k vám chovaj až moc...jakoby...někdo je hysterickéj, každej má jinej práh bolesti. Je to různý. A od toho se to odvíjí, jak oni se chovají k nám.“

9. Máte pocit, že canisterapie mění vztah pacienta k personálu?

„Já si myslím, že určitě. Nebo takhle. Jestli k personálu nevím, ale já si myslím, že ten pejsek každého potěší. Toho pacienta stoprocentně. Aspoň já, kdybych já byla pacient, a přišel by ke mně, jako naše Fanyňka, tak mi to udělá hroznou radost. Třeba ty starý lidi, který nikoho nemaj. Oni jenom touží, aby je prostě někdo pohladil a oni někoho pohladili. Tak určitě,

samozřejmě. Je to taková vsuvka, že jo. Prostě najednou je tady pejsek. A ono vůbec, když se tady ta Fanyňka objeví, tak všichni koukají, hladí si jí a ona čeká, co od každého dostane. Jako i my si s ní hrajeme, házíme jí míček a všichni koukají. Jako jo, je to pozitivní, určitě.“

10. Canisterapie je jednou z doplňujících terapií, která pomáhá pacientům při rekonvalescenci, pamatujete si, kdo přišel s nápadem, aby probíhala na Vašem oddělení?
„No já jsem tady v tu dobu nebyla, ale jestli v tom neměla prsty staniční. Já si myslím, že s tím je docela spojená. Myslím si, že to byla ona, ale nejsem si s tím úplně zcela jistá. Já jsem tady v té době nebyla, ale viděla jsem teda fotky od štěňátka vlastně. Nevím, čím to byl nápad. Bud' staniční, nebo vrchní.“

11. Jaké další doplňující terapie probíhají na Vašem oddělení?
„Terapie, jaké terapie.... Fyzioterapie, chodí Fanyňka, canisterapie. Jeden čas tady i svítily na ty lidi tou lampou. Dochází taky na to cvičení. Ale že by tady byla nějaká, kromě tedy naší sesterský, že jo. Pro ně může být terapie jenom to, že si k nim sednem a povídáme s nima, že jo. To si myslím, že tady udělá hodně pro ty lidi. Ale o nějakých speciálních terapiích teď nevím.“

12. Jak pacienti vnímají probíhající canisterapii na oddělení?
„Já si myslím, že pokud ten člověk vnímá, tak ji vnímají velice dobře a pozitivně. Říkám, pokud ten člověk vnímá.“

13. Je Fanny tématem k hovoru mezi pacientem a personálem?
„Jó ptají se kolikrát. Jé, co je to za pejska, hladí si jí. Tak to určitě.“

14. Jaká je podle Vás na oddělení atmosféra, když tam Fanny přijde?
„Jak říkám, všichni jsou nadšení, Fanyňka je tady. Všichni házejí míček, nebo nějakou dobrůtku se jí snažej dát, takže jako dobrá. I jako pro nás. Fanyňka nakráčí tím svým krokem, ona ví, že je středem pozornosti, tak jde jako královna. Ale jo, určitě každého zabaví.“

15. Je Fanny tématem k hovoru mezi Vámi a ostatními kolegy?
„No, tak to je zase o tom....minule ji tady sestra sháněla pelíšek, protože ji dostala na hlídání. Tak jako jo, bavily jsme se kolikrát o Fanynce. Třeba: ta je dneska nějaká vyčesaná. A ona s náma dneska nemluví, je taková nafrněná. Občas něco proběhne, to víte, že jo.“

16. Jak canisterapii přijímají Vaší kolegové?
„Já bych řekla, že to všichni bereme úplně stejně. Že máme Fanyňku stejně rádi.“

17. Když přijde Fanny na oddělení, máte potřebu na ní nějak reagovat?
„Já ji musím vždycky pohladit (smích). A to si myslím, že nejenom já.“

18. Myslíte si, že Vám probíhající canisterapie pomáhá při Vaší práci? A v čem?
„Hmmm. Já nevím....mně. Já si myslím, že pacientům. A oni, když z toho mají dobřej pocit, tak já z toho mám taky dobřej pocit. Jo. Ať je to z čehokoliv, že jo. Je s nima lepší spolupráce.“