

**Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta  
Katedra křesťanské sociální práce**

**Bakalářská práce**

**2011**

**Jana Jurásková**

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Cyrilometodějská teologická fakulta**  
**Katedra křesťanské sociální práce**  
Charitativní a sociální práce

Jana Jurásková

**Syndrom vyhoření u osob pečujících  
o osobu blízkou**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Dita Palaščíková  
**2011**

## **Prohlášení**

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.*

V Olomouci 3. května 2011

Jana Jurásková

## **Poděkování**

*Zde bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Ditě Palaščíkové za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné podněty, ale také především za její lidský přístup, ochotu a čas, který mně při konzultacích věnovala. Dále bych chtěla poděkovat slečně Bc. Veronice Mahdalové a Mgr. Zdeňce Gurecké za neformální konzultace, p. Marii Vintrové za vytipování respondentů, respondentům za ochotu k nahrávání rozhovorů, panu Miroslavovi Bartončíkovi za podporu při technickém zajištění práce a rodině za trpělivost a psychickou podporu.*

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>7</b>
<b>A. Teoretická část .....</b>	<b>9</b>
<b>1 Péče, dlouhodobá péče v domácím prostředí .....</b>	<b>9</b>
1.1 Péče.....	9
1.2 Péče jako proces uspokojování potřeb.....	12
1.3 Dlouhodobá péče .....	13
1.4 Péče v domácím prostředí – domácí péče.....	14
<b>2 Osobnost pečujícího .....</b>	<b>16</b>
2.1 Vymezení pojmu osobnost.....	16
2.2 Emoce .....	17
2.3 Motivace .....	19
2.4 Hodnoty .....	20
2.5 Osobnostní rysy a vlastnosti .....	22
2.6 Typologie osobností.....	23
2.7 Reflexe a sebereflexe .....	23
2.8 Vztahy jako součást bytí.....	24
2.9 Životní zkušenost.....	25
<b>3 Životní styl pečujících.....</b>	<b>27</b>
3.1 Hierarchie potřeb, frustrace, deprivace.....	27
3.2 Životní styl.....	28
3.3 Podmínky práce .....	29
3.4 Volný čas .....	30
3.5 Společenský život .....	31
<b>4 Syndrom vyhoření u osob pečujících .....</b>	<b>32</b>
4.1 Vymezení pojmu.....	32
4.2 Diagnostika syndromu vyhoření.....	33
4.3 Fáze syndromu vyhoření.....	34
4.4 Příčiny syndromu vyhoření.....	34
4.5 Prevence a léčba syndromu vyhoření - formy pomoci .....	35

<b>B. Výzkumná část .....</b>	<b>37</b>
<b>1 Úvod .....</b>	<b>37</b>
1.1 Charakteristika výzkumu .....	37
<b>2 Cíl práce.....</b>	<b>39</b>
2.1 Charakteristika respondentů .....	39
2.2 Použité metody výzkumu.....	41
2.3 Popis místa výzkumu .....	42
<b>3 Sběr dat.....</b>	<b>43</b>
3.1 Přípravná fáze .....	43
3.2 Realizační fáze .....	43
3.3 Závěrečná fáze .....	45
<b>4 Vyhodnocení a interpretace výsledků .....</b>	<b>46</b>
4.1 Seznam vytvořených kategorií.....	46
4.1.1 „Vyždímaný citrón“ .....	46
4.1.2 „Každý to má jinak“ .....	48
4.1.3 „Jízda s kopce“ .....	50
4.1.4 „Něco za něco“ .....	52
4.1.5 „Boj s větrnými mlýny“ .....	54
<b>5 Diskuze - Shrnutí výsledků empirické části .....</b>	<b>56</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>58</b>
<b>SEZNAM LITERATURY .....</b>	<b>61</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>65</b>
Příloha č. 1 - Ukázka použitých otázek pro respondenty: .....	66
Příloha č. 2 - Rozhovor s paní „E“ .....	68
Příloha č. 3 - Maslach Burnout Inventory.....	75
Příloha č. 4 - Pocitový dotazník.....	80

## ÚVOD

*„Vím, že jen v nebi nejsou andělé vzácností. Zde na zemi jsou jen lidé. Ale je to málo? To vpravdě lidské je láska.*

*Přibude –li naším úsilím každodenně alespoň trochu lásky, nebudeme žít marně.“*

František Lukeš

Tato bakalářská práce se věnuje problematice Syndromu vyhoření u osob, které pečují o osobu blízkou a navazuje na moji absolventskou práci, která nese tentýž název „Syndrom vyhoření u osob pečujících o osobu blízkou.“ Když se vysloví slovo péče, mnohým z nás se vybaví děti, staří, nemocní, bezmocní. Péče o druhé je velmi záslužná činnost, která dává životu smysl. Na druhou stranu může paradoxně dojít k tomu, že během několika týdnů, měsíců či let, jak uvádí některé výzkumy, pečující smysl života ztrácí. Proč tomu tak je – na tuto a mimo to i na další otázky, související se syndromem vyhoření, jsem se snažila odpovědět právě ve své prvně psané práci. Tato práce byla teoretickou a zabývala se popisem této problematiky z pohledu pečující osoby. Stala se tak teoretickým rámcem, který poskytuje základní informace a zároveň podkladem pro další navazující práci, která je prací empirickou. První část mé bakalářské práce má za cíl zaměřit se i na další popisná a hodnotící hlediska, která se v předchozí práci nevyskytují a rozšířit tak podklad pro výzkumnou část práce. Používám metodu práce vidět – hodnotit- jednat. V první fázi – vidět – na základě odborné literatury a faktů empirického kvalitativního výzkumu popisují problém syndromu vyhoření u osob pečujících o osobu blízkou, jeho projevy psychické, fyzické, mezilidské, dopady na okolí, popisují existující formy pomoci. Ve druhé fázi – hodnotit - přistupuji k hodnocení dopadů psychosociálního problému, kterým syndrom vyhoření bezesporu je, formy pomoci a služby. Ve třetí fázi jednat – se pokouším učinit závěry v kontextu sociální práce. Dalšími metodami je analýza, syntéza a kompilace, kdy sbírám poznatky autorů sociologů, psychologů, sociálních pracovníků.

Výzkumná část této práce se zabývá životními zkušenostmi pečující osoby. Pro získání informací ke zpracování dat byla v souladu s výzkumnou otázkou použita kvalitativní metoda výzkumu. Využila jsem techniky polostrukturovaného rozhovoru. Prvořadou inspirací k vytváření otázek k rozhovorům mi sloužila publikace Miovskeho *Kvalitativní*

*přístup a metody v psychologickém výzkumu.*<sup>1</sup> Hlavní cílem je zaměřit se na problematiku životních zkušeností osob pečujících o osobu blízkou a zjistit, jaké jsou životní zkušenosti pečujícího v domácím prostředí. Jako dílčí cíle jsem zvolila následující: prozkoumat případy se zvýšeným rizikem vzniku syndromu vyhoření do hloubky a identifikovat shody a rozdíly v životních osudech pečujících, zjistit, jak se změnila životní situace pečující osobě v souvislosti s péčí o osobu blízkou, popsat životní styl pečujícího, zjistit důvod motivace vedoucí k péči o osobu blízkou, analyzovat na konkrétních příkladech, jak je možné syndromu vyhoření čelit.

Výzkumnou část otevírá kapitola úvodní, která seznamuje čtenáře s charakteristikou výzkumu, následující popisuje vytyčený hlavní cíl a s ním čtyři dílčí cíle, které tvoří základ pro pojmenování kategorií. Třetí kapitola podává obraz, jakým způsobem byla data sbírána. Deskripce dat a jejich následné kódování tvoří hlavní jádro této práce. Tyto data pak interpretuje kapitola čtvrtá. V diskusi hodnotím výsledky výzkumu. Celou práci uzavírá závěr, v němž se pokouším zhodnotit naplnění cílů, které jsem si kladla v úvodu práce.

...

---

<sup>1</sup> MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4 .



## **A. Teoretická část**

### **1 Péče, dlouhodobá péče v domácím prostředí**

V následující kapitole popisuji a definuji pojmy péče, soběstačnost, sociální pomoc, dlouhodobá péče a domácí péče. Níže uvedené definice a pojetí mají za úkol vnést vzhled na péči jako takovou a pomoci čtenáři zorientovat se v problematice poskytované péče. Vzhledem k tomu, že se zabývám v bakalářské práci sociálními službami a jinou formou pomoci pečující osobě, považuji za nutné se seznámit s pojmem péče v širším kontextu.

#### **1.1 Péče**

Pojem je těžko definovatelný, protože péče je vždy sociálního charakteru. Týká se celého spektra lidí a jejich potřeb. Dle toho, komu je péče určena, rozlišují mnozí autoři (Matoušek, 2003, Baštecká, Goldmann 2001) následující - péče o seniora, péče o umírajícího – paliativní péče, hospicová, péče o pozůstalé, péče o dítě – rodičovská, pěstounská. Dle místa poskytované péče se dělí na: domácí, instituovanou, ambulantní, pobytovou - rezidenční, jakým způsobem je prováděna, nese přívlastky pastorační, společná, střídavá, zdravotní, ošetrovatelská, sociální. Podle délky poskytované péče rozlišujeme péči občasnou a dlouhodobou. O druzích, které souvisí s péčí o osobu blízkou, se více zmiňuji později. Pojem péče nemá jasnou definici. Možná i proto, že péče je stará jako lidstvo samo. Dá se z toho usuzovat, že je člověku i vlastní, daná a nařízená. Když se podíváme do velmi dávné historie, jak zmiňuje Bible (např. Jk 1, 27), pospolitost má povinnost postarat se o vdovy, sirotky a další, kteří pomoc potřebují. Příkladem šel dokonce král: „A tak sídlil Mefíbóšet v Jeruzalémě, neboť každodenně jídal u králova stolu. Kulhal na obě nohy“ (2. Samuelova 9:13). Vnímavost vůči utrpení a snaha na toto utrpení reagovat, tvořilo konstitutivní prvek sebepojetí křesťanských komunit – katolické – charitní činnost, evangelické – diakonické, pravoslavní – filantropické uplatňování lásky (caritas) a to od samého počátku jejich existence.(Doležel, 2010). V Českých zemích, podobně jako jinde, byla sociální péče převážně na rodině a blízkých, až od 16. století pomalu přechází i na stát. V současnosti je v české právní úpravě péče pojmem tradičním, z obsahového

hlediska však spíše odpovídá pojmu sociální pomoci ([www.zdn.cz](http://www.zdn.cz)) Valerián Bugel (2010) se v souvislosti se sociální pomocí zmiňuje o „specifickém druhu interakce, jakou lze označit slovy charitativní/sociální/humanitární pomoc“, která je možnou odpovědí na rozdílnou sociálně-ekonomickou situací lidí patřících do různého typu společenství.

Péče vyplývá ze společenské solidarity, spočívá v redistribuci prostředků a služeb ve společnosti.(Krebs, 2005) Od používání pojmu péče se v současné době opouští, protože se má za to, že brání klientovi v aktivitě. Dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který nabyl účinnosti dnem 1.1.2007 (dále jen zákon o sociálních službách), se zmiňuje pomoc a podpora v souvislosti se začleňováním do společnosti.(Chloupková, 2009) Kopřiva (2000) potvrzuje důležitost rozvíjení autonomie: „Nadměrná kontrola brání rozvoji autonomie“ Pravidlo „umožnit člověku, kterému pomáháme, aby si co nejvíc věcí dělal sám.“ zmiňují v procesu péče i francouzští autoři Pichaud a Thoreuová (1998, s. 42)

Cílovou skupinou jsou lidé, kteří potřebují pomoc – jsou závislí na pomoci. V souvislosti s tématem mé práce se musím zmínit o skupině lidí jako objektu péče v domácím prostředí. Typickým a společným rysem pro výše uvedené je určitá míra bezmocnosti.

**Bezmocnost**, jak ji charakterizuje zákon č. 100/1998 a zákon č.. 582/1991: jde o trvalý stav vyžadující nepřetržitou péči, tj. ošetřování a obsluhu (Matoušek, 2003). Dnes se spíše používá termín závislost na pomoci jiné fyzické osoby. Výše zmíněný zákon o sociálních službách, označuje osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby na základě kritéria posuzování péče o vlastní osobu. Dle tohoto kritéria pak stanovuje stupně závislosti:

1. lehká závislost – nutná každodenní pomoc při 12 a více úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti
2. středně těžká závislost – nutná každodenní pomoc při 18 a více úkonech péče o vlastní osobu
3. těžká závislost – nutná každodenní pomoc při 24 úkonech péče o vlastní osobu
4. úplná závislost – nutná každodenní pomoc při 30 a více úkonech péče o vlastní osobu.

Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony: příprava stravy, podávání, porcování stravy, přijímání stravy,

dodržování pitného režimu, mytí těla, koupání nebo sprchování, péče o ústa, vlasy, nehty, holení, výkon fyziologické potřeby včetně hygieny, vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh, sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě, stání, schopnost vydržet stát, přemísťování předmětů denní potřeby, chůze po rovině, chůze po schodech nahoru a dolů, výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení, oblékání, svlékání, obouvání, zouvání, orientace v přirozeném prostředí, provedení si jednoduchého ošetření, dodržování léčebného režimu. Při posuzování soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat určité úkony (zákon o sociálních službách). Podle tohoto stupně je pak vyplácen příspěvek na péči, z kterého si osoba závislá hradí různé služby spojené s péčí. V případě pečování o osobu blízkou by měl být příspěvek i finančním ohodnocením práce člověka, který pečuje. V současnosti se hodně diskutuje o zneužívání tohoto příspěvku. Pečující osoba tento příspěvek má jako hlavní příjem, pokud je doma a pečuje celodenně, nebo vedlejší příjem k přilepšení důchodu nebo jiného příjmu.

**Příspěvek na péči**, jak jej popisuje zákon o sociálních službách, se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Nárok mají osoby uvedené v § 4 odst. 1) zákona o sociálních službách, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu takovou pomoc potřebují – tj. při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Další podmínkou je, že jim tuto pomoc příslušná osoba poskytuje (osoba blízká, jiná fyzická osoba, poskytovatel sociálních služeb). Nárok na příspěvek však nemá osoba mladší jednoho roku, kde se předpokládá srovnatelný stupeň péče jako o osoby bez nepříznivého zdravotního stavu. O příspěvku rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností. (Kalvach, 2009)

Závislá osoba „v důsledku ztráty fyzické, psychické nebo intelektuální autonomie potřebuje podstatnou pomoc k uspokojování životních potřeb.“ (Analýza vývojových trendů a potřeb územní distribuce, grant MPSV, GK MPSV-01-44/99). Pečující pak vykonává veškeré činnosti, jimiž se maximálně snaží zmírnit důsledky výše uvedených handicapů (Tošnerová, 2001).

## 1.2 Péče jako proces uspokojování potřeb

Pichaud, Thoreauová (1998, s.42) popisují proces péče takto: „první úkol pomáhajícího by měl spočívat v tom, že zmapuje situaci ...pokud jde o jeho potřeby“

Co se rozumí pojmem potřeba? Potřeba je dle Švancary (2004) klíčový motiv, jak v chování zvířat, tak v lidské činnosti, je to stav vyvolaný buď fyziologickým nedostatkem, který má psychologickou odezvu (hlad, pohybová deprivace), nebo je vyvolaným prožívaným nedostatkem v lidských vztazích (nedostatek citového, láskyplného vztahu, sociální opory) Potřeby jsou spojeny s napětím a tendencí k činnosti.

Jiný pohled na potřeby nabízí Pichaud, Thoreauová (1998, s.36): „Potřebou se nerozumí něco, co člověku chybí, ale také a hlavně to, k čemu člověk k ní směřuje.. potřeba je projev bytostného přání.“

Dle Krivohlavého (1998) psychologové potřeby třídí a uvádí v určitou soustavu. Podobnou soustavu sestavil Maslow, jehož hierarchie potřeb zaznamenala široký ohlas, zřejmě proto, že výstižně popisuje základní pohnutky, které ovlivňují chování a prožívání. Plháková, (2004). Nyní si je představíme podrobněji.

Maslow rozdělil lidské potřeby (motivy) do pěti skupin, které uspořádal do vývojového pořadí. Níže umístěné potřeby musí být dostatečně uspokojovány, aby se mohly uplatnit potřeby vyšší úrovně. Hierarchie, která je pro lepší pochopení znázorněna graficky na obr.č.1, postupuje zdola nahoru takto: 1. fyziologické potřeby, 2. potřeba jistoty a bezpečí, 3. potřeba někam patřit a být milován, 4. potřeba ocenění druhými a kladného sebehodnocení a 5. jako vrchol pyramidy - potřeba seberealizace. Zatímco první čtyři potřeby lze označit jako nedostatkové, motivující k jednání, když organismu něco chybí a potřebuje to získat (D-potřeby od deficiency, nedostatek), je seberealizace potřebou růstovou, nesměřující k odstranění nějakého nedostatku a k vlastnímu uspokojení, ale k přesažení přítomného stavu a k nadosobním cílům (B-potřeba od being, bytí). Pomocí směřování k vyšším cílům může člověk dokázat překonat neuspokojení základních potřeb svého organismu.(Kratochvíl, 2002) Z hlediska poskytování péče nás zajímají potřeby základní – fyziologické, jejichž neuspokojení jedné z nich se může odrazit na zdraví a celkovém stavu, proto zaujmají místo na základně pyramidy.(Pichaud, Thoreauová,1998)

Marie Svatošová (1999, s.21) uvádí, že "jestliže na začátku nemoci byly prvořadě potřeby biologické, v závěrečné fázi velmi často nabývají na důležitosti potřeby spirituální."

Zdeněk Kalvach (2009) doporučuje ve své příručce pečujícím, aby všechny potřeby byly uspokojovány v rovnováze. Laický pečovatel by měl usilovat o spokojenost pacienta. Při závažném onemocnění nelze vesměs usilovat o „štěstí“ nemocného člověka; pokud však trpí nebo je nešťastný, není péče zřejmě dobře vyladěna. Je třeba znovu konzultovat vedení léčby i psychoterapeutické podpory. Základním nástrojem je komunikace s pacientem a přímé reagování na jeho přání. Vysoce hodnocená potřeba bezpečnosti a jistoty V kontextu poskytování péče v domácím prostředí je zajištěna trvalou možností kontaktu pro případ náhlého problému (zhoršení stavu, pád, jiná ohrožení) a monitorováním stavu pacienta (krevní tlak, pulz, tělesná teplota) či ošetrovatelských parametrů (vlhkost lůžka), dodržování léčebného a rehabilitačního plánu a složitějších ošetrovatelských úkonů, zajištění pravidelných kontrol pacienta ze strany profesionálních zdravotníků. Zajištění základních ošetrovatelských povinností, jakými jsou např. přiměřený příjem potravy a tekutin, vyměšování či hygiena pacienta a lůžka. Pro smysluplné trávení času, zajištění animace, nabídky aktivit, komunikace a smyslových podnětů (Kalvach, 2009, Rozsypalová, M. Staňková, M. a kol., 1999)

Péče sahá od komplexních forem až po péči občasnou (Matoušek, 2003). Nás, vzhledem k tématu péče jiné osoby o osobu blízkou, zajímá pojem dlouhodobá péče.

### **1.3 Dlouhodobá péče**

Pojmem dlouhodobá péče se zpravidla označuje komplex služeb, které potřebují osoby s dlouhodobě omezenou soběstačností. Nejde jen o pouhý čas, po který potřeba péče trvá, byť by šlo i o doživotní záležitost, služby dlouhodobé péče potřebují lidé, jejichž stav je setrvalý. Bývá způsoben ~~jak~~ chronickými onemocněními nebo je důsledkem zdravotního postižení, ať již tělesného nebo duševního. (Kalvach, 2009) Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) udává, že kdo nejvíce potřebuje služby dlouhodobé péče, jsou lidé vyššího věku. ([www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)) Obecně platí, že dlouhodobá péče by měla být pokud možno poskytována tam, kde si to člověk s chronickým zdravotním postižením přeje. Přednost má

vždy přirozené prostředí, nejlépe ve vlastní domácnosti. Formální i neformální péče se navzájem prolínají, doplňují a vzájemně podporují (Kalvach, 2009).

## **1.4 Péče v domácím prostředí – domácí péče**

### **Domácí péče rodinná, péče o osobu blízkou, osobní péče**

Rodinná péče je neformální, charakteristická tím, že ji neprovádějí profesionální pečovatelé – odtud pojem laičtí pečující. Co se rozumí pak osobou blízkou, o které je věnována péče, to vysvětluje Michálek (2010, s. 120):

„Za osoby blízké považujeme (podle § 116 občanského zákoníku) tyto osoby: příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel partner (registrované partnerství), jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, jestliže by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní.“

Jsou to členové rodiny, partneři nebo bližší přátelé, kteří poskytují péči částečně soběstačným nebo nesoběstačným lidem. (Levine,1999). Skutečnost přijetí rodinné péče jako součást vztahů v rodině má citovou vazbu, bez níž by rodina k takovému rozhodnutí nedospěla.(Elišásová, 2009) Jeřábek se navíc zmiňuje o osobní péči (personal care), která představuje nejnáročnějším stupeň péče. Péče je časově velmi nákladná, fyzicky nebo psychicky náročná, vyžadující nepřetržitou přítomnost pečující osoby a takto vystihuje charakteristiku osobní péče: „V literatuře bývá tento typ péče charakterizován z hlediska časových nároků jako péče 24 hodin denně a 365 dnů v roce. Jsou to neustále stejné, monotónně den za dnem se opakující aktivity.“(Jeřábek, 2005, s. 12)

### **Domácí péče profesionální**

Domácí pečování o závažně nemocného člověka se závažným zdravotním postižením není z hlediska společnosti rozhodně „samozřejmostí a soukromou záležitostí rodiny“. Jde ze společenského hlediska o „mimořádně obětavou a náročnou práci“, při níž mají pečující rodiny právo na všestrannou pomoc, podporu a součinnost profesionálních služeb. Laická dlouhodobá péče by měla být podporována ze strany zdravotnických i sociálních pracovníků ve smyslu poradenství, intervence v případě komplikací a tzv. respitních (oddechových) služeb pro pečující osoby a rodiny (Kalvach, Z., 2009). O respitních službách se zmiňuji v poslední kapitole jako o jedné z možností pomoci a prevence

syndromu vyhoření u pečujících. Právě domácí péče je naplnění představy o součinnosti pomoci a podpory, o které se Kalvach výše zmiňuje. Jak tomu správně rozumět? Michalík (2009) v příručce Malý právní průvodce pečujících vysvětluje chápání domácí péče takto: „V průběhu let se termín domácí péče používal jednak pro označení péče poskytované blízkými osobami (a to ponejvíce péče, kterou bychom mohli označit za péči sociální), tak později se objevilo i chápání pojmu domácí péče jako péče zdravotní – poskytované v domácím prostředí“ Ministerstvo zdravotnictví definuje ve své poslední zveřejněné koncepci domácí péči jako zdravotní péči poskytovanou pacientům na základě indikace ošetřujícího lékaře v jejich vlastním sociálním prostředí (místo pobytu, kde pacient trvale nebo přechodně bydlí). Tato péče je poskytována pacientům, jejichž zdravotní stav nevyžaduje pobyt ve zdravotnickém zařízení ústavní péče. „Posláním je zajistit v rámci primární péče ve vlastním sociálním prostředí klienta takový rozsah a kvalitu potřebné zdravotní a sociální péče, který je dle aktuálních podmínek, poznatků vědy a výzkumu možný tak, aby k hospitalizaci klienta nebo jeho umístění do ústavu sociální péče docházelo jen tehdy, když je to nezbytně nutné“ Domácí péče je většinou zprostředkována agenturami domácí péče podle zvláštních právních předpisů. Jde o integrovanou péči, kterou zabezpečuje tým lékařů, zdravotních sester, fyzioterapeutů, psychologů, sociálních pracovníků. Může být poskytována formou akutní domácí péče, dlouhodobé domácí péče a domácí hospicové péče (Misconiová, 2006).

Na závěr kapitoly je třeba zdůraznit, že „v péči jde především o vzájemné vztahy ošetřujícího a ošetřovaného – o míru vzájemného porozumění si a vyhovění si navzájem.“ (Hnízdil, Šavlík, 2007) Proto další kapitola pojednává o osobnosti pečující osoby.

## 2 Osobnost pečujícího

Karel Kopřiva (2000) zdůrazňuje důležitost vztahu mezi klientem a pracovníkem, čili také vztahu mezi osobou blízkou a pečujícím. Vychází z empirických výzkumů, kdy prostředkem k získání dat použil dotazníkového šetření v jednom nejmenovaném domově důchodců. Dle něj pomáhající profese bez vztahu ke klientovi je pouhým výkonem svěřených pravomocí. Hlavním nástrojem procesu je osobnost pomáhajícího (Kopřiva, 2000).

### 2.1 Vymezení pojmu osobnost

Zpočátku je třeba definovat, co to osobnost je. Existuje spousta definic osobnosti a není jednoduché osobnost zcela jednoznačně, výstižně a stručně definovat. Vzhledem k tématu a obsahu práce je však třeba popsat osobnost podrobněji, abychom si byli vědomi, co všechno může pomáhání ovlivňovat. Alena Plháková (2004, s.42) ve své knize Učebnice obecné psychologie definuje osobnost takto: „Osobnost je pojmem, kterým označujeme individuální utváření lidské psychiky. Při popisu vnitřních subjektivních zkušeností používáme adjektiva psychický, mentální a duševní, případně duchovní a osobnostní, která korespondují s označením určitého celku psychického dění.“ Z toho lze jednoduše vyvodit, že jde o individuální jednotu bio-psycho-sociálních a také stále opomíjených duchovních aspektů. Pro pochopení duchovního úkolu uvádím pojetí odborníka z řady psychologie Vladimíra Smékala (2005, s. 20) „, osobnost je smysl života člověka a způsob, jakým člověk tento smysl uskutečňuje.“

Do psychického dění pak zařazujeme psychické procesy – kognitivní, emocionální a motivační, které provází chování a prožívání. Zařazujeme sem vnímání, učení, paměť, myšlení. Laická psychologie souhrnně označuje tyto procesy jako rozum, který ovlivňuje rozhodování, plánování, usuzování, řešení problémů, dále vůli a třetí složku emoce – cit (Plháková, 2004). Právě u posledně zmiňované složky bych se chvíli pozastavila, protože emoce hrají velkou úlohu v celém procesu péče, jak potvrzuje Jeřábek (2005).



## 2.2 Emoce

Autoři Langmeier, Balcar a Špitz (2000, s.115) tvrdí, že: „Emoce jsou nejdůležitějším prostředníkem mezi potřebami a motivy člověka, jeho chováním, fyziologickými pochody a cíly, k nimž se jeho očekávání, snažení a počínání vztahuje.“

Alena Plháková (2008) dává city do souvislosti s tělesnou konstitucí, temperamentem, na jehož základě má každý tendenci k určitému základnímu citovému ladění. Dělí je na základní a komplexní – vyšší, sociální city. Mezi základní, které se často vyskytují i v procesu péče, řadí pocity nelibé – strach, smutek, úzkost, hněv a pocity libé jako je radost, štěstí, spokojenost. Všechny jsou odpovědí na nějaký podnět, kterým bývá obvykle určitá, typická životně důležitá situace. City lze ovlivnit prostřednictvím myšlení a chování.(Plháková, 2008) Na tomto principu pak stojí různé terapie, které jsou nápomocny v léčbě či prevenci syndromu vyhoření. Dle Jeřábka (2005, s. 13) emoce tvoří neodmyslitelnou součásti osobní péče: „bez emocí by to prostě nešlo.“ Je však potřeba umět s emocemi dobře pracovat. Při jejich nesprávném vyvážení, při emoční nestabilitě, se u pečující osoby objevují i takové emoce jako beznaděj, bezmoc a osamělost. Pocit neustálé odpovědnosti způsobuje velkou zátěž. (Jeřábek, 2005) Tak dochází k situacím, které mohou vést k syndromu vyhoření. Za povšimnutí stojí Smékalovo (2005) zamyšlení nad základními city. Zmiňuje city jako štěstí, radost a jejich protiklad neštěstí a smutek. Nabádá, že je možno za všech okolností zkoumat tláhnutí svého srdce a rozvíjet kladné city jako radost a štěstí. Je třeba však dobře chápat slovo štěstí. Dnešní společnost chápe štěstí jako zvláštní příhodné vnější konstelace okolností, kdy se něco podaří. Tento zdar má pak přinést pocit radosti. A to je past, lidé se proto cítí málo šťastnými. Ale radost je stav, stav srdce, který vyplývá z postoje k věcem vnějším, z harmonie se světem a z pochopení řádu.(Smékal, 2005) Také Frankl (1994, s.177) považuje štěstí jako vedlejší produkt sledování určitých cílů, či realizace subjektivně významných hodnot: „Štěstí není jenom výsledkem naplnění smyslu, nýbrž také obecněji neintendovaným vedlejším efektem sebetranscendence. Proto je nelze „sledovat“, spíše musí „následovat“. Čím více se na ně někdo zaměřuje, tím spíše záměr selhává...“

City štěstí a radosti dokáží uzdravovat mysl a srdce. Smékal (2005, s.120) na závěr dodává: „Dokáží nás tím více obohatit, čím zřetelněji si uvědomíme, jak se z radosti a štěstí rodí láska k bližnímu, naděje a víra v možnost zlidšťování světa a ve zkvalitňování podmínek života.“

Láska, naděje a víra – tato slova jsou často frekventovaná zvláště ve spojitosti s uplatňováním „vyšších“ principů. Na druhé straně je však třeba zmínit pohled Kopřivy, který popisuje problematiku lásky k bližnímu. O hodnotách jako je láska, víra a naděje píše níže, vracím se k postojům člověka. Pomáhající se dostává do střetu mezi ideálem a realitou. Mluví se o schopnosti vystoupit ze sebe a dívat se na svět zvenčí. Tato schopnost však přináší utrpení v traumatických situacích a v pomáhajícím procesu není o tyto stavy nouze. Dostávají se pocity křivdy, viny, studu. Schopnost pak je využita i k tomu, aby tyto nepříjemné pocity člověk vytěsnil, jako by neexistovaly. Přitom, jak je výše uvedeno, tyto emoce vznikají jako odpověď na nějaký podnět, čili dá se říci, že jde o přirozenou věc, jak potvrzuje i Kopřiva (2000). Tyto pocity označuje za rušivé, ozývají se jako důsledky citových úrazů z dětství. Je možné a nutné přijímat je v procesu uvědomění, aby docházelo k uzdravení. Jiný autor Schmidbauer (2000, s.13), který zavádí termín „syndrom pomáhajícího“ jako důsledek narcistické poruchy osobnosti: „pomáhající pomáhá, aby nevnímal vlastní pocity prázdnoty, a neschopnosti udělat něco pro sebe.“

Lenka Černá (nedatováno) také zmiňuje nevhodné postoje - tzv.emoční rovnici – emoční nastavení osobnosti: „Dělat věci napůl je nuda. V polovičaté práci jsou chyby. Maximum neexistuje. Hranici maxima nemám. Když dělám napůl, může přijít napomenutí, chyba. Děláním na maximum eliminuje chyby. Ve svém čase musím být efektivní. Den je krátký. Odpočinek mi bere čas. Nejraději si vše udělám sám.“ Postoje souvisí s motivací a to přímo s hodnotami – dle Nakonečného (1999, s.139) jsou postoje „zkušeností organizované vztahy k hodnotám.“

City hrají nespornou úlohu v syndromu vyhoření, o čemž svědčí i to, že na základě udávaných pocitů se dá diagnostikovat syndrom vyhoření – příkladem je pocitový dotazník, který je dostupný na webových stránkách [www.pecujdoma.cz](http://www.pecujdoma.cz), kde se pracuje s otázkou „Jak často se cítíte uvedeným způsobem?“ Člověk vyplňující dotazník hodnotí pocity dle škály – jak často se tak cítí (nikdy, vzácně, občas, obvykle, pořád). Otázky jsou typu jak často se cítíte unavená/ý, v depresi, mohu říci „tělesně vyčerpaná/ý, citově

vyčerpaná/ý,šŕastná/ý,zdrcená/ý,vyprahlá/ý,nešŕastná/ý,uštvaná/ý,cítím se jako v pasti,nikommu na mně nezáleží, dnes mohu říci mám dobrý den, jsem plná/ý elánu, bez iluzí a naštvaná/ý na lidi,slabá/ý a bezmocná/ý apod.(www.pečujdoma.cz ) Tento dotazník také uvádím v příloze.

## 2.3 Motivace

Motivace ovlivňuje každé naše jednání. Motivaci, jak ji definuje Plháková (2004, s. 319), lze chápat jako „souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního“ Jinak řečeno - motivační procesy jsou duševní síly, které aktivizují a usměrňují chování. Jedním z největších motivačních činitelů je dle Rushe (2004) smysl života. Křivohlavý (1998, s. 75) uvádí, že každý cíl, který má smysl, hodnotu, je důležitý motivační činitel: „tam kde jde o směřování lidské činnosti k cíli, je to právě tento cíl, tj. to, co je před námi, co nás motivuje...A cílem je to proto, že to má pro nás určitou hodnotu.“ Smysluplnost je centrálním faktorem zvládání náročných situací, a tím bezesporu péče o osobu blízkou je. (Křivohlavý, 1998) Nyní vymezím motivy.

### Motivy

Motivy – neboli pohnutky jsou příčinami našeho jednání a chování. (Kohoutek, 2004) Kohoutek (2004) do motivů řadí potřeby, pudy, zájmy, sklony, postoje, vztahy. Potřeby, o kterých se zmiňuji v první kapitole, se vztahují i k osobě pečující. Každý má stejné potřeby, pouze způsob, jak je uspokojit, je různý (Pichaud, Thoreauová, 1998).Potřeby pečovatele se projevují jak v motivaci, kdy působí jako motivační činitelé, tak i v životním stylu, kde se projevuje spíše jejich formální aspekt - způsob, jak jsou uspokojovány (Hartl, Hartlová, 2000).

Proto se potřebám věnuji ještě i v kapitole následující, pojednávající o životním stylu, která popisuje, jakým způsobem (ne)může uspokojovat pečující osoba své potřeby biologické, psychické i sociální, spirituální.

Autoři Hawkins a Shonet (2004, s. 23) nastiňují problematiku nevhodné motivace u pomáhajících „Zkoumání těchto smíšených motivů zahrnuje přiznání si stinných stránek vlastních impulzů pomáhat, včetně touhy po moci a toho, jak naplňujeme své vlastní potřeby prostřednictvím druhých.“ Negativní motivy, které si nemusí pomáhající uvědomit, pak mohou vést k tomu, že pomáhající se dostane do závislostí či náruživostí, nebo motivačních „zvráceností“ v podobě sebepoškozování či sebetryznění, které je na škodu jemu samotnému, nebo i okolí – kdy dochází k postupnému ztracení citění solidarity s druhými lidmi (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000). To je pak velmi nebezpečné, může dojít až k patologickému jevu jako je domácí násilí. Všechny motivy tedy nejsou uvědomělé. Např. Pavel Říčan ve své stati, dostupné na internetových stránkách [www. dobromysl.cz](http://www.dobromysl.cz), přirovnává nevědomé motivy k temným sklepením duše:

„Existence nevědomé vrstvy našeho duševního života, oněch temných sklepení duše, je důležitá i pro naši službu potřebným, trpícím a ohroženým. Na vědomé rovině svou službou uskutečňujeme krásné a ušlechtilé ideály, ale zároveň se nám do toho na nevědomé rovině mohou plést všelijaké postranní, více či méně sobecké pohnutky, pocity a přání, které nám v té práci překážejí, nebo ji znehodnocují, takže někdy místo abychom pomohli, naopak ublížíme.“(Říčan, nedatováno)

Příkladem takových sobeckých pohnutek je hlad po vděčnosti a obdivné lásce těch, jimž se pomáhá. (Schmidbauer, 2000, str. 136). Z výše uvedeného lze vyvodit, že je potřeba stále hodnotit a sledovat motivy našeho jednání, neboť právě ty jsou prostředky k cíli. Dá se říci, že pokud jsou motivy správné a dobré, tak i cíl, výsledek našeho snažení může být dobrý. Proto se zabývám i motivy kladnými, které nás mají nabádat k dobrému jednání, a tím jsou hodnoty.

## **2.4 Hodnoty**

Motivace souvisí s hodnotovým systémem, který se utváří během života v procesu zrání osobnosti. Právě hodnoty vypovídají o osobnosti pečujícího, dle Hartla a Hartlové (2000, s. 182) jde o „uspořádaný systém hodnot podle důležitosti; určuje nejobecnější postoje, životní styl a morálku každého člověka.“ Proto se dnes hodně hovoří o změně hierarchii hodnot.

Kondáš (1977) zdůrazňuje mj. sebehodnocení, které má vliv na jednání a zdá se, že je součástí vnitřní dynamiky osobnosti (o sebehodnocení, sebereflexi, sebezpojetí se rozšiřují

níže), dle Nakonečného je „svět člověka především světem hodnot a hodnotová orientace člověka, která vyjadřuje jeho významné životní cíle, může u mnoha jedinců přesahovat prioritu biologických hodnot (zdraví, požitky) a její osou mohou být hodnoty kulturní či duchovní.“(Kondáš, 1977 in Nakonečný, 1993, s.194) Manželé Linda a Richard Eyrovi (2000) zdůrazňují význam hodnot: jako motivační zásady, které pomáhají orientovat se v životě, dávají skutečnou svobodu, činí jej nezávislým na tlacích z vnější. Rozdělili dvanáct základních hodnot na hodnoty bytí (kdo jsme) a hodnoty dávání (co dáváme druhým) Tyto níže uvedené hodnoty by měly hrát úlohu v procesu motivace i samotné péče o osobu blízkou. Hodnoty bytí – poctivost, odvaha, mírumilovnost, samostatnost a výkonnost, sebekázeň a střídmost, věrnost a zdrženlivost. Hodnoty dávání – oddanost a spolehlivost, respekt a úcta, láska, nesobeckost a citlivost, vlídnost a srdečnost, spravedlnost a odpuštění. Dá se říci, že jde i o morální hodnoty, neboť přijetí těchto základních hodnot a chování podle nich vede ke štěstí a spokojenosti. Eyrovi (2000, s. 18) citují Ernsta Hemingwaye: „Vaše chování je morální, když se po něm cítíte dobře. Když jste se cítili špatně, chovali jste se nemorálně.“ Dostáváme se tak k etice jako takové a etickým hodnotám. Jak dodržujeme tato pravidla, nás upozorňuje hlas svědomí. Dle Křivohlavého (1994, s. 30 - 31) je svědomí specifickým lidským jevem, vyššího řádu nežli instinkt. Týká se morální stránky chování. Mít svědomí, znamená být člověkem. „A obrazně řečeno je svědomí určitým druhem kompasu, který nám umožňuje orientovat se tam, kde není jiných, nám blízkým orientačních bodů.“

Zde nelze opomenout hodnoty křesťanské, které se jinak nazývají ctnostmi.

Více uvádí Katolický katechismus (1995, §1812) „

Lidské ctnosti jsou zakořeněny v božských ctnostech, které uzpůsobují lidské mohutnosti pro účast na božském životě. Božské ctnosti se vztahují přímo k Bohu. Uschopňují křesťany, aby žili v důvěrném vztahu k Nejsvětější Trojici. Původem, důvodem i předmětem božských ctností je trojjediný Bůh.“

Láska je nejen ctností, je zároveň Božím přikázáním „Milovat budeš bližního svého jako sama sebe.“(Mt 22, 39) Nedá se tedy říci, že uplatňovat lásku by bylo něco nemožného, nebo pouze pro „vyvolené“ Dle Smékala (2005) je láska přijetí toho druhého jaký je, jde o potřebu být milován a milovat. Jak už bylo řečeno, potřeby máme všichni lidé stejné. Maslow (2000, in Plháková, s. 370) přirovnává nedostatek lásky k nemoci, když tvrdí: „Dá se říct, že nemoc hlad po lásce je možné v některých případech léčit doplněním

patologického nedostatku. Hlad po lásce je nedostatková nemoc, tak jako nedostatek soli nebo avitaminóza.“

Láska je projevem, nejen slov, ale gest, pohazení a aktivního naslouchání – empatie, která se opírá o úctu a respekt k osobnosti druhého. Všechny ctnosti, nejvyšší hodnoty – víra, naděje a láska se doplňují. Víra jako věřit někomu, něčemu a v něco je stav duše, která je nápomocná ve směřování. Tvoří prostor pro zastávání názoru, stanoviska, prostor pro lásku a naději. (Smékal, 2005)

Na závěr cituji výzvu apoštola Pavla, která může být a v některých případech je motivací pro naplnění smyslu práce, tedy i života.

„Konečně, bratři, mějte zájem o všechno, co je pravdivé, co je čestné, co je spravedlivé, co je nevinné, co je milé, co slouží dobré pověsti, a o každou zdatnost nebo (činnost, která si zasluhuje) chvály“ (Flp 4,8)

## **2.5 Osobnostní rysy a vlastnosti**

Zvláštní pozornost si zaslouží psychické vlastnosti, které jednotlivce činí jedinečnými a které se projevují v odlišnostech a rozdílech chování a prožívání každého člověka. Nejlépe řečeno jde o charakteristiku člověka (Říčan, 2010, s. 41).

Hynek Jeřábek (2005) uvádí tyto vlastnosti, které jsou osobní péčí od pečující osoby vyžadovány – jsou to: pravidelnost, vytrvalost, obětavost a značná odpovědnost. To jsou předpoklady pro výkon této profese, je však potřeba vyhnout se nějaké idealizaci pomáhající osobnosti. Schmidbauer na základě zkušeností pokazuje na pošetilost ideálního nároku na pomáhajícího. Problém vidí již v dětství, kdy je jedinec formován jako osobnost v rodině. Zde vzniká nebezpečí, že tzv. dobré vlastnosti musí člověk rozvíjet a ty „špatné“ - v očích rodičů myšleno, musí potlačovat. Vzniká nebezpečí, které je pro pomáhajícího pak osudové – tento typ pracovníka, který se bojí projevit své přirozené vlastnosti, emoce, je vystaven syndromu vyhoření. Schmidbauer považuje nedokonalosti pomáhajícího paradoxně za „potenciálně produktivní“ Odkazuje na sebezkušenostní výcviky, které pomáhají zvýšit psychohygienu pomáhajících a tím předcházet syndromu vyhoření (Schmidbauer, 2000).

## **2.6 Typologie osobnosti**

### **C.G Jung a jeho dva typy osobnosti**

Jung upozornil na to, že lidi lze rozdělit do dvou základních skupin – introverty a extroverty. V odborných publikacích, např. v časopise Sociální služby autorka Kateřina Stibalová (2010) zmiňuje Jungovo rozdělení osobností jiné, ve vztahu k syndromu vyhoření. První skupina - lidé emocionálního typu – lidé, u nichž převládají emoce nad myšlením, vynikají velikou citlivostí ke společenskému dění, k emocionálnímu stavu druhých. Jsou velmi citliví k potřebám druhých, mají potřebu úzkého citového vztahu. S druhými lidmi jsou schopni spolupracovat a poskytovat jim oporu. Tito lidé jsou jistě vhodnými osobnostmi pro péči, na druhou stranu jsou však riziku vzniku syndromu vyhoření vystaveni více než skupina druhá - lidé kognitivního typu – osobnosti, u nichž převládá myšlení nad emocemi, jsou velmi schopni logického myšlení, uvažování, usuzování. Ve vztazích k lidem jsou však znát jejich nedostatky, chování k druhým je emocionálně chudé a strohé. K potřebám druhých jsou necitliví, je to tzv. snížená sociální inteligence. Syndrom vyhoření se však nevyhýbá ani druhému typu osobnosti, jak by se mohlo na první pohled zdát. (Křivohlavý, 1998)

## **2.7 Reflexe a sebereflexe**

Reflexí se rozumí uvědomění si své situace ve srovnání s tím, jak si myslíme, že nás vidí ti druzí, nebo-li kriticky hodnotit, co se s námi děje ve světě. Ujasňujeme si svoje postavení, roli v životě, rodině, práci. Sebereflexe pak dává poznání, co to s námi dělá, co to znamená. Zrcadlí, kdo jsem, co jsem udělal, co mám udělat, z čeho to pramení. Důsledkem je zvyšování psychické kultury osobnosti vlastní i blízkých. Člověk, který praktikuje reflexi a sebereflexi (např. zpytování svědomí), je silnou osobností, protože ví v každém okamžiku, co se s ním děje, co činí. Toto chování a jednání vyhodnocuje, co způsobuje sobě či druhým. (Smékal, 2004)

Kopřiva (2000, s. 14) popisuje, jak by měl vypadat ideální pomáhající pracovník: „Ideálním pomáhajícím pracovníkem je tedy prosociálně orientovaná zralá osobnost, vědomá si svého životního směřování, s příznivým a realistickým sebepojetím, osobnost bez neurotických či

psychopatických rysů, s předpokladem sebereflexe vlastního rozhodování, jednání i emocí, otevřená podnětům...“

Tím se částečně vysvětluje pojem sebepojetí, sebepřijetí, které má za následek vědomí si sama sebe, své role a svých možností a nakonec i cíle svého směřování, své činnosti. Sebeпоjetí je postojem člověka k sobě samému (Praško, 2007). Na rozvíjení sebepojetí se podílejí interpersonální vztahy, které m.j. napomáhají redukovat pocit osamělosti, dodávají povzbuzení, pomáhají dozvědět se něco o sobě, zvyšují sebeúctu, přispívají k fyzickému i emocionálnímu zdraví (J.A.DeVito, 2001). Taktéž Křivohlavý (1997) potvrzuje, že na utváření lidského ‚Já‘ se podílí interakce s druhým člověkem. Proto pod tuto stať zařazují podkapitulu „Vztahy jako součást bytí.“ Plamínek (2007, s. 15 - 16) sebepojetí vysvětluje následovně:

„Tím nejdůležitějším co dostaneme, je proto příležitost vnitřně přijmout vše, co nás charakterizuje, a to včetně odhalených slabín, a začít se mít rádi se vším dobrým i se vším, co se nám na první pohled líbilo méně. Toto sebepřijetí je cestou k vnitřní stabilitě a nutným předpokladem kvalitních vztahů s okolím.“

Plamínková slova potvrzuje Praško (2007, s. 139): sebepřijetí je „naučit se vidět se reálně pozitivně.“ Sebeпоjetí znamená přijmout tedy sebe se svými danými vlastnostmi, temperamentem, povahou. Když se vrátím k motivaci – nelze zde nepřipomenout přikázání lásky – „Miluj svého bližního jako sám sebe.“ (Mt 22, 39) Tím nás Ježíš vyzývá k přijetí sebe, k milování sebe a dává toto přikázání lásky k sobě sama jako kritérium hodnocení lásky k druhým. Dá se usoudit, že bez přijetí sebe sama nelze sloužit druhým.

## **2.8 Vztahy jako součást bytí**

Jak prohlásil anglický poetik žijící v šestnáctém století John Donne, „Žádný člověk není ostrov sám pro sebe.“ Mezi osobou, která péči poskytuje, a osobou, která péči potřebuje, vzniká složité předivo vztahů. Některé z nich jsou svou povahou naprosto odlišné od všech ostatních. Ale vždy záleží na individuální situaci. (Michalík, 2010)



## **Rodina jako sociální síť**

Rodina jako sociální síť dle Křivohlavého (1998) představuje významnou úlohu v léčbě a prevenci stresu a syndromu vyhoření. Upozorňuje, že pro správnou fungující sociální síť je třeba, aby každý člen této sítě, skupiny, rodiny nejen dostával dobro z ní plynoucí, ale také přispíval svou pomocí v případě nehody, nouze, těžkosti. Jde o vztah vzájemné pomoci. Rozumí se tím především ochota být s oním postiženým, ochota naslouchání, ochota vyslechnout nářky, emocionální výlevy – rozbourané emoce, neodsuzovat jej a být v těžké chvíli s ním. (Křivohlavý, 1998) Právě rodina se stává v době péče možnou podporou, dle Kalvacha (2009) se často okruh podpory v této době zužuje pouze na nejbližší okolí, je vnímáno jako samozřejmost. Pokud nedochází k podpoře, považuje se to za bezohlednost, zanedbání péče.

## **2.9 Životní zkušenost**

*„Lidská zkušenost je nepřenositelná, ohněm musíš projít sám.“*

Dostojevský

Životní zkušenost je spojena s osobností člověka, jak slovo zkušenost naznačuje, jde o zkoušení a zakoušení, tedy o prožitek něčeho, co člověka v jeho životě poznamenává a mění. K osobnosti patří životní cesta, na které sbírá jedinec pozitivní či negativní zkušenosti. Řičan (2010, s. 163) k tomuto zřání osobnosti dodává: „Jaký člověk je, to často nejlépe pochopíme, když se ptáme, jak se takovým stal.“ Dle Baštecké a Goldmanna (2001) spory, jak zkušenosti daná osoba získává a zpracovává, řeší koevoluce – v každém jedinci existuje jakási vrozená forma zpracování zkušenosti, která se oživí, když daná osoba zažije to, co do této formy zapadá. Na příkladu setkání golema a šému výše zmínění autoři dokazují vzájemnou závislost, jedno ovlivní druhé při vzájemném setkání a to tak, že navždy budou jiní, než předtím. Zkušenost se děje díky paměti. Paměť vjemová a pojmová se stala základem teorie temperamentu a charakteru dle Cloningera. (Baštecká, Goldmann, 2001) Jde o proces pamatování si, a tím i učení.

Ráda bych zmínila jeden citát z Bible, který se mi vybavuje v souvislosti se zkušeností. Apoštol Pavel napsal: „Víme, že všechno napomáhá k dobrému těm, kdo milují Boha“ (Řím

8, 28). Z toho lze vyvodit, že každá změna může být změnou k dobrému, která nám umožňuje růst. Předpokladem je však výše uvedená láska k Bohu. Je to i otázka postoje, jak se stavíme k problému – např. postoj - dnes tolik frekventovaný pojem pozitivní myšlení. Toto tvrzení opírám o poznatek Nakonečného (1999, s. 148 - 149), který připouští změnu za určitých podmínek i naučených postojů, neboť: „vše naučené je podmíněné“, na druhou stranu tvrdí, že významné postoje se nemění, pouze tehdy, pokud jde o velmi náročnou situaci. Pokud se mění, tak vlivem korektivní zkušenosti. Určité zkušenosti mohou vést k trvalým důsledkům (Nakonečný, 1999) Změna je důležitá pro utváření zralé osobnosti. Důležité je však znát vývoj osobnosti jako takový, protože na základě této znalosti nebo zkušenosti se dají modifikovat (měnit, přetvářet) některé osobnostní složky. Člověk se tak stává sám sobě vývojovým psychologem (Říčan, 2010). Stávání se osobností je celoživotní proces, za který jsme částečně odpovědní. Smékal (2005, s.26) zdůrazňuje v úloze tohoto procesu právě naši vůli, „jako nezbytný nástroj proměny.“ Změna je možná, pokud pochází zevnitř.

### 3 Životní styl pečujících

Život člověka, který se rozhodne převzít úlohu pečujícího, prochází velkou změnou zvláště pak v oblasti životního stylu. Autorky Zacharová, Herrmanová a Šrámková (2007, s. 22) přibližují téma životního stylu následovně: „Život člověka můžeme charakterizovat neustálým uspokojováním různých potřeb“ O potřebách jsem mluvila v první kapitole v souvislosti s poskytováním péče. Nyní se k nim vracím - jak bylo výše řečeno, životní styl s uspokojováním potřeb úzce souvisí. Protože životní styl pečující osoby se projevuje právě v neuspokojení mnoha potřeb, považuji za nutné začít kapitolu vymezením pojmů, jako je hierarchie potřeb, deprivace, frustrace.

#### 3.1 Hierarchie potřeb, frustrace, deprivace

Při péči, jak bylo v první kapitole řečeno, se člověk pečující o osobu blízkou zaměřuje na uspokojení potřeb potřebného, osoby blízké. Při tom je často obtížné soustředit se na potřeby své vlastní. Jak říká Hawkins a Shohet (2004, s. 27): „Je to dokonce považováno za sobecké. Přesto tu naše potřeby zůstávají.“

Přestože je Maslowova hierarchie velmi známá, považuji za nezbytné zmínit se o ní znovu, tentokrát vzhledem k pečující osobě. Níže uvádím jednotlivé aspekty životního stylu, které odpovídají uspokojování potřeb biologických, psychických, sociálních a duchovních. Pro lepší představu a orientaci uvádím i grafické znázornění pyramidy potřeb – viz obr.č.1 - -Maslowova pyramida potřeb a životní styl.

#### Důsledky neuspokojení potřeb

**Frustrace** - z latinského *frustrare* znamená zhatit, zmařit. Jde o stav motivovaného jedince, který naráží v cestě za cílem na překážku. V životě civilizovaného člověka dochází často k překážkám zejména při uspokojování sekundárních potřeb. V souvislosti s frustrací se mluví o náročných životních situacích, neznamená to však, že se jedná o situace výjimečné. S překážkami se setkává motivovaný jedinec velmi často. Odpovědí na frustraci je dle Rosenzweiga vždy určitá forma agrese – přání útočit, výhrůžky a jiné podoby nepřátelství.

Další odpovědí na frustraci může být strach, deprese, regrese chování na nižší vývojový stupeň chování. (Švancara, 2003)

**Deprivace** je dlouhodobá a silná frustrace vedoucí ke strádání. Emoční deprivace (nedostatek či neuspokojení citů) a spánková deprivace se jeví jako největší příčina stresu, který je jedním ze spouštěčů syndromu vyhoření (Matoušek, 2003).

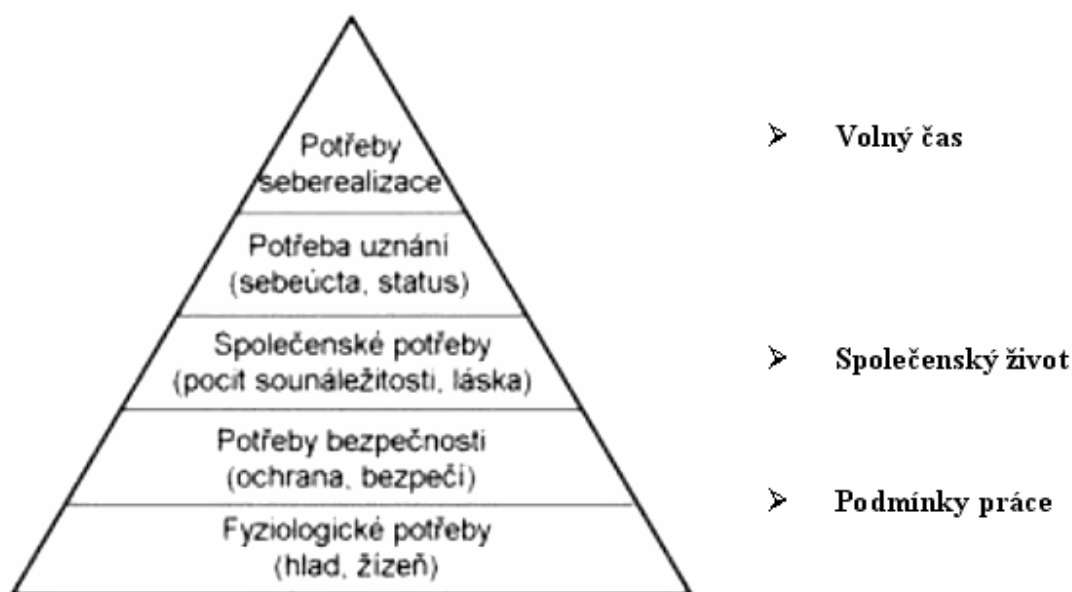
**Syndrom vyhoření** – protože syndrom vyhoření je ústřední téma této práce, věnuje se mu následující kapitola.

## 3.2 Životní styl

### Životní styl

Uvádím definici životního stylu socioložky Dufkové (2005n): „Životní způsob můžeme charakterizovat jako systém významných činností a vztahů, životních projevů a zvyklostí typických, charakteristických pro určitý subjekt (jedince či skupinu, společenství či společnost coby konkrétního nositele životního způsobu).“

Ivanová (2007, s. 17) dodává: „Životní styl...je mnohem více spjat s konkrétními podmínkami jejich práce, společenským životem, participací na vzdělání a kulturních jevech, využívání volného času apod.“ Jan Mochťák (2010) zmiňuje charakter životního způsobu, který je určován kvalitou tří kategorií činností: činností pracovního, vázaného a volného času.



Obr. č. 1 Maslowova pyramida potřeb a životní styl

Nyní popíši jednotlivé aspekty životního stylu, který souvisí s péčí o osobu blízkou a podílí se na syndromu vyhoření.

### **3.3 Podmínky práce**

Podmínky práce, uvedené v pojetí Ivanové (2007), odpovídají činnosti pracovního a vázaného času (Mochťák, 2010). Prací se rozumí dle Petruska (1996, s. 824) účelná produkce předmětů a služeb, které mají hodnotu pro ostatní členy společnosti, jako pravidelné zjišťování statků a situací. Činnosti pracovního času se podřizují dennímu, týdnímu, ročnímu a celoživotnímu rytmu (střídání dne s nocí, týdne s víkendem, práce a zákonné dovolené, práce samotná). Ve vázané činnosti nejde tak o čas, jako o obsah – zde spadají všechny aktivity spojené s péčí o domácnost, hygiena apod. (Mochťák, 2010).

Když vezmeme v úvahu pracovní podmínky pečujícího, nejsou nejpříznivější.

Uspokojování základních biologických potřeb je upozaděno. S nasazením pro druhé se pečující zaměřuje na uspokojování potřeb osoby blízké, na sebe však často zapomíná, nebo nedokáže své emoce a potřeby vyjádřit. (Schmidbauer, 2000) Vzhledem k onemocnění pečované osoby se často stává, že péče obnáší práci nejen denní, ale i noční. Ta klade zvýšené nároky na jedince. Při dlouhodobější neuspokojené potřebě spánku mluvíme o tzv. spánkové deprivaci. Vyvolává únavu, která vede k celkovému vyčerpání, podílí se na rozvoji syndromu vyhoření. Únava se projevuje ve sféře smyslů – zvláště v poklesu činnosti ostrosti vidění, dále v pohybové oblasti – hrozí zhoršení stability těla.

Zřejmě nejzávažnější zásah do citové oblasti představuje únava. Jejím vlivem dochází k narůstání vnitřního napětí, které se pak ventiluje různými emotivními projevy – afekty a neurotickými projevy.

Zajímavé zjištění dokládá Buriánek (2001): Každá fyzická práce nemusí unavovat psychicky, ale každá psychická práce unaví člověka fyzicky. Únavu způsobuje také nedostatečný příjem tekutin, dospělý člověk by měl vypít alespoň 1,5–2,0 litru (včetně polévek). Do tekutin se nezapočítává mléko a mléčné výrobky, alkohol, káva, iontové a energetické nápoje, tekutiny na colovém základě, s vysokým množstvím teinu. Správná životospráva zahrnuje i zdravou vyváženou stravu bohatou na minerály a vitaminy a také zdravý způsob stravování. (Kunová, 2004). Vzhledem k povaze práce, kterou laický

pečovatel vykonává, jde jistě i o zásah do způsobu stravování. Pečující, který je vystaven stresu, často jí ve spěchu, pod tlakem.

Práce má charakter dlouhodobé zátěže, zvláště té emocionální, jak potvrzují výzkumy. Stresová situace může být vyvolána přebytkem nebo nedostatkem podnětů, ohrožením hodnot, které člověk vyznává, fyzickým, intelektuálním, či emočně – volním přetížením (Buriánek, 2001).

Zátěž je dle Kohoutka (2001) náročná, deprivativní či frustrační situace, nutící člověka vydat více energie, než je schopen opět načerpat. Přichází postupně stadium šoku, rezistence a vyčerpání. Vyhoření je v zásadě důsledkem chronické zátěže spojené s dlouhodobým nasazením pro jiné lidi (Janovský, 2003) Jak tvrdí Kateřina Stivalová (2010) v příspěvku do časopisu Sociální služby, bývá obvyklé, že chronický, dlouhodobý stres přechází v syndrom vyhoření. Ve vztahu k pečujícímu se potvrzuje, že příčinou vyhasnutí, je nasazení pro osobu blízkou, které nebývá z hlediska času krátkodobé. Čím větší je pracovní nasazení (měřeno kontaktem s klienty a zaujetím jejich těžkostmi) bez ověřování zájmů klientů o tuto intenzitu, tím větší je pravděpodobnost vyhoření.(Úlehla, 2007) Pracovní podmínky souvisí i s možností dělat přestávky, krátkodobé i déletrvajících. Čas však zde nehraje žádnou roli, osoba pečující pracuje nepřetržitě, často stereotypně. Pečující nikdy neví předem, kdy bude mít volno, které se nedá naplánovat tak jako v běžné práci termín dovolené.

### **3.4 Volný čas**

Dalším aspektem životního stylu je volný čas. Petrussek (1996, s.156) charakterizuje volný čas takto: „Obecně je to čas, v němž člověk nevykonává činnosti pod tlakem závazků plynoucích ze společenské dělby práce nebo z nutnosti zachování svého biofyziologického či rodinného systému.“

Činnosti volného času jsou typické tím, že chybí nutnost k činnosti, jedinec dělá to co chce, dobrovolně, volba činnosti volného času je individuální. Řadíme sem oblast zájmů, koníčků. (Mochťák, 2010). Když se vrátíme k potřebám, volný čas představuje potřebu seberealizace. Pečující osoba by určitě ráda dělala to, co chce, otázkou zůstává, zda má pro volný čas podmínky. Pokud vezmeme v úvahu, že péče je celodenní, a jak je popsána

v kapitole Péče dlouhodobá, domácí, osobní, - je velmi časově náročná. Z toho se dá usoudit, že pečující osobě nezbyvá čas, a jak dokládá Kallwas (2007), ani zájem dělat své koníčky, zájmy, kulturně žít. Právě kultura působí významně jako socializační činitel v socializaci jedince i skupiny, cílem je integrace do společnosti.(Buriánek, 2001) Dochází opět k tomu, že potřeba seberealizace není uspokojena. Pokud není potřeba uspokojena vícekrát, dochází k frustraci.

### **3.5 Společenský život**

Participace na společenském životě je pro každého důležitá, i když tato potřeba – potřeba sociálního kontaktu je u každého trochu odlišná, co se nutnosti a míry uspokojení týče. Jeřábek (2004), který se zabýval tímto aspektem u pečujících, poukazuje na závažnou skutečnost, přesahující medicínské zjištění, že proces péče vede často ke společenské izolaci. Pečující, mezi nimiž převládají ženy, bývají ponechány rodinami svých blízkých, svými sousedy, okolím, celou komunitou dlouhé měsíce bez pomoci a bez významnějšího společenského kontaktu. Nevědí, anebo dokonce ani nemají, kam se obrátit o pomoc. Jsou vyřazeny ze světa svou pečovatelskou rolí, někdy i opomíjeny svými širšími rodinami. (Jeřábek a kol., 2005). Zpočátku zřejmě jde o nechtěnou izolaci, ale postupem času se může pečující dostat do fáze, kdy izolaci vyžaduje, jak dokládá ze své praxe psycholožka a psychoterapeutka Angelika Kallwas (2007, s. 61) na jednom případě: „Ve třetí fázi se žena stahuje do ústraní. Částečně nebo úplně přerušuje kontakty s dosavadními přáteli a známými, protože jí připadají příliš obtížné“. Často se odvolává na čas a chybějící náladu. (Kallwas, 2007)

Hájek a Goppoldová (2005) se zabývají kvalitou života ve statí odborného časopisu Sociální práce. Považují nutné zmínit se o jejich pohledu na kvalitu života, protože životní styl. dle těchto autorů úzce souvisí s kvalitou života. Tvrdí, že: „Kvalita je výsledkem životní stylu – vzájemného působení zdravotních, sociálních a ekonomických podmínek. Na jedné straně zahrnuje objektivní podmínky pro dobrý život (sociální a kulturní potřeby, materiální dostatek, na druhé straně subjektivní prožívání dobrého života (spokojenost, uspokojení, sebenaplnění apod.)“(Hájek, Goppoldová, 2005, s. 62)

## 4 Syndrom vyhoření u osob pečujících

Syndrom vyhoření je natolik široké téma, že se jen okrajově zmiňuji o základních poznacích – jako je vymezení pojmu, diagnostika, projevy, fáze, příčiny, prevenci a léčbu syndromu vyhoření. Spíše se zaměřuji na osobu pečující, jak ona může syndrom vyhoření prožívat, proč atd. Domnívám se, že syndrom vyhoření může být na jednu stranu přeceňován, a to v případech, kdy člověk není dostatečně informován, jak syndrom vyhoření vypadá, jak je definován, co je pro něj typické. Dochází k omylu, „postižený“ vůbec netrpí syndromem vyhoření. Na druhé straně může být také podceňován, a to v případě, že člověk, v našem případě pečující, nemá ucelené informace a je již možná sám burnoutem stížen, aniž by si to uvědomil. Nemohu posoudit, zda je první situace či druhá horší. Obojí je dle mého názoru velmi závažné pro pečujícího i pro pečovaného. Jako jedno možné řešení se nabízí podání ucelených informací. Proto níže popisuji tuto problematiku, jak ji vidí i jiní autoři.

### 4.1 Vymezení pojmu

Poprvé tento pojem použil v roce 1974 Henry Freudenberg v časopise *Journal of Social Issues*. Jeho pojetím lze charakterizovat syndrom vyhoření i dnes - psychický stav vyčerpanosti projevující se především jako reakce na chronický pracovní stres (Stibalová, 2010)

Ve vztahu k péči o osobu blízkou definuje syndrom vyhoření konkrétněji Pines a kol. a jak ji uvádí autoři Hawkins a Shořet (2004, s. 33) ve své knize *Supervize v pomáhajících profesích*:

„Výsledek neustálého nebo opakovaného emočního tlaku spojeného s intenzivní účastí s lidmi po dlouhá období. Taková intenzivní účast je obvyklá zejména ve zdravotnických a školských profesích a v sociálních službách, kde je „náplní práce“ zabývat se psychickými, sociálními a tělesnými problémy druhých lidí. Vyhoření je bolestné zjištění, že již nedokážou pomáhat lidem v nouzi, že již v sobě nemají nic, z čeho by mohli rozdávat“



## 4.2 Diagnostika syndromu vyhoření

Pomáhající vykazuje spousta příznaků, které se projevují ve všech osobnostních rovinách – bio – psycho-sociálních a také spirituálních. Níže uvedené příznaky nemusí však signalizovat, že musí jít o syndrom vyhoření. Důležité je vnímat počáteční signály syndromu vyhoření – jako je přílišná angažovanost, která se střídá se stále častějšími výkyvy nálad, vyčerpání, neschopnost odpočívat, výskyt infekcí. Kallwas (2007, s. 10) dodává: „Obecně platí, čím dříve rozpoznáme příznaky, tím dříve můžeme podniknout preventivní opatření.“

### Objektivní a subjektivní příznaky

Jankovský (2003, s. 159) popisuje příznaky syndromu vyhoření ve třech rovinách - fyzické, emocionální a mentální. Příznaky se mohou projevovat jako objektivní - pozorovány zvenčí, nebo subjektivní - co je pocíťováno jedincem stíženým syndromem vyhoření. Níže uvádím oboje, které se prolínají uvedenými kategoriemi – tělesné, emocionální a sociální.

Tělesné vyčerpání se projevuje tím, že vyhořelý cítí chronickou únavu a celkovou slabost. V důsledku únavy a slabosti jsou pečující více náchylní k nejrůznějším infekcím, ale také k úrazům a selhání. Trpí bolestmi hlavy, zad, celkovým vypětím, které je spojeno s poruchami spánku. Často se objevují problémy se zažíváním, protože mají narušené stravovací návyky. Trpí nechutenstvím nebo se naopak přejídají.

Mezi emocionální příznaky se řadí pocity úzkosti, strachu, bezmoci a beznaděje. Domnívá se, že se vše zdá být ztracené, že z této situace nelze nalézt žádné východisko. Převažuje podráždění, negativní ladění vůči sobě samému i okolí. Někdy se mohou objevit i sebevražedné myšlenky. Typická je emoční labilita (Jankovský, 2003).

Duševní – mentální, je charakteristické negativními postoji k sobě samému, okolí a zejména k práci. Z práce vyhořelého člověka se postupně vytrácí lidský rozměr. Nastává tzv. dehumanizace - odlidštění, které se projevuje nedostatkem lidskosti v interakci s okolním světem. Stále méně se postižený stýká s okolím, uzavírá se do svého vnitřního světa. Dává vinu okolí, zejména osobě, které pomáhá (Jankovský, 2003).

Na výše uvedených příznacích lze posoudit, zda se jedná o syndrom vyhoření či ne.

### **4.3 Fáze syndromu vyhoření**

Proces, jehož vrcholem je vyhoření, může trvat mnoho měsíců až několik let. Některá fázování jsou si velmi podobná. Jiná se liší a snaží se o hlubší zachycení procesu vyhoření. V literatuře najdeme několik pojetí vývoje tohoto procesu (Křivohlavý, 1998).

Vybrala jsem následující (Hennig a Keller, 1996):

Nadšení - v tomto období má člověk vysoké ideály, projevuje vysokou angažovanost, po tomto období přichází období stagnace. Ideály se nedaří realizovat, mění se jejich zaměření, pracovní okolí začíná pomalu pracovníka obtěžovat. Další fází je frustrace - pracovník vnímá negativně, práce pro něj představuje velké zklamání. V předposlední fázi - apatie vládne mezi pracovníkem a klientem nepřátelství, pracovník dělá jen to nejnnutnější a vyhýbá se odborným rozhovorům s kolegy a jakýmkoliv aktivitám. Poslední stádium syndrom vyhoření, kdy je dosaženo stadia úplného vyčerpání, dochází ke ztrátě smyslu práce, v chování postiženého převládá cynismus, odosobnění, odcizení, člověk ztrácí schopnost reflektovat vnitřní normy.

### **4.4 Příčiny syndromu vyhoření**

Péče s sebou přináší problémy, které značně ovlivňují vztahy postiženého k rodině i přátelům a naopak. Úloha rodinného pečovatele představuje zásadní životní změnu, jež je často spojena se stresem. Tyto změny poskytují příležitost k osobnímu růstu, ale nepochybně vyvolávají i emoční napětí a úzkost, které můžou člověka tělesně i citově vyčerpat. Následkem je pak často onemocnění pečovatele, či jeho neschopnost poskytovat další péči (Jedlinská, M., Hlúbik, P., Levová, J., 2009).

Tošnerová (2001) se opírá o empirii, když uvádí v příručce Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky výsledky výzkumu Ministerstva zdravotnictví z roku 1998-1999. Úkolem projektu bylo stanovit míru pečovatelské zátěže a rizika laického pečovatele. Zjistilo se, že zátěž je větší u pečujících osob, které bydlí ve společné domácnosti s příjemcem péče, čím více hodin věnují poskytování péče, zátěž pečujících osob je větší, je-li zdravotní stav příjemce péče horší, zátěž je větší, pokud pečující nemá dostatečnou podporu nejbližší rodiny, zátěž je větší u pečujících osob, které udávají menší spolupráci

a pochopení ze strany ošetřujícího lékaře seniora. Zátěž je také větší, pokud pečující osoby nemají dostatek informací souvisejících s péčí. O jiných příčinách už byla řeč výše – v kapitole „Životní styl pečujících.“

#### **4.5 Prevence a léčba syndromu vyhoření - formy pomoci**

Prevence je nejlepší způsob jak se bránit syndromu vyhoření.

Kupka (2008) uvádí tyto preventivní faktory: ve vztahu k práci – nalezení smyslu pracovní činnosti, získání a převzetí pracovní autonomie a opory, vytváření přirozeného vztahu k práci, dále organizaci času, asertivní jednání s lidmi – individuální sebeprosazení.

Ve vztahu k sobě Krahulová (2010) uvádí preventivní aspekty jako: zájem o vlastní zdraví, relaxace<sup>2</sup>, rituály pro změnu role, zdravý spánek, který je uvolněním pro tělo i mysl, pohyb a sociální komunikace. – konstruktivní a racionální způsob řešení problémů.

Kalvach (2009) zmiňuje pomoc zvenčí – dle něj by se laická dlouhodobá péče měla těšit podpoře zdravotnických i sociálních pracovníků, v oblasti poradenství, vstřícné intervence (zásahu), v případě komplikací či změn stavu a tzv. respitních (oddechových) služeb pro pečující osoby a rodiny. Základním cílem této služby, která může být terénní, ambulantní i pobytové je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek Tam, kde zákon hovoří o zařízeních sociálních služeb, rozumí jimi tato zařízení, která můžeme na podporu (či alternativu) vlastní domácí péče využít: Centra denních služeb, Denní stacionáře, Týdenní stacionáře, Domovy pro osoby se zdravotním postižením, Domovy pro seniory, Domovy se zvláštním režimem, Chráněné bydlení, Azylové domy, Domy na půl cesty, Zařízení pro krizovou pomoc, Nízkoprahová denní centra, Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, Noclehárny, Terapeutické komunity, Sociální poradny, Zařízení následné péče (Michálek, 2010).

---

<sup>2</sup> Relaxace jak ji definují Cuhgi a Limusin (2005, s. 20) je: „přirozená schopnost, která umožňuje odpočívat a spotřebovávat co nejméně energie. Jde o metodu, která podporuje fyzický a psychický klid a stejně tak udržuje hladinu klidu nebo napětí z hlediska efektivnosti.“

Existují i jiné formy pomoci pro pečující a jejich blízké ve smyslu oddechových služeb, které jsou uvedeny výše. Matoušek (2007) uvádí např. zdravotnická zařízení jako je léčebna dlouhodobě nemocných. Zde jsou často umístováni převážně starší lidé, u nichž sociální problémy převažují nad zdravotními.

Občanské sdružení život 90 provozuje Respirní centrum, umožňující krátkodobý pobyt lidem odcházejících z nemocnice nebo lidem s demencí, kteří jinak žijí v domácím prostředí. (Matoušek, 2007)

Další formou, kterou mohou pečovatelé využívat jako pomoc při zvládnutí péče, je hospic – forma ústavní péče. V hospici se veškerý personál zaměřuje na důstojné doprovázení člověka v posledních fázích jeho života ([www.hospice.cz](http://www.hospice.cz), [www.cestadomu.cz](http://www.cestadomu.cz)). Hospice nabízejí rovněž služby domácí péče tzv. mobilní hospic, který mohou využívat především pacienti pobývající v domácím prostředí.

Na závěr této kapitoly zmiňuji důležité pravidlo: přiznat sám sobě, že nejen osoby blízké mají své potřeby, ale že i já mám potřeby, bez jejichž uspokojování jsem ohrožen. Přiznat si, že někdy musím pomoc přijmout, nejen poskytovat - když mám dávat, musím také přijímat. (Hrdá, 2001). Zdeněk Kašpárek (2010, s. 4) dovršuje toto tvrzení citací z Bible – “Miluj bližního svého jako sebe, kdy v editorialech časopisu Sociální služby rozebírá do hloubky toto boží přikázání – “ v kontextu hebrejské kultury, kde termín “milovat” neznamená ani tak emoce, jako spíše konkrétní vědomí vlastní hodnoty a identity, o nutnosti péče o sebe sama, o vlastní zdraví ve všech podobách jako podmínky pro smysluplnou a účinnou službu potřebným lidem kolem”

## **B. Výzkumná část**

### **1 Úvod**

Výzkumná část práce se snaží poodkrýt problematiku syndromu vyhoření u osob pečujících o osobu blízkou. Pro získání informací ke zpracování dat byla v souladu s výzkumnou otázkou použita kvalitativní metoda výzkumu. Využila jsem techniky polostrukturovaného rozhovoru. Inspirací k vytváření otázek k rozhovorům mi sloužila v první řadě publikace *Sociologie*<sup>3</sup>, publikace *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*<sup>4</sup> a dotazník syndromu vyhoření MBI, který uvádím v příloze č. 3. Výsledkem práce budou tedy názory a životní zkušenosti respondentů s péčí o osobu blízkou.

Každá kapitola empirické části se zabývá jednotlivými fázemi výzkumu. Přípravná fáze pojednává o cílech práce, respondentech, zvolené metodě, popisu místa výzkumu a průběhu sběru dat. Další fáze práce popisuje zpracování dat. Zde analyzuji vytvořené kódy a z těch uvádím kategorie. Předposlední kapitola je zaměřena na shrnutí výsledků, kde si také odpovídám na zvolenou výzkumnou otázku a prezentuji, zda byly cíle naplněny. Práce je ukončena závěrem, seznamem použité literatury a přílohami. V příloze.č.2 je m.j vložen přepsaný rozhovor s pátou respondentkou – paní „E“.

#### **1.1 Charakteristika výzkumu**

Předkládaná empirická část bakalářské práce se zabývá kvalitativním výzkumem. Byla zvolena technika polostrukturovaného rozhovoru. Výzkum je zaměřen na problematiku životních zkušeností osob pečujících o osobu blízkou v domácím prostředí.

Pro hlubší pochopení kvalitativního výzkumu jsem užila parafrázi od Miovského. Miovský (2006, s. 69): „Pod termínem rámec kvalitativního přístupu chápeme souhrn obecných vlastností tohoto přístupu a podmínek jeho aplikace v psychologickém výzkumu. Znamená

---

<sup>3</sup> BURIÁNEK, J. *Sociologie pro střední a vyšší odborné školy*. s.128. Praha: Fortuna. 2001. ISBN 80-7168-754-5

<sup>4</sup> MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4 .

to tedy, že se jedná o popis obecných pravidel či požadavků, které by alespoň v minimální míře měl splnit jakýkoli konkrétní výzkumný projekt, chce-li jeho autor aplikovat kvalitativní metody“

## 2 Cíl práce

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zaměřit se na problematiku životních zkušeností osob pečujících o osobu blízkou a zjistit jaké jsou životní zkušenosti pečujícího v domácím prostředí. Vybrala jsem si ženy a jednoho muže, kteří mají zkušenosti s péčí v domácím prostředí. V jednom případě se jednalo o ženu, která se mimo to věnovala své profesi.

Z hlavního cíle byly dále vyvozeny dílčí cíle, jejichž obsah uvádím níže:

### Dílčí cíle:

1. **prozkoumat** případy se zvýšeným **rizikem** vzniku syndromu vyhoření do hloubky a **identifikovat** shody a **rozdíly** v životních osudech pečujících.
2. **Zjistit**, jak se změnila **životní situace** pečující osobě v souvislosti s péčí o osobu blízkou, **popsat životní styl** pečujícího.
3. **zjistit** důvod **motivace** vedoucí k péči o osobu blízkou.
4. **analyzovat** na konkrétních příkladech, jak je možné **syndromu vyhoření** čelit.

Pro hlubší poznání problematiky syndromu vyhoření jsem si tedy zvolila kvalitativní přístup, který nevyžaduje rozsáhlý soubor respondentů a statistické zpracování dat, dovoluje prozkoumat případy jednotlivě do hloubky a identifikovat shody a rozdíly v životních osudech pečujících.

### 2.1 Charakteristika respondentů

Výzkumné šetření proběhlo v Uherském Brodě v měsíci březnu. K realizaci výzkumného šetření bylo vybráno pět respondentů - čtyři ženy a jeden muž podle následujících **kritérií**:

- osoby, které **souhlasily** s výzkumným rozhovorem
- osoby, které **dovršily dospělosti** a měly více než 18 let života
- osoby, které **pečují nebo pečovaly** o osobu blízkou **déle než jeden rok**
- osoby, které **pečují nebo pečovaly** o osobu blízkou **v domácím prostředí**
- osoby, které **neměly dřívější zkušenost** s péčí o osobu blízkou

Výběr respondentů byl záměrný, protože jsem hledala mezi respondenty osoby, které splňují výše uvedená kritéria.

V počáteční fázi s výzkumným rozhovorem souhlasilo šest respondentů. V průběhu šetření jedna žena vážně onemocněla, byla hospitalizována a z těchto důvodů se ve stanoveném termínu rozhovor nemohl uskutečnit. V závěru bylo realizováno pět rozhovorů s osobami, jejichž základní údaje jsou pro lepší přehled znázorněny graficky v následující tabulce.

**Tabulka č. 1** Základní údaje o výzkumném souboru

Č.	Označení	Věk	Předchozí zkušenost	Délka péče	Vzdělání	Osoba blízká
1	<b>Paní A</b>	72	nebyla	5	Střední odborné	manžel
2	<b>Paní B</b>	53	nebyla	3	Střední odborné	matka
3	<b>Pan C</b>	35	nebyla	2	vysokoškolské	dědeček
4	<b>Paní D</b>	50	nebyla	3	středoškolské	matka
5	<b>Paní E</b>	29	nebyla	5	středoškolské	teta

Zdroj: Vlastní výzkum

#### **Stručný popis vzorku respondentů z tabulky:**

Z důvodu zachování anonymity byla jména respondentů pozměněna na počáteční písmena. První respondentu jsem si označila jako paní A. **Paní A** má 72 let a dosažené střední odborné vzdělání. Předchozí zkušenost s péčí o osobu blízkou neměla. Pečovala o manžela pět let.

**Paní B** má 53 let, má absolvované střední odborné vzdělání a zkušenost s péčí o osobu blízkou také neměla. V současné době stále pečuje o svou matku a to třetím rokem. **Pan C**, 35 let, vystudovaný psycholog, pečoval o svého dědečka dva roky. Při rozhovoru mi uvedl, že se o péči dělí s jinými členy rodiny. Uváděl, že nejčastěji mu pomáhala sestra. Také splnil kritérium, že do té doby, než začal pečovat o svého dědečka, zkušenosti s péčí o osobu blízkou neměl. **Paní D** má 50 let, má ukončenou střední školu a předchozí zkušenosti s péčí nebyla. Nyní pečuje o svou maminku a přitom se ještě věnuje povolání administrativní pracovnice. Péče o matku trvá tři roky. **Paní E** v době ukončení péče o svou



tetu dovršila věku třiceti let. Pro zajímavost bych z rozhovoru uvedla, že paní motivovala k péči předchozí zkušenost péče o seniory v charitním zařízení, proto problematika se jí nejevila tak vzdálená. Celkem o tetu pečovala pět let. Dosavadní vzdělání paní E je středoškolské (Gymnázium J.Á.Komenského v Uherském Brodě).

## 2.2 Použité metody výzkumu

Jako metoda získávání dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor s otevřeným typem otázek.

Definicí polostrukturovaného rozhovoru se zabývá také Miovský (2006). Podle něj je polostrukturované interview téměř vůbec nejrozšířenější podobou metody interview, neboť dokáže řešit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného interview. Při tvorbě kvalitativního výzkumu si vytváříme určité schéma, které je pro tazatele závazné. Základem pro výzkum je pak dále schéma obsahující okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát. Často lze zaměřovat pořadí kladených otázek okruhů, kterým se při rozhovoru věnujeme. Dále klademe různé doplňující otázky, jež se výhradně vztahují k hlavnímu cíli, této práci a definovanému výzkumnému problému. Při rozhovoru v otázkách postupujeme dále tak, dokud respondent nám nepodá potřebné, a pro výzkum stěžejní odpovědi, nebo dokud nevyčerpáme celkový časový limit pro nahrávku rozhovoru. Rozhovory byly záměrně orientovány na výzkumný problém, který zní: „Problematika životních zkušeností osob pečujících o osobu blízkou a životní zkušenosti pečujícího v domácím prostředí.“ Jednalo se o polostrukturovaný rozhovor, jehož cílem bylo zbavit respondenty strachu z počátečního kontaktu při nahrávání rozhovoru. Otázky do rozhovoru byly utvořeny pomocí publikací.

Struktura otázek pro respondenty byla rozdělena do tří hlavních oblastí. Na otázky **sondující**, nebo-li zjišťující identifikační znaky respondentů, na otázky **zjišťující** popis životních zkušeností pečujícího v domácím prostředí a na otázky **ukončující** celý proces rozhovoru. Tyto otázky uvádím v příloze č. 1.

## 2.3 Popis místa výzkumu

Po domluvě s respondenty byla zvolena místa, kde rozhovory budou realizovány a také nahrávány. Výzkumné šetření probíhalo ve dvou případech v bytě respondentů – paní D a paní E. Tyto paní bydlí v místě bydliště sběratele dat a tedy nebyl problém s uskutečněním nahrávky rozhovoru. Za kladný přínos považuji osobní znalost s danými respondenty. Situace byla tak příjemněna a probíhala v přátelské atmosféře

Respondenti – paní A, paní B a pan C byli doporučení vedoucí Denního stacionáře Slunečnice v Uherském Brodě. Po vyjednání s těmito respondenty byla zvolena jako místo výzkumu kancelář Azylového domu pro matky s dětmi v tísni Uherský Brod. V tomto zařízení se velmi často pohybují, protože zde pracují jako vedoucí pracovnice.

Místo působilo na respondenty příjemně a také mi sdělili, že se zde cítili jako v domácím prostředí.

### **3 Sběr dat**

Tato kapitola pojednává o způsobu a průběhu sběru dat. Jednotlivé části sběru dat byly rozděleny do tří hlavních fází. A to na přípravnou fázi, poté realizační fázi a poslední fázi - závěrečnou. Tato část výzkumu byla časově velmi obtížná. Během měsíce března byly nahrány všechny rozhovory s respondenty.

#### **3.1 Přípravná fáze**

Data byla sbírána v měsíci březnu 2011. V první fázi jsem oslovila vedoucí Denního stacionáře Slunečnice v Uherském Brodě. Paní Vintrovou jsem požádala o vytipování a doporučení respondentů, kteří jako pečující využívají denní stacionář jako formu odlehčovací péče. Dále jsem oslovila dvě ženy a jednoho muže, ti tuto formu odlehčovací péče nevyužili. V další fázi jsem požádala o spolupráci všechny vytipované respondenty (paní A, paní B, pana C, paní D a paní E). Výše zmiňovaní respondenti splňovali uvedená kritéria a byli ochotni sdělit své životní zkušenosti. Poté jsem je poprosila o souhlas k nahrávání rozhovoru. Po vyjádření jejich souhlasu jsme se společně domluvili na termínu a místě setkání k realizaci výzkumného rozhovoru. Prostředí a čas byl respondentům navržen ze strany sběratele dat. Ve dvou případech, kdy šlo o osoby známé z místa bydliště sběratele dat, se uskutečnily rozhovory v přirozeném prostředí respondentů – v jejich bytě. V ostatních případech se rozhovory uskutečnily v kanceláři vedoucí Azylového domu pro matky s dětmi v tísní. Toto prostředí splňovalo neutralitu a ostatní vhodné podmínky pro zajištění nerušeného sběru dat. Vhodnými podmínkami se rozumí časová a místní dostupnost pro respondenty.

#### **3.2 Realizační fáze**

Ve třetí fázi byly uskutečněny rozhovory, které byly zaznamenány na diktafon. V jednom případě diktafon nebyl použit, protože zpočátku jedna žena s nahrávkou rozhovoru na diktafon souhlasila, ale v průběhu nahrávání rozhovoru žena požádala, aby informace

byly předány, ale bez pomoci diktafonu. Cítila se nervózní a nemohla vypovídat. Proto informace po ukončení rozhovoru byly ihned převedeny do písemné podoby.

Délka jednotlivých rozhovorů se pohybovala většinou v rozmezí od 30 do 45 minut. Na počátku každého rozhovoru jsem se jednotlivým respondentům stručně představila, sdělila jsem jim záměr práce a požádala je o svolení, aby průběh rozhovoru mohl být z důvodu zaznamenání jeho autentičnosti nahrán na diktafon a poté přepsán do písemné podoby. Ubezpečila jsem je o anonymitě veškerých osobních údajů. Všichni s touto možností souhlasili.

Důležitým požadavkem při vyhotovení rozhovoru je ujistit respondenty o zachování důvěrnosti informací, které nám jedinec sdělí. Na toto reaguje Hendl (2005) a uvádí: „Proto je zachování soukromí důležitým požadavkem výzkumu.“ Dále k tomu dodává, že ten, kdo je ochoten nám sdělovat své důvěrné informace ze svého soukromí, je upozorněn, že tyto informace budou výhradně využity pro získání určitých dat k výzkumu.

Pro vytvoření správné atmosféry k natáčení rozhovorů jsem si s respondenty nejdříve neformálně pohovořila o samotné problematice. Pro navázání důvěrného kontaktu a uvolnění napětí jsem také sdělila osobní zkušenosti s péčí o osobu blízkou.

K tzv. emočnímu bezpečí dodržované u kvalitativního výzkumu se vykytuje spousta příležitostí, kdy účastník výzkumu se musí vyjádřit ke svým emočním citlivým záležitostem. Tuto situaci potvrzuje Hendl (2005), který připomíná, že v kvalitativním výzkumu jde málokdy o zcela banální věci a zkušený výzkumník musí dát účastníkovi příležitost, aby se uvolnil a právě vysvětlil také své pocity.

Rozhovory probíhaly až na jeden případ bez komplikací – nepříjemný pocit z diktafonu. Téměř všichni respondenti byli velmi otevření a sdílní a to natolik, že v některých otázkách odbíhali od tématu. Měli potřebu i mimo rámec otázek k tématu sdělovat informace, které s výzkumným problémem a tématem práce téměř nesouvisely. I přesto jim byl nechán prostor k vypovídání se. Někdy nastávalo i delší mlčení, na některých bylo znát, že některé oblasti výzkumu jako důvody péče, motivace a průběh péče byly poznamenané silným emocionálním zážitkem. Dostalo se mi tak nepřímé zpětné vazby, že rozhovor je realizován v bezpečné a důvěryhodné atmosféře. Z některých rozhovorů se mlčení jeví jako prostor pro utvoření odpovědi na danou otázku.

### **3.3 Závěrečná fáze**

Na závěr rozhovoru jsem poskytla prostor k doplnění informací. Vyjádřila jsem jim obdiv a poděkování za jejich ochotu a čas, který věnovali poskytnutím rozhovoru.

## 4 Vyhodnocení a interpretace výsledků

Tato část práce popisuje výsledky rozhovorů, které jsou rozděleny **do pěti kategorií**. Kategorie se vztahují k dílčím cílům a souvisejí s výzkumným problémem. Název kategorií byl vytvořen podle výpovědí respondentů a následně vytvořenými kódy.

### 4.1 Seznam vytvořených kategorií

Po následně vytvořených kódech a vytvořených společných témat bylo vyhotoveno následujících pět kategorií. Jednotlivé **názvy kategorií**:

1. „Vyždímaný citrón“
2. Každý to má jinak
3. „Jízda z kopce“
4. Něco za něco
5. Boj s větrnými mlýny

Vysvětlivky k textu deskripce dat:

- ..krátké mlčení
- ...delší mlčení
- V vulgární výraz

#### 4.1.1 „Vyždímaný citrón“

Tato kategorie byla vytvořena z následujících kódů.

(A10): únava, (A17): uvědomění si vyhoření, (B11): tíha, (B12): psychika, (C27): zátěž, (D3): zlo, (D15): záпřah, (D17): koloběh, (D49): vyprahlost, (D24) malátnost, (E26): imunita.

Rodinné zázemí představuje jednu z nejdůležitějších sociálních jistot člověka a právě ve stáří senior potřebuje dostatek pomoci. Nejen ovšem senior v tomto případě potřebuje pomoc, ale také se to týká např. nemocných dětí, dospívajících, zajisté i dospělých. Rodina jako přirozené sociální prostředí poskytuje značný prostor pro zajištění péče.

Už jak nese název této kategorie tzn. vyždímaný citrón, je vyčerpanost zcela běžně se objevujícím jevem u osob pečujících o osobu blízkou. Postarat se o člena rodiny představuje především zásah do kompetencí a povinností celé rodiny. Projevy syndromu vyhoření u paní A byly již patrné po roce péče. Paní A to také potvrzuje svou výpovědí.(A10): „únavu úžasnou jsem pozorovala v průběhu nebo dá se říct po roce, kdy mi bylo naznačeno, že přijde i syndrom vyhoření.“ Ovšem i přesto se paní nevzdávala a snažila se v sobě najít sílu, aby mohla pomáhat a pečovat. Tím že neměla možnosti častého odpočinku, relaxace, nebo jen chvílku pro sebe, uvědomovala si, že toto všechno právě může vést k syndromu vyhoření.(A17): „Já jsem věděla, že jsem byla tou péčí vyčerpaná a viděla jsem, že to může nastat, to byl prostě kolotoč a mám pocit, že to vyčerpání se začalo víc a víc kupit.“ Přestože v oblasti psychiky viděla řadu signálů, které očividně přihrávaly celkovému vyčerpání, paní A věnovala svému manželovi nadbytek pozornosti v pečování

Pečování o osobu blízkou obnáší také častý problém v oblasti psychické. Vhodně poukazuje na tento fakt názor paní B. (B12): „Takže já cítím, že totálně psychicky su V.“

Dále paní z péče o manžela pociťovala nesmírnou tíhu a velký stres. (B11): „Úplně to cítím., tu tíhu, ten stres je hrozný a byl, snad nejhorší ze všeho.“

V oblasti psychiky pečující osoby se utváří celkový vnitřní stav tak, aby jedinec dokázal co nejpružněji reagovat na změny týkající se stavu jeho psychiky. Podobnou zkušenost dokládá paní D (D15): „ Je to opravdu záprah a mám pocit, že je toho hodně, nemůžete si odpočinout, jaksi vypnout, i když rodina pomáhá, ale mám pocit, že to tak je.“ Při péči o osobu blízkou je dobré mít na vědomí, že je důležité mít také volný čas pro svou osobu.

Člověk by neměl zapomínat na rekreaci svých sil. Psychickými příznaky vyčerpanosti jsou u pečujícího většinou uváděny nadměra zodpovědnosti, pracovní nasazení a houževnatost.

Paní D očividně svých chováním tento fakt nedodržuje.(D17): „Prostě je to celých dvacet čtyři hodin, v práci to máte osmičku, nebo dvanáctku, pak jdete domů, práce neexistuje, tady to nejde, je to jiné, ve dne v noci jste ve službě.“ Velký stres a zátěž mohou vést k vyčerpanosti téměř každého z pečujících, zajisté bývají náchylnější lidé, kteří cítí velkou zodpovědnost v péči o svého blízkého. (D49): „Ano, už mám pocit, že to někdy nejde zvládnout a prostě si připadám jak vyždímaný citrón.“ U paní E bylo zajímavé, že hlubokou vyčerpanost a také náročnost cítila po pěti letech péče o svou tetu. (E26): „...A

*ten pátý, ten byl hodně těžký. Byla jsem už hodně vyčerpaná. Po všech stránkách. Nevím co bylo horší. Ale určitě se to navzájem ovlivňovalo. Byla jsem asi tak půl roku téměř pořád nemocná. Chvilí asi týden zdravá, pak dva týdny na antibiotikech, pak zase dva týdny zdravá, pak mě zas skolila nemoc a tak to bylo celého půl roku Vybrala jsem asi osmero antibiotik. Pak mi doktorka předepsala léky na posílení imunity.*

Součástí psychických příznaků syndromu vyhoření je oblast emocí Většina respondentů v rozhovorech uváděla pocity bezmoci, nespokojenosti až sklíčenosti.

Důležité je si uvědomit, že součástí a také podporou vlastní osoby je i prostor pro sebe, své kulturní zájmy, koníčky, hobby. Paní D čas pro sebe tráví takovýmto způsobem. (D24): „*Jít do kina, já si uvařím, chodím do knihovny, pučím si tam nějakou knížku.*“ Většinou z rozhovoru byl uveden opak. Prostor pro realizaci volného času byl pro zbývající respondenty zcela nemožný. Paní E to dokládá následující výpovědí (E29): „*To byl ten pocit uvázání, jak to říct, prostě celodenní péče.*“

Tato kategorie pojednává o fyzické a psychické vyprahlosti osob pečující osobu blízkou. Pro toto označení se užívá pojem syndrom vyhoření. Nejvíce se respondenti shodovali na tom, že vyčerpanost se projevuje v oblasti psychiky.

#### **4.1.2 „Každý to má jinak“**

Stěžejními kódy pro tuto kategorii byly:

(A7) : víkendová setkání, (B37): oddálení, (B38): sourozenci, (C8): jednota rodiny, (C10): neochota státu, (D41): bez pochvaly, (E27): sliby-chyby.

Lze uvést, že pečující osoby nemají stejné zkušenosti s péčí o osobu blízkou V rozhovorech uváděli důležité body, které potvrzovaly rozdíly v životních osudech. Pozitivní zkušenost s podporou rodiny měl pan C. Hovořil o seskupení rodiny za jedním cílem. Bere to jako zcela normální a přirozené chování všech členů rodiny. Je to také správná cesta jak k problému přistupovat a také jej řešit. (C8): „*Tak pozitivum jsem právě viděl v té naší rodině, že sme sa všichni tak nějak semkli a řešili vše společně, co dál, takže sme si byli mnohem bližší a taky mi to dělalo velkú radost, že i přesto všechno, přes tu náročnou léčbu byl dědeček spokojený, to vidím jako velké pozitivum, myslím, že jsme se rozhodli dobře.*“ Paní B například poukazovala na odvrácení blízké rodiny a uváděla



osamocení v pečující roli. (B37): *„Rodina k nám přestala chodit, všichni, zajímavé...i moji sourozenci.“* Doplnila bych výpověď paní A. Ta zavzpomínala na víkendy, kdy v době péče jí napomáhaly děti. (A7): *„I děti pomáhaly, i přes péči o svoje děti, snažily se velice pomáhat, aspoň ty víkendy, soboty, neděle nás zvaly, aby se to prostředí celkově změnilo.“* Velkou úlohu ve zvládnutí této situace hraje prostředí.

Životní osud paní B poznamenala reakce vlastního bratra na péči o jejich matku. Jako sourozenec se k paní choval velmi neuváženě. (B38): *„Bratr mi to i jedenkrát naznačil, že beru příspěvek, tak není problém, jenže jsem mu řekla, že mu babičku dám, že si ji přestěhuji, ať si to zkusí, a od té doby to nevzpomněl.“* O nevděčné práci se vyjadřuje také paní D. Svou výpovědí dokládá nedostatek ocenění. (D41): *„Myslím si, že péče o rodinného příslušníka je velice pěkná, ale nevděčná, nikdo vás pořádně neocení, mám pocit, že je to opravdu povinnost v očích těch druhých, i když také se najde někdo, kdo mne ocení, že jsem dobrá, že to tak zvládám, no jo, ale takových je málo.“* Podobnou reakci k rodině uvádí paní E (E27): *„Takže zkušenost negativní vidím v tom, že lidé z rodiny naslibují a nakonec nesplní... a ještě jsem se dověděla, že ti, kteří mne požádali o pomoc, že budeme mít byt, ti co tak slibovali, že v případě potřeby pomůžou, tak ti někde prohlašovali, mají byt, ať se starají. Výpověď vhodně ukazuje na závist mezi členy v rodině. Je tedy překvapující toto celkově samotné zjištění.“*

Za významnou pomoc a ulehčení péče o osobu blízkou bych uvedla dostatek informací o této problematice. Lidé pečující o osobu blízkou by se neměli bát požádat o pomoc v případě nezvládnutí situace. Je zde stát, příp. městské úřady s přenesenou působností, jež mohou těmto rodinám pomoci. Negativní zkušenost a nespokojenost uvádí pan C: (C10): *„Ze strany rodiny, nebo i okolí je ta pomoc velmi dobrá, tam problém nevidím, horší je to s pomocí státu nebo města, vadí mi to, že vše všeobecně dlouho trvá, než něco vyřídíte, třeba dávky, je to jen samé papírování, a práce úřadů mi stejně přijde fakt pomalá, taky si myslím, že problémem jsou peníze a finanční podpora, mnoho lidí, kteří zůstanou doma a pečují o někoho, si myslím, že to má podobné.“*

Pro tuto kategorii vplynuly jako stěžejní shody v životních osudech pečujících v oblasti rodiny, ovšem až na výjimku jednoho respondenta. V rodině viděli jako důležitou podporu, oporu, zájem pro výkon péče. Stát se snaží v této oblasti pomáhat a pomáhá, ale někteří respondenti tuto pomoc vnímají jako nedostatečnou.

### 4.1.3 „Jízda s kopce“

Pro tuto kategorii byly vytčeny následující kódy :

(A44): časová tíseň, (A54): zapomínání, (B10): špatný spánek, (B16): přejídání stresem, (D34): pitný režim, (D38) izolace, (E31): bez přátel, (E32): lenost.

Životní situace pečujících osob se bezpochyby mění s nabytými zkušenostmi. To se zajisté projevuje v životním stylu samotných pečujících. Až na jednu výjimku všichni respondenti uváděli, že se životní styl změnil ve smyslu k horšímu. Začala bych nedostatkem času na společenské vyžití. Paní A zavzpomínala, jaké to bylo zpočátku a také v průběhu péče. (A44): *„To si tak vzpomínám, tak jsme chodili všude, kde sa dalo, i po rodině, někdy u nás na fotbal, jenomže pak už snad ani čas nebyl, to sa ani nedalo stíhat, ani mňa potom nepodporovali.“* Změna životní situace se projevovala u respondenty A v oblasti zapomínání. Na tento fakt přišla po upozornění vlastní kamarádky. (A54): *„Šak já už sem sa potom aj neorientovala, kamarádka mě to sama řekla.“*

Níže uvádím jednotlivé aspekty životního stylu, které odpovídají uspokojování potřeb biologických, psychických, sociálních a duchovních. Začala bych oblastí biologických potřeb. Určitě je velmi důležité nezapomínat na dostatek spánku. S tím také souvisí kvalita spánku. Paní B potvrzuje svou zkušenost s narušeným spánkem během noci. (B10): *„Ano, určitě nespím, budím se i pětkrát za noc, nemůžu spávat.“* Součástí biologických potřeb je také dodržovat pravidelnou stravu. Stravou by člověk neměl řešit nějaké problémy, kompenzací větším množstvím jídla. To vše pak nahrává vyššímu sklonu k obezitě. Paní B dokládá své uvědomění z častého požívání a tím řešení stresu. (B16): *„A cítím, že celkově hrozně jím, abych zahнала ten stres, takže já mám sklon k obezitě i doktor mi to řekl při poslední návštěvě, já si prostě ten stres musím zajídat.“*

Do biologických potřeb můžeme dále zahrnout dodržování pitného režimu. Všichni asi víme, že dospělá osoba by měla během dne vypít kolem dvou litrů tekutin. Podobnou informaci dokládá Kunová (2004). Podle autorky by dospělá osoba měla vypít 1,5 -2 litry tekutin během dne. Do tekutin nelze řadit alkohol, kávu, mléko a mléčné výrobky, kolové výrobky, džusy, iontové a energetické nápoje. Paní D uvádí své vlastní zkušenosti s pitným režimem během dne. (D34): *„S jídlem, to nemám problém, jíme spolu, to se neobávám,*

*naopak, mám někdy chutě na sladké, jo, s pitím, to už je horší, to se musím hlídat, někdy zjistím, že za den sem vypila sotva litr.“*

Nelze dále zapomenout v souvislosti s biologickými potřebami na pohyb. Paní E postupem času péče o svou tetu zjistila, že vlastně ani nemá zájem jít ven. (E32): *„Zjistila jsem, že už ani nemám potřebu celkově někam chodit, někdy jsem nebyla tři dny venku, prostě se mi nechtělo.“*

Teď bych se zabývala oblastí psychických potřeb, které souvisí s životním stylem. V souvislosti s frustrací se mluví o náročných životních situacích, neznamena to však, že se jedná o situace výjimečné. S péčí o osobu blízkou postupně u pečujících přicházejí pocity nervozity, vzteku a hněvu jako důsledek neuspokojení psychických potřeb, zejména pochopení, opory, lásky ze strany druhých. Dosti podstatně se změnila životní situace pečující osoby právě u paní E. Před péčí o svou tetu nekouřila. Nyní se ovšem vyjadřuje.(E27): *„Představte si, začala jsem i kouřit, tak už jsem byla jednou vynervovaná..., že jsem si od manžela jednu vzala.“*

V předposlední řadě bych zdůraznila jako součást životního stylu uspokojování sociálních potřeb. Paní E dodává.(E31): *„Také se mi velmi omezily kontakty s jinými lidmi. S vrstevníky jsem se téměř vůbec nestýkala, také sem se dověděla, že lidé v dědině si říkali, co se mně je, že ani nezajdu mezi lidi.“*

K závěru této kategorie bych uvedla zjištění změny životní situace u paní E, co se týká spirituálních potřeb. (E25): *„Teta jednou spadla a volala pane Bože, pane Bože a já ji nato rozčílená říkám, tetino, nevolejte pána Boha, ten nám nepomůže..(slzy) co vám budu říkat, bylo to hrozné, já dřív bych toto nikdy neřekla, chodila sem často do kostela, ale asi to s tím souvisí, co sem pečovala o tetu, tak jsem šla do kostela tak honem, honem. Aby tetu doma náhodou netrpěla, ani jsem se nesoustředila na to, co říkám v modlitbě, prostě ta víra hodně utrpěla.“*

Tato kategorie, která nese název „*Jízda s kopce*“ popisovala změnu životních situací pečujících o osobu blízkou. Hlavní zaměření bylo na tematiku životního stylu. Podle výpovědi respondentů jsem tuto kategorii rozdělila na do čtyř oblastí (potřeby biologické, psychické, sociální a spirituální).

#### 4.1.4 „Něco za něco“

Hlavní jádro této kategorie tvoří níže uvedené kódy:

(A18): rodinné zásady, (B9): odpovědnost, (B10): vztah, (C39): láska k člověku, (C42): vůle, (D11): milovaná matka, (E8): manželství, (E9): bydlení, (E11): předpoklady.

Motivace ovlivňuje každé naše jednání. Motivaci, jak ji definuje Plzáková (2004), lze chápat jako souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního. Jinak řečeno - motivační procesy jsou duševní síly, které aktivizují a usměrňují chování.

V předposlední kategorii se zabývám důvodem motivace, která vedla k péči o osobu blízkou. Zajímavou zkušenost s vlastní motivací vedoucí k péči o osobu blízkou měla paní E. Ve své výpovědi hovořila, že jako důležitým motivem k péči o osobu blízkou bylo získání bytu, jež měla ve vlastnictví teta, o kterou paní E pečovala. (E8): *„A protože jsem tehdy byla už skoro v rodině, obrátili se na mě, že by mi i pomohli, a nakonec, že by to nebylo jen tak...že bychom s Ladou měli byt, který by nám jednou připadl. Já jim na to řekla, že se musím dobře rozmyslet, přemýšlela jsem, mezi tím mne navštívili ještě jednou, a pak jsem se rozhodla, že to jen zkusím, aby mne to pak nemrzelo.“* Paní podotýká zajisté také trochu výhodu v oblasti materiální a lehkost a dostupnost bydlení. (E9): *„Je fakt, že jsem v tom viděla i výhodu získat byt, protože tehdy jsem bydlela v podnájmu s jednou kamarádkou a moc nám to nevyhovalo, protože jsme neměli moc soukromí.“* Uvědomuje si a dál vypovídá (E11): *„No, to víte, věděla jsem, že to nejde dělat jen tak, pro nějaké materiální výhody, asi bych jen kvůli tomu do toho nešla, kdybych dřív nezkusila, co péče o starého a nemohoucího člověka obnáší...člověk taky musí k tomu mít nějaké předpoklady, hlavně vztah k lidem, mít rád, trpělivost, trochu empatie, též ochotu pomoci a možná být trochu flegmatik.“* Podobnou zkušenost s rozhodnutím pečovat o svého manžela měla paní A. Její rozhodnutí úzce záviselo na jejích etických hodnotách. Paní uvádí. (A18): *„Ale přesto všechno, čistě z morálních zásad, jsem se rozhodla okamžitě a neuvažovala jsem vůbec o stavu, že bych manžela mohla někde svěřit, protože jsme si velice rozuměli, a nepřipadalo mi vůbec možné, že bych ho někde svěřila někomu jinému.“*

K rozhodnutí pečovat o osobu blízkou přispívají také duchovní motivy. Toto potvrzují slova paní A. Zavzpomínala na své ukotvené etické pravidla ze svého dětství. (A4): *„Jednak mě k tomu vedly takové morální zásady, které mám už z dětství, ze své rodiny, ve které jsem žila, a velmi důležitá věc byla pro mě víra, která mě úžasně pomáhala v tom, že nežijeme sami pro sebe, ale je naší zásadou vykonat něco pro druhé lidi, kteří jsou na tom hůř, než my.“*

Další motivací k péči je také uvědomění, že mohou lidé pečovat o své blízké ve smyslu rodinných vazeb matka-dcera, otec-syn, babička-vnučka. K tomuto rozhodnutí se uchýlila paní B. v sobě si uvědomila odpovědnost péče o svoji maminku. (B9): *„Všechno to rozhodování bylo na mě, protože je to mamka, že, a mám doma samé chlapy, takže tam nemohu čekat pomoc, tak jsem to nejprve zvažovala, ale pak sem si řekla, vydržím to a jdu do toho.“* Paní dále hovoří o důležitosti vztahu ke své matce, což s motivací péče o osobu blízkou může souviset. (B10): *„Tak za druhé taky slyším, že úroveň toho člověka je v tom, jak se umí o své rodiče postarat.“* Dále toto zjištění potvrzuje pan C. Jeho motivace k péči o svého dědečka byla též odpovědnost, že on sám se o něj postará raději, než by ho předal na starost někomu, nebo někam jinam. (C39): *„Samozřejmě jsem o tom dost přemýšlel, ale tak celkově o nemoci, jak to bude vypadat, co to bude obnášet, jaká bude léčba a všechno kolem, tak já znám dědu a znám ho opravdu velmi dobře, tak vím, že by jinde trpěl.“* Poté dodává. (C42): *„Takže to, že se o dědečka postaráme doma, nám bylo jasné podstatě hned, vůbec jsme neuvažovali o tom, že ho někam dáme, jen jsme řešili to, jak ta péče bude do budoucna vypadat.“*

S rozhodnutím pečovat o osobu blízkou souvisí i délka rozhodnutí. Paní D se k péči rozhodovala téměř měsíc, protože zvažovala své dosavadní pracovní místo. (D11): *„Rozhodovala jsem se asi měsíc, měla jsem dobré pracovní místo a do důchodu mám ještě daleko. Ale nakonec mi to nedalo, protože jsem se cítila vůči mamince povinná. Nedokážu si představit, že bych jí odstrčila do domova důchodů, víte – jsem její jedná dcera a kdo by jiný se měl o ni postarat než já: Tak se to jaksi ode mne očekávalo... taky moje povaha nedokážu odmítnout žádného, zvlášť mamku, když vidím, že potřebuje pomoc.“*

Předposlední kategorie zabývající se důvodem motivace vedoucí k péči o osobu blízkou byla dosti často u respondentů uváděna v souvislosti s blízkým vztahem k rodinným

příslušníkům s materiálními možnostmi, se silnou odpovědností k druhému a také výzva něčeho nového.

#### 4.1.5 „Boj s větrnými mlýny“

Pro poslední kapitolu byly vybrány tyto podstatné kódy:

(A60)“ odborník, (A62): léčebný pobyt, (C20): relaxace, (C21): předchozí znalosti, (D20): záskok, (D21): volný čas, (E36): znalost problematiky, (E38): klid na lůžku.

Posledním cílem této bakalářské práce bylo analyzovat na konkrétních případech uvedených respondentů, jak je možné syndromu vyhoření čelit. Každý respondent měl zvolen svoji taktiku pomoci, předcházení a zvládnání. Paní A zavzpomínala na její pomoc při péči o sobu blízkou ve smyslu obrácení se na ošetřujícího lékaře. Paní A uvádí. (A60): *„Odborný lékař v Olomouci mně toto všechno objasnil a uvedl mě k tomu, že já jako pečovatel jsem povinna pečovat o to své zdraví, abych vlastně mohla pomáhat.“* Paní o lékaři hovoří dále v souvislosti se svým synem ve smyslu podpory v péči o manžela. (A62): *„A ten doktor v Olomouci, o kterém jsem mluvila, dokonce navrhl synovi, který mě v těch těžkých chvílích všude doprovázel, možnost řešení mé situace. Projednal s námi takovou možnost, že by bylo vhodné, aby manžela hospitalizovali, měsíc třeba, abych si trochu odpočinula.“* Takovým „bojem proti větrným mlýnům“ byl pro pana C čas věnovaný svým koníčkům a volnému času. (C20): *„Určitě je to tím, že na péči o dědu nejsem sám, a tak i to, že mám čas a prostor i na svoje koníčky, takže jsem se naučil vypnout...nebo spíš přepnout na dědečkovu nemoc z jiné oblasti.“* Pan C si sám potvrzuje informovanost prvotních příznaků syndromu vyhoření. Uvádí jako vhodné si uvědomit předchozí znalosti o této problematice. (C21): *„Tak určitě je to důležité, už proto, že když začnete pociťovat nějaké první příznaky, tak vás tolik nepřekvapí, víte ~~o co se jedná~~, o co se jedná a jakým způsobem s tím pracovat, ale hlavně, že je to normální, že se to prostě stává, myslím si, že pokud by člověk vůbec nevěděl, o co jde, tak ho to může totálně zlomit a zničit.“* Důležitým pomocníkem proti syndromu vyhoření je nabídnutí možností se v péči o osobu blízkou se střídát třeba jen s někým z rodiny. (D20): *„Jen nějaký ten záskok, to moc pomůže.“*

Paní D v souvislosti se střídáním se v péči hovoří o již několikrát zmiňovaném volném čase. (D21): „*To si přeju víc volného času pro sebe.*“ Své zkušenosti s prevencí nebo předcházení syndromu vyhoření potvrzuje paní E. (E36): „*Určitě, kdybych znala vše kolem syndromu vyhoření tak jsem nemusela procházet takovými těžkými fyzickými a psychickými stavy, věděla bych, že se jedná o tu či onu fázi vyhoření a snažila bych se tomu udělat přítrž, myslím si, že pečující by měl být s tímto dobře seznámen, než se začne starat, nakonec bylo by to dobré, kdyby vám někdo na sociálním odboru podal tyto informace, když vyřizujete formality kolem příspěvku na péči.*“

O pomoci v prevenci syndromu vyhoření paní hovoří dále. (E38): *Uvítala bych respitní péči, zde v tomto regionu chybí. Já si odlehčení řešila po svém - když jsem viděla, že mi opravdu nikdo nepomůže, tak jsem se domluvila s lékařem, zda by teta nemohla na chvíli jít na lůžkové oddělení, abych si odpočinula. Tak jsem měla aspoň dva týdny klid.*“

Poslední kapitolu uzavírá analýza konkrétních příkladů boje se syndromem vyhoření ze strany respondentů. Každý k syndromu vyhoření a jeho prevenci přistupoval po svém. Většina se shodovala, že postačí mít prostě jen čas - chvíli pro sebe. Někteří uvítali jako pomoc střídání se v péči o osobu blízkou. Mimo jiné se uvádí také jako podpora proti syndromu vyhoření se vypovídat se okolí nebo odborníkům z řad lékařů.

## 5 Diskuze - Shrnutí výsledků empirické části

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zaměřit se na problematiku životních zkušeností u osob pečujících o osobu blízkou a zjistit jaké jsou životní zkušenosti pečujícího v domácím prostředí. Z hlavního cíle jsem si pak dále vytyčila dílčí cíle, na které jsem si pomocí získaných rozhovorů, vytvořených kódů, a kategorií odpovídala. V první oblasti jsem se snažila prozkoumat případy se zvýšeným rizikem vzniku syndromu vyhořené do hloubky. Jak jsme již zjistili z předchozí kapitoly, tak respondenti nejvyšší riziko syndromu vyhoření spatřovali v psychické oblasti. Někteří postupem času u sebe svoji psychickou vyčerpanost spatřovali díky druhým lidem ze svého okolí. Na závěr mě napadá otázka, jestli se v některých sekcích odpovědí u respondentů se nezapomnělo zmínit fyzickou oblast.

Druhým cílem, který jsem si zvolila, bylo identifikovat shody a rozdíly v životních osudech pečujících. Téměř většina respondentů se shodovala se svým životním osudem v péči o osobu blízkou ve smyslu podpory rodiny svých blízkých a přátel. Není nic neobvyklého, že péče o osobu blízkou přináší do rodiny různé úhly pohledu. V jednom případě žena uváděla i menší rozpor se svým bratrem, protože s péčí o osobu blízkou si v prvořadě smyslu spojoval materiální výhody. Může se to chápat jako jiný druh práce, ale od klasické práce prováděné někde na stavbě, v zařízení, v přírodě se to jistě neliší.

Jako třetí cíl jsem si vytyčila zjistit, jak se změnila životní situace pečující osobě v souvislosti s péčí o osobu blízkou a také popsat, jak životní styl těchto pečujících vypadá. Téměř všechny odpovědi z rozhovorů směřovaly k upozornění, že pečujícím osobám chybí převážně dostatek času a prostoru pro svůj volný čas, relaxaci, odpočinek nebo jen lidské setkávání. V souvislosti se životním stylem si uvědomovali se své nedostatky v oblasti spánku, stravování, pitného režimu. Nelze zapomenout a zde připomenout paní, která během celého dne při péči o osobu blízkou vypila necelý litr tekutin.

Předposlední cíl této empirické části měl za úkol zjistit důvody motivace vedoucí k péči o osobu blízkou. Respondenti se shodovali, že zásadní motivací byla pro ně rodinná odpovědnost starat se o osobu blízkou. Dále etické, náboženské hodnoty. Nesmím zapomenout zmínit též materiální výhodu, kterou spojuji s mladou paní, protože její motivace byla spojena s racionálním rozhodnutím.



Závěrečným a také posledním cílem mé empirické části bylo analyzovat, tedy rozebrat, jak je možné syndromu vyhoření čelit. Zabývala se prevencí a uvědoměním toho, co předchází syndromu vyhoření. Respondenti měli různé názory. Někteří upozorňovali, že je dobré před samotným pečováním mít dostatek informací o této problematice. Uváděli, že i rozhovor s odborníkem a prosté vypovídání se někomu napomáhá k celkové psychohygieně osobnosti.

K celkovému shrnutí této diskuse a zjištění byly odhaleny životní zkušenosti osob pečujícího o osobu blízkou v domácím prostředí. Je zajímavé, jak k této nelehké situaci respondenti přistupovali svým individuálním přístupem. Překvapující je celkové hodnocení péče – čtyři respondenti z pěti uvedli, že této zkušenosti nelitují. Projevila se však zde i role času, který dává schopnost situaci vidět jinými očima, s nadhledem, tito respondenti už delší dobu o svého blízkého nepečují.

## ZÁVĚR

První část mé bakalářské práce, nesoucí název Syndrom vyhoření u osob pečujících o osobu blízkou, měla za cíl zaměřit se na další popisná a hodnotící hlediska, která se v předchozí absolventské práci stejného názvu<sup>5</sup> nevyskytují, a tak rozšířit podklad pro výzkumnou část práce. Použila jsem metodu práce vidět - hodnotit - jednat. V první fázi – vidět – na základě odborné literatury a faktů empirického kvalitativního výzkumu popisují problém syndromu vyhoření u osob pečujících o osobu blízkou, jeho projevy psychické, fyzické, mezilidské, dopady na okolí. Popisují existující formy pomoci, vymezují osobnost, která je důležitým nástrojem pomáhání a také motivaci, která odhaluje hodnoty vyšší, etické, náboženské. Ve druhé fázi – hodnotit - přistupuji k hodnocení dopadu psychosociálního problému, kterým syndrom vyhoření bezesporu je, formy pomoci a služby. Ve třetí fázi jednat – se pokouším učinit závěry v kontextu sociální práce. Dalšími metodami je analýza, syntéza a kompilace, kdy sbírám poznatky autorů sociologů, psychologů, sociálních pracovníků.

Výzkumná část této empirické práce se zabývala otázkou životních zkušeností pečující osoby. Jako hlavní cíl jsem si vytyčila zaměřit se na problematiku životních zkušeností osob pečujících o osobu blízkou a odhalit, jaké jsou životní zkušenosti pečujícího v domácím prostředí. Jako dílčí cíle jsem zvolila následující: prozkoumat případy se zvýšeným rizikem vzniku syndromu vyhoření do hloubky a identifikovat shody a rozdíly v životních osudech pečujících, prozkoumat, jak se změnila životní situace pečující osobě v souvislosti s péčí o osobu blízkou, popsat životní styl pečujícího, zjistit důvod motivace vedoucí k péči o osobu blízkou, analyzovat na konkrétních příkladech, jak je možné syndromu vyhoření čelit.

Pro získání informací ke zpracování dat byla v souladu s výzkumnou otázkou použita kvalitativní metoda výzkumu. Využila jsem techniky polostrukturovaného rozhovoru. Při samotné realizaci rozhovorů jsem byla překvapena reakcí některých respondentů, kteří ač delší dobu již nepečují, při vzpomínce na osobu, které se sami věnovali, byli pohnuti, objevily se jim v očích slzy. Přestože jsem se připravovala na tuto fázi výzkumu

---

<sup>5</sup> JURÁSKOVÁ, J. (2011). *Syndrom vyhoření u osob pečujících o osobu blízkou* (absolventská práce). VOŠ Caritas Olomouc, vedoucí práce Mgr. Dita Palaščíková, odevzdáno dne 29.4.2011.

dostatečně, tento zážitek byl pro mne nečekaný a silný, nebylo právě snadné sdílet respondentovu citlivost. Na druhou stranu mi však dával zpětnou vazbu, vědomí o tom, že jsem v respondentech vzbudila důvěru, když byli natolik schopni projevit své emoce cizímu člověku v cizím prostředí. Zároveň mi poskytli neverbální informaci, že péče o osobu blízkou byla pro ně životní a velmi důležitou zkušeností. Odnáším si tak velmi hezký poznatek z tohoto výzkumu, také já jsem se mohla s cizími lidmi sdílet a vyměnit si zkušenosti, které mi přinesla dlouholetá péče o tetu. Jedna respondentka, která v současnosti ještě stále pečuje o rodinného příslušníka a je tak stále vystavena riziku syndromu vyhoření, mi sdělila: „Vy mi alespoň rozumíte, když to říkám někomu jinému, tak si říkám, stejně nevíš, o co jde, říkají, máš to těžký, ale nevěřím jim.“ Náš společný rozhovor v závěru tato žena zhodnotila jako příjemnou chvíli a zastavení se k popovídání, sebesdílení. Bylo patrné, že tento čas byl přínosný nejen pro mě - sběratele dat. Takhle podobně pracuje podpůrná, svépomocná skupina, sociální síť, ve které panují vztahy vzájemnosti, empatie, na principu, o kterém jsem se zmiňovala výše – nejen brát, ale i dávat. I já si odnášela dobrý pocit, že mi někdo rozumí, když se zmíním o problémech, které sebou péče o osobu blízkou přináší, že se na mne nebude ten druhý dívat s despektem, když sdělím, že jsem byla péčí znechucena, unavena, a pak jsem projevovala takové emoce jako hněv, zlost, smutek, beznaděj.

Dle mého názoru se mi podařilo výše uvedené cíle naplnit – zaměřila jsem se na péči o osobu blízkou v domácím prostředí, zjistila zkušenosti pečujících osob, které se skutečně s menšími rozdíly navzájem lišily. Potvrdilo se, že v prevenci syndromu vyhoření hraje nezastupitelnou úlohu rodina a vztahy mezi jejími členy. Důležitou roli v procesu motivace, důvodů, proč se pečující rozhodl k dnes ještě tolik nedocenené službě, zastávají vyšší hodnoty, sociální, etické či duchovní. Ty jsou dle mého názoru v dnešní době bohužel mírně upozaděné vůči hodnotám materiálním a estetickým, kterým vévodí kult mládí a krásy. Na druhou stranu bylo velmi příjemné zjištění, že rodina, která v současnosti prochází krizí, má stále naději, zvláště tam, kde se hodnoty pěstují a předávají dále. Jedna respondentka v rozhovoru na otázku motivace uvedla, že tímto způsobem také učí své syny, jak se mají chovat ve vztahu k jiným členům rodiny. Příklad je jistě tím nejlepším způsobem výchovy. Rodina se tak opět stává nejlepším a nejpřirozenějším prostředím, kde se mohou hodnoty lidství rodit, realizovat a předávat další generaci. Na závěr této úvahy,

kteřá se může zdát mírně patetická, uvádím větu z jednoho rozhovoru, kteřá mne velmi oslovila: „úroveň toho člověka je v tom, jak se umí o své rodiče postarat.“

Tato práce se snažila podat obraz péče o osobu blízkou a syndromu vyhoření, který ji doprovází. V souvislosti s tímto tématem mě napadá další otázka, kteřá by mohla být předmětem dalšího zkoumání v rámci např. diplomové práce – zjistit, kolik pečujících osob v regionu Uherskobrodska by uvítalo zřícení služby respitní péče, kteřá zatím zde chybí. Zjištěné údaje v rámci analýzy potřeb osob pečujících o osobu blízkou v regionu Uherský Brod se tak mohou stát důležitým podkladem pro nově vznikající sociální službu v rámci komunitního plánování.

## SEZNAM LITERATURY

- BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. (2001) *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.  
*Bible*. Ekumenické vydání. Ekumenická rada církví v ČR, Praha, 1984
- BUGEL, W. (2010) Konfesní a náboženská identita jako faktor ovlivňující poskytování (i přijímání) charitativní, sociální, humanitární pomoci. In BEDNÁŘ, M., PALAŠČÁKOVÁ, D. (eds.). *Spravedlnost a služba IV*. Sborník odborných příspěvků a studijních textů CARITAS – Vyšší odborné školy sociální Olomouc. Olomouc: CARITAS-VOŠ sociální Olomouc, 2010. s. 157.
- BURIÁNEK, J. (2001). *Sociologie pro střední a vyšší odborné školy*. Praha: Fortuna.
- CUHGI, CH., LIMOUSIN, S. (2005). *Relaxace v každodenním životě*. Praha: Portál
- ČERNÁ, L. (nedatováno): Jak vzniká syndrom vyhoření [on-line]. Dostupné 4.4.2011 z <file:///C:/Documents%20and%20Settings/u%C5%BEivatel/Plocha/jana%20j/jak-vznika-syndrom-vyhoreni.html>
- DeVITO, J. A. (2001) *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada.
- DOLEŽEL, J. (2010) Církevní sociální práce jako téma historického bádání. In BEDNÁŘ, M., PALAŠČÁKOVÁ, D. (eds.). *Spravedlnost a služba IV*. Sborník odborných příspěvků a studijních textů CARITAS – Vyšší odborné školy sociální Olomouc. Olomouc: CARITAS-VOŠ sociální Olomouc, 2010. s. 157.
- DUFFKOVÁ, J. (2005). "Životní způsob/styl a jeho variantnost". In.: Aktuální problémy životního stylu. Sborník referátů a příspěvků ze semináře sekce sociologie integrálního zkoumání člověka a sekce sociologie kultury a volného času. Praha: Masarykova česká sociologická společnost při AV ČR- Univerzita Karlova v Praze.
- DUFFKOVÁ, J. (2006): Sociologie životního stylu [on-line]. Dostupné 11.4.2011 z [http://www.janaduff.estranky.cz/clanky/sociologie-zivotniho-stylu/Duffkova\\_zivotni\\_zpusob\\_styl\\_variantnost\\_.html](http://www.janaduff.estranky.cz/clanky/sociologie-zivotniho-stylu/Duffkova_zivotni_zpusob_styl_variantnost_.html)
- ELIÁŠOVÁ, L. (2009). *Péče o seniora v domácím prostředí*. Brno: Masarykova univerzita.
- EYROVI, L. a R. (2000) *Jak naučit děti hodnotám*. Praha: Portál.
- FRANKL, E.V. (1994) *Vůle ke smyslu*, vybrané přednášky o logoterapii. Brno: Cesta.
- HAWKINS, P., SHOHET, R. (2004) *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
- HARTL, P. HARTLOVÁ, H. (2000) *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

- HÁJEK, T., GOPPOLDOVÁ, E.(2005) Profil subjektivní kvality života. *Sociální práce/Sociální práce*, č.2, roč.2005 s.168.
- HENDL, J. (2005) *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace* Praha: Portál.
- HENNIG, C., KELLER, G.(1996) *Antistresový program pro učitele: Projevy, příčiny a způsoby překonání stresu z povolání*. Praha: Portál.
- HNÍZDIL, J. ŠAVLÍK, J. (2007): Jak vyrobit pacienta. [on-line]. Dostupný 25.3.2011 z: [http://www.pecujdoma.cz/attachments/050\\_Jak%20vyrobit%20pacienta.pdf](http://www.pecujdoma.cz/attachments/050_Jak%20vyrobit%20pacienta.pdf)
- HRDÁ, J. (2001) *Osobní asistence, příručka postupů a rad pro asistenty*, Praha: POV.
- CHLOUPKOVÁ, S. (2009). 10 P(nejen) pro sociální pracovníky. *Sociální práce/Sociální práce*, č.3, s. 147
- CHOBOLOVÁ,D.(2011):Pár slov [on-line]. Dostupný 25.3.2011 z: <http://chobolova.tumblr.com/post/2878604965/zadny-clovek-neni-ostrov-sam-pro-sebe-kazdy-je-cit.22.01.2011>
- JANKOVSKÝ, J. (2003) *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton.
- JEDLINSKÁ, M. HLÚBIK, P., LEVOVÁ, J. (2009) Psychická zátěž laických rodinných pečujících. *Profese on-line*. Roč.II/1, s. 48.
- JELÍNKOVÁ, V. (2011): Pečovatelství se u nás nebere jako práce [on-line]. Dostupné 10.3.2011 z: <http://www.pecujdoma.cz/publicistika/rozhovory/353-peovatelstvi-se-u-nas-nebere-jako-prace.html>
- JEŘÁBEK, H a kol. (2005) *Rodinná péče o staré lidi*. Vydavatel: UK FSV CESES,
- KALLWASS, A. (2007) *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál.
- KAŠPÁREK, Z. (2010) „Miluj sám sebe“: *Sociální služby*, říjen 2010, roč. XII, s. 38.
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I.(2003) *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Katechismus katolické církve*. Praha: Zvon. 1995
- KOPŘIVA, K. (2000) *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál.
- KOHOUTEK, R. (2004) *Sociální psychologie* Brno: Institut mezioborových studií Brno
- KRAHULOVÁ, K. (2010) Stres a syndrom vyhoření v pomáhajících profesích: *Sociální služby*, říjen 2010, ročník XII, s. 38.
- KRATOCHVÍL, S. (2002) *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- KREBS, V. a kol. (2005) *Sociální politika*. Praha: ASPI.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (1977) *Já a ty. O zdravých vztazích mezi lidmi*. Praha: Avicenum.

- KŘIVOHLAVÝ, J. (1998) *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (1994) *Mít pro co žít*. Praha: Návrat domů.
- KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V. et al. (2001) *Člověk, prostředí, výchova: K otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido.
- KUNOVÁ, V. (2004) *Zdravá výživa*. Praha: Grada.
- LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J (2000). *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál
- LEVINE, C. Home Sweet Hospital. *Journal of Aging and Health*, 1999, Vol.11, No.3, p. 341-59
- MATOUŠEK, O. (2003) *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
- MATOUŠEK, O. (2007) *Sociální služby*. Praha: Portál.
- MICHALÍK, J. (2010). *Malý právní průvodce pečujících*. Brno: Moravskoslezský kruh
- MIOVSKÝ, M. (2006) *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- MISCONIOVÁ, B. (2006): *Systém domácí péče – informace pro klienty*[on-line]. Dostupné 16.2.2011 z <http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty->
- MOCHŤÁK, J. (2010) *Volný čas – fenomén v proměnách času*. In BEDNÁŘ, M., PALAŠČÁKOVÁ, D. (eds.). *Spravedlnost a služba IV*. Sborník odborných příspěvků a studijních textů CARITAS – Vyšší odborné školy sociální Olomouc. Olomouc: CARITAS-VOŠ sociální Olomouc, 2010, s. 157.
- MPSV (2010): *Dlouhodobá péče – pojem známý, nebo neznámý?* [on-line]. Dostupné 6.4.2011 z <http://www.mpsv.cz/cs/9860>
- NAKONEČNÝ, M. (1999) *Motivace lidského chování*. Praha: Academia.
- ONDERKOVÁ, A.(2011): *Bolest* [on-line]. Dostupné 14.4.2011 z <http://www.pecujdoma.cz/pecovatelska-univerzita/osetrovatelska-abeceda/129-bolest.html?color=green>
- PECUJDOMA.CZ. *Pocitový dotazník* [on-line]. Dostupné 16.4.2011 z <http://www.pecujdoma.cz/poradenstvi/rady-psychologicke.html>
- PETRUSEK, M. a kol. (1996) *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.
- PICHAUD, C.; THAUERAUOVÁ, I. (1998) *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál.
- PLHÁKOVÁ, A. (2004) *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Nakladatelství Academia,.

- PLAMÍNEK, J. (2007) *Sebepoznání, sebeřízení a stres*. Praha: Grada.
- PRAŠKO, J. (2007) *Jak vybudovat a posílit sebedůvěru*. Praha: Grada.
- ROZSYPALOVÁ, M. STAŇKOVÁ, M. A KOLEKTIV, (1996) *Ošetřovatelství I/I*. Praha:
- RUSH, D.M. (2004) *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů.
- ŘÍČAN, P. (2010) *Psychologie osobnosti obor v pohybu*. Praha: Grada.
- ŘÍČAN, P.(nedatováno) Kdo chce pomáhat druhým, měl by rozumět sám sobě [on-line]. Dostupné 14.2.2011 z <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id-429>
- ŠVANCARA, J. *Emoce, motivace, volní procesy*. (2003) Brno: Psychologický ústav FF MU v Brně.
- SVATOŠOVÁ, M. (1999) *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo.
- SCHMIDBAUER, W. (2000) *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál.
- STIBALOVÁ, K. Co je to Bucnout syndrom: *Sociální služby*, říjen 2010, roč. XII, s. 38
- SMÉKAL, V.(2005) *O lidské povaze*.Brno:Cesta.
- TOŠNEROVÁ, T. (2001) *Příručka pečovatele – Pocity a potřeby pečujících* Praha: Ambulance pro poruchy paměti.
- TOŠNEROVÁ, T. (2002) *Příručka pečovatele – Starší dlouhodobě nemocný člověk v rodině a co dál?* Praha: Ambulance pro poruchy paměti.
- TOŠNEROVÁ,T., TOŠNER, J.(2002) *Syndrom vyhoření*.Praha: Hestia.
- ÚLEHLA, I. (2007) *Umění pomáhat*. Praha: SLON - Sociologické nakladatelství.
- ZACHAROVÁ, E.,HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. (2004) *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada.
- Zákon č. 100/1998 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů*
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a předpisy související*
- Zákon č.582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení.*
- ZDN (2011): Sociální péče [on-line].Dostupné 6.4.2011 z <http://www.zdn.cz/oborove-specialy/socialni-pece/>
- Jiné zdroje:
- [www.cestadomu.cz](http://www.cestadomu.cz)
- [www.hospice.cz](http://www.hospice.cz)
- [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)
- [www.pecujdoma.cz](http://www.pecujdoma.cz)



## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1**

**Příloha č. 2**

**Příloha č. 3**

**Příloha č. 4**

## **Příloha č. 1 - Ukázka použitých otázek pro respondenty:**

### **1. Otázky sondující:**

Souhlas k nahrání rozhovoru

identifikační znaky respondenta:

- Datum:
- Čas:
- Místo:
- Věk:
- Osoba blízká:
- Faktory vedoucí k péči o osobu blízkou:
- Délka péče
- Vzdělání:

### **2. Otázky zjišťující popis životních zkušeností s péčí o osobu blízkou**

Co Vás vedlo k péči o osobu blízkou?

Jak jste se rozhodovala? Jak dlouho?

Bylo to rozhodnutí dobrovolné, nedobrovolné, jak jste se cítila?

Převládala pozitiva? Jaká

Negativa? Jaká

Měla jste představu o péči o osobu blízkou – jakou, popište?

Jak reagovalo okolí, rodina, nejbližší?

Jak reagovala osoba blízká?

Jaké jste měla vztahy k osobě blízké?

- Průběh péče

Jaké byly začátky péče? Co jste vnímala, vnímáte jako nejobtížnější?

Co Vás naopak podporovalo, podporuje?

Kdo a jakým způsobem Vás podporoval, podporuje?

Zaznamenala jste nějaké změny v osobním životě v průběhu péče – pokud ano, jaké?

Oblast

fyzická

Psychická

Sociální

Oblast potřeb – potřeby spánku, jídla, volného času, vztahu s OB, rodinou, sociálního kontaktu, seberealizace, ocenění

Co si myslíte, že je nejdůležitější pro pečujícího při péči o osobu blízkou?

Jak vnímáte pomoc státu, města, sociálních odborů, okolí, sousedů, rodiny, nejbližších?

Co Vám chybí při péči o osobu blízkou?

Uvítala byste nějakou pomoc, jakou?

Využila jste odlehčovací – respitní péči? Pokud ano, jakou?

Jak jste se o ní dozvěděla?

Proč jste ji využila?

Jak dlouho?

V čem vnímáte přínos této služby?

Změnila se Vaše situace – pokud ano, popište jak?

Oblast fyzického

Psychického

Sociálního

Změnil se postoj k osobě blízké - pokud ano, popište jak?

Jsou i nějaké negativa, která vnímáte ve spojení s využitím respitní péče?

Znáte i jiné odlehčovací služby?

Myslíte si, že způsob, jak využíváte respitní péči je dostačující

### **3. Otázky ukončující proces rozhovoru:**

- Doporučení pro budoucí pečovatele o osobu blízkou - Co byste doporučila těm, kteří se rozhodnou pro péči ?
- Pravidla pro ulehčení vykonávané péče
- Zhodnocení rozhovoru

## Příloha č. 2 - Rozhovor s paní „E“

(doslovný přepis nahraného rozhovoru)

Vysvětlivky k textu:

..krátké mlčení

...delší mlčení

T: Dobrý den na začátku našeho rozhovoru bych se chtěla zeptat, jestli souhlasíte s tím, že vás budu nahrávat.

R: *Ano, souhlasím.*

T: Můžu vědět, kolik vám je let?

R: *Dvacet devět*

T: A vaše vzdělání?

R: *Gymnázium a pak pomaturitní studium sociální výchovy.*

T: Tak, dále by mě zajímalo, o koho jste pečovala?

R: *O manželovu tetu.*

T: A jak dlouho?

R: *Skoro pět let, no.. tak nějak.*

T: Měla jste dříve nějakou zkušenost s péčí o osobu blízkou?

R: *Ne, ale jinak jsem už zkušenost měla s péčí – dělala jsem na charitě u starých lidí. Ale to bylo trochu jiné.*

T: To jistě, nakonec ptala jsem se původně na pečování doma. Můžu vědět, co vás vedlo k tomu, že jste se rozhodla pečovat o tetu?

R: *... To je trochu dlouhá historie. Ale aspoň stručně... Tak teď nevím jak začít ..– no, v té době jsem byla svobodná, pracovala jsem v charitním zařízení – domově pokojného stáří. Práce mě bavila. V té době onemocněla teta – měla mozkovou příhodu a ochrnula na půl těla. Všichni kolem řešili, kdo se o ni postará. Teta byla bezdětná. Ale protože se hodně starala o druhé, chtěla jí to rodina, její sourozenci vynahrudit. Jen jedna sestra nesouhlasila, a docela mě překvapilo, že to byla ta sestra, které nejvíce teta pomohla.*

T: Hm, tak to je smutné

R: *No tak to v životě chodí. Nakonec se střídali sourozenci a jejich rodiny – bylo jich pět .. dělali to tak asi tak půl roku. Ale pak už to nezvládali, hledali nějaké řešení. A protože jsem tehdy byla už skoro v rodině, obrátili se na mně, že by mi i pomohli, a nakonec, že by to nebylo jen tak...že bychom s Lad'ou měli byt, který by nám jednou připadl. Já jim na to řekla, že se musím dobře rozmyslet,.. přemýšlela jsem, mezi tím mne navštívili ještě jednou, a pak jsem se rozhodla, že to jen zkusím, aby mne to pak nemrzelo. “*

T: Takže jste se tak vlastně rozhodla sama, nebylo to nedobrovolně..

R: *Je fakt, že sem v tom viděla i výhodu získat byt, protože tehdy jsem bydlela na podnájmu s jednou kamarádkou, a moc nám to nevyhovovalo, protože jsme neměli moc soukromí.*

T: Takže bylo to vítané

R: *To ano, je to zvláštní, postavila jsem se k tomu jako k práci, kterou mám prostě dělat doma.*

T: Takže jste to brala takto, navíc za podmínky získat bydlení.

R: *No, to víte, věděla jsem, že to nejde dělat jen tak, pro nějaké materiální výhody, asi bych jen kvůli tomu do toho nešla, kdybych dřív nezkusila, co péče o starého a nemohoucího člověka obnáší...člověk taky musí k tomu mít nějaké předpoklady, hlavně vztah k lidem, mít rád, trpělivost, trochu empatie, taky ochotu pomoci a možná být trochu flegmatik.. Kdybych to měla dělat jen s vidinou toho bytu, tak to bych skončila už dřív.*

T: Jak jste se rozhodovala, jak dlouho to asi trvalo?

R: *Jé, tož to si hned nevzpomínám, počkejte, no... asi všeho všudy měsíc. Jak mi paní ředitelka nabídla, že jak budu hledat práci, že se mám ozvat, kdykoli, tak jsem už neváhala.*

T: A co- jak na to vaše rozhodnutí reagovali nejbližší? Setkala jste se s nějakou neobvyklou reakcí?

R: *Všichni mi říkali, že je to moje věc a rozhodnutí a že to bude náročné. Mamka mi do toho moc nemluvila, jen že si to musím rozmyslet.*

T: A co ostatní, přátelé nebo kolegové, jak ti se na to dívali? Vzpomínáte si?

R: *Jo, ještě si vzpomínám, jak se všichni starali, abych už dopředu řešila byt, aby na nás byl hned přepsán, aby náhodou se nestalo to, že bychom se starali a byt nedostali. A také nezapomenu, jak kamarádka mi řekla, že by to na mém místě nevzala, že nebudu mít čas na nic, a budu pořád uvázaná. Ať si to dobře rozmyslím.*

T: A jak jste reagovala, přemýšlela jste o tom, neměla jste strach třeba že to nezvládnete?

R: *No, měla jsem trochu strach jak to zvládnou, to jo, ale na druhou stranu jsem věděla, že na to mám. A pak kdybych to náhodou nezvládala, tak mi pomůže rodina tety. Slíbili to. A já kdykoli se mohu vrátit k své práci. Prostě viděla jsem to docela dobře.*

T: Takže jste necítila nic, co by Vám bránilo v cestě..

R: *Ne. Jen jsem si řešila, aby si na mne teta zvykla. Znali jsme se z nějakých rodinných oslav. Ale nijak zvlášť jsme se neznali. Dnes se obdivuji, že jsem byla tak odvážná.*

T: To určitě, Měla jste představu o tom co péče obnáší?

R: *Tak trochu, pracovala jsem se starými lidmi, ale jen těch osm hodin, že. Věděla jsem, že musím být hodně trpělivá, a na druhou stranu taky sebevědomá, že si musím držet nějaký rozumný odstup.*

T: A co teta, jak vás přijala? Jaký jste měly vztah?

R: *Jak jsem řekla, moc jsme se neznaly. Ale já se snažila být k ní laskavá, jako dříve ke všem starým lidem jsem k ní přistupovala s respektem a úctou.*

T: A jak vzpomínáte na ten začátek, jaké to bylo ze začátku péče?

R: *Teta byla zpočátku ke mne nedůvěřivá, když jsem jí vedla třeba na záchod, tak křičela, že spadne... no byl to ze začátku horor, ale zvládli jsme to.*

T: Takže předpokládám, že i vztahy mezi vámi, myslím vámi a tetou, byly dobré? Je to tak?

R: *To ano, teta byla zpočátku velmi odtažitá, ale jak viděla, že jsem jenom já, na koho se může obrátit, tak si na mne zvykla a to velmi brzy.*

T: Hm. A co jste vnímala jako nejobtížnější?

R: *Hlavně jsem nesměla dát najevo, že se něčeho bojím, že ji třeba nedokážu odvést na záchod. To bylo asi nejhorší na tom začátku. Ale na druhou stranu, mne to učilo také nějaké disciplíně. Rozhodně to byla zkušenost do života.*

T: To ano, a jinak všechno ostatní bylo dobré, v pořádku? Co péče?

R: *No... Teta se rychle na mne navázala, stala se na mne úplně závislou. Možná i proto, že jsem s ní zpočátku hodně vysedávala, povídala si. A tak se stávalo, že když jsem od ní odběhla, tak mne zas volala, že potřebuje na záchod. Nevím, zda měla opravdu ten pocit, že se pomoci, nebo jen strach ze samoty, nebo její rozmar. To nedovedu posoudit. Je fakt, že jsem to brala hodně negativně, zlobila jsem se v duchu, navenek jsem se ovládala. Taky si vzpomínám, jak mne navštívila bývalá kolegyně, chvíli jsme všechny debatovaly u tety v pokoji, a pak jsme se přesunuly do kuchyně, abychom si popovídaly samy. No, moc jsme*

*si nepopovídaly, chm, (úsměšek)protože teta zas volala, že chce zas na záchod. Vysvětlila jsem jí, že potřebuji taky být s někým sama, že u ní nemůžu pořád sedět. To bylo ze začátku. Ale bylo to potřeba si vysvětlit, že i já chci něco, že mám nějaké právo na své soukromí. Teta byla velmi chápavá a hodná. Po půl roce jsme byly velmi sešrané. Docela se mi to i líbilo. Všechno klapalo. Nic mi nevadilo, Ráno jsem se postarala o hygienu, snídani, pak oběd, úklid. Odpoledne jsem většinou trávila tím, že jsem malovala a teta mi četla nahlas nějakou knížku. Bylo to moc hezké období.*

T: To je hezké, tak jste se věnovala i koníčkům, malujete?

R: *Jo, to mě moc baví a tenkrát si myslím, že mi to moc pomáhalo. Takový relax, při malování sem na všechno zapomínala.*

T: Takže převládalo to pozitivní?

R. *No ano, zpočátku určitě*

T: Takže negativní zkušenosti máte také

*Negativní...no...ono spíše pak se objevilo více věcí, které jsem viděla negativně. Třeba bezmoc, se kterou si opravdu neporadíte. Do té doby se zdálo být všechno v pohodě.To bylo spíše až čtvrtým rokem péče. Teta slábla, někdy mi spadla, a pak bylo náročné ji zvednout. Vzpomínám si, že jsem byla z toho psychicky rozladěná. Teta jednou spadla a volala pane Bože, pane Bože a já ji nato rozčilená říkám - tetino, nevolejte pána Boha, ten nám nepomůže. .. (slzy) co vám budu říkat, bylo to hrozné, já dřív bych toto nikdy neřekla, chodila sem často do kostela, ale asi to s tím souvisí, co sem pečovala o tetu, tak sem šla do kostela tak honem, honem. Aby teta doma náhodou netrpěla, ani sem se nesoustředila na to co říkám v modlitbě, prostě ta víra hodně utrpěla.*

T: Byla jste už asi hodně vyčerpaná.

R: *To ano, takhle to vypadalo ten čtvrtý rok...A ten pátý, ten byl hodně těžký. Byla jsem už hodně vyčerpaná. Po všech stránkách. Nevím co bylo horší. Ale určitě se to navzájem ovlivňovalo. Byla jsem asi tak půl roku téměř pořád nemocná. Chvíli asi týden zdravá, pak dva týdny na antibiotikech, pak zase dva týdny zdravá, pak mě zas skolila nemoc a tak to bylo celého půl roku Vybrala jsem asi osmero antibiotik. Pak mi doktorka předepsala léky na posílení imunity.*

T: To bylo teda hodně náročné, asi se vám hodně všechno změnilo.

R: „Představte si, začala jsem i kouřit, tak už jsem byla jednou vynervovaná..., že jsem si od manžela jednu vzala.“ Tak to se mnou zašlo daleko a ještě jsem bohohužel zjistila, že rodina tety, která mi nejméně slibovala pomoci, se stáhla. Mimo manžela, jeho rodinu, tak nevím. Manželova rodina nabídla pobyt na Březové, kde jsem také bydlela dříve. Ale pomoc nebyla tak úplná, jen v tom, že jsme se přestěhovali na jiné místo. Pečovala jsem dál, i když jsem měla společnost manželových rodičů. Nic zvláštního se nezměnilo, jen to, že jsem se necítila dobře ještě víc, protože jsem nebyla doma.

Takže zkušenost negativní vidím v tom, že lidé z rodiny naslibují a nakonec nesplní. A ještě jsem se dozvěděla, že ti, kteří mne požádali o pomoc, že budeme mít byt, ti co tak slibovali, že v případě potřeby pomůžou, tak ti někde prohlašovali - mají byt, ať se starají.

T: To je tedy zkušenost,

R: Nevím, jestli je to negativní či nakonec pozitivní zkušenost. Člověk už není tak naivní, a trochu v plánu do budoucna už rozvažuje, zda ti druzí jsou schopni své sliby dodržet. Dnes už vím, že je třeba takové sliby brát s rezervou. Na druhou stranu, dnes vím, že jsem se měla hlásit o pomoc dříve, nespolehat jen na sebe, že to všechno musím zvládnout sama.

T: Co vnímáte jako nejobtížnější ve vaší péči o tetu?

R: To byl ten pocit uvázání, jak to říct, prostě celodenní péče.

T: Zajímalo by mne co vaše potřeby spánku, jídla, pitný režim?

R: Co se týče tohoto, spala jsem docela dobře, naopak jsem byla tak unavená, že večer jsem vždy usnula jak dřevo. Teta v noci také spala většinou dobře, měla léky na spaní... Neumím si to vůbec představit, že bych se nevyspala. To už bych vůbec nedávala.

T: A co jiné potřeby – například takový kontakt s jinými lidmi?

R: No, to mi hodně chybělo ze začátku. Také se mi velmi omezily kontakty s jinými lidmi. S vrstevníky jsem se téměř vůbec nestýkala, také sem se dověděla, že lidé v dědině si říkali, co se mně je, že ani nezajdu mezi lidi.

T: Prostě jste byla úplně odřízlá od světa.

R: Přesně, a nakonec jsem už ani nechtěla, zjistila jsem, že už ani nemám potřebu celkově někam chodit, někdy jsem nebyla tři dny venku, prostě se mi nechtělo.“

T: A co váš volný čas, jak jste jej trávila?

R: No, to víte toho času už moc nebylo, nejméně mi chyběla ta možnost zajít si jen tak na kafe, nebo do kina, do divadla.. Vyjít si prostě jen tak ven... Nakonec jsem si zvykla. Volný



*čas – ten sem si organizovala sama, v rámci domova. Někdy si přečetla časopis, hodně sem se dívala na televizi, čím dál víc mám dojem. Na konci péče jsem byla víc u té televize než s tetou.*

T: Co si myslíte, že je nejdůležitější pro pečujícího při péči o osobu blízkou?

R: *Já si myslím, že hodně důležité je, aby pečující byl silná osobnost. A trochu už zralá se zkušenostmi. Já jsem měla zkušenost s péčí o nemohoucí staré lidi, ale to bylo opravdu něco jiného. Poznala jsem, že je třeba umět říci ne, nebo naopak umět si říci o cokoli, že potřebujete to či ono. Prostě zdravě myslet i na sebe.*

T: A znáte pojem syndrom vyhoření? Odkud jste se o tom dozvěděla?

R: *Syndrom vyhoření znám, a to jak teoreticky tak i prakticky. Během péče jsem věděla, že se něco děje, že jsem unavená. A pak jsem věděla, že prostě už nemůžu dál. Ale nevěděla jsem to jmenovat syndromem vyhoření, protože jsem se tímto termínem nesečkala, nebo spíše hodně okrajově.*

T: Co si myslíte, je důležité znát tuto problematiku, nebo to zas tak podstatné pro samotnou péči není? Jaký je váš názor na tuto věc

R: *Ano, neznalost může člověka totálně zlomit. Určitě, kdybych znala vše kolem syndromu vyhoření tak jsem nemusela procházet takovými těžkými fyzickými a psychickými stavy, věděla bych, že se jedná o tu či onu fázi vyhoření a snažila bych se tomu udělat přítrž, myslím si, že pečující by měl být s tímto dobře seznámen, než se začne starat, nakonec bylo by to dobré, kdyby vám někdo na sociálním odboru podal tyto informace, když vyřizujete formality kolem příspěvku na péči.“*

T: Teď bych se vás ráda ještě zeptala, jak vnímáte pomoc státu, města, sociálních odborů, okolí, sousedů, rodiny, nejbližších?

R: *O pomoci rodiny jsem už mluvila. A co se týče státu, města? No, nevím, co na to říct, je to hlavně jen samá administrativa, dlouho trvá, než se něco vyřídí..Jinou pomoc nevidím. A ta podpora finanční, no je to fajn, že aspoň něco dostanete za tu dřinu, ale když zaplatíte věci kolem jako léky, lékaře a nějaké ty kompenzační pomůcky na péči, tak vám toho moc nezbyde.*

T: Kromě toho, uvítala byste nějakou pomoc?

R: *Uvítala bych respitní péči, zde v tomto regionu chybí. Já si odlehčení řešila po svém - když jsem viděla, že mi opravdu nikdo nepomůže, tak jsem se domluvila s lékařem, zda by*

*teta nemohla na chvíli jít na lůžkové oddělení, abych si odpočinula. Tak jsem měla aspoň dva týdny klid. Ale pak to začalo na novo. Se vším všudy. Navíc tetu, která byla na LDN z důvodu rehabilitace se vrátila domů jako úplný ležák.*

T: Už budeme pomalu končit, na všechno důležité jsem se už zeptala. Tak na závěr, je něco, co byste chtěla sdělit lidem, kteří uvažují o tom, že by pečovali o osobu blízkou nebo už třeba pečují? Co byste jim vzkázala, doporučila?

R: *Pro mne to byla určitě životní zkušenost, které dnes nelituji. Na jednu stranu se může zdát, že jsem prožila něco hodně těžkého, na druhou stranu, ty zkušenosti vám nikdo nevezme, ať už ty negativní či pozitivní. Hlavně mne to naučilo vidět věci víc v reálném světle, byla jsem ještě hodně naivní a všechno jsem do té doby viděla idealisticky. Myslela jsem si, že stačí dobrá vůle a jakési osobní předpoklady, aby člověk mohl pomáhat. Je to třeba, ale ještě více je potřeba zajistit si nějakou oporu. Člověk má opravdu ohraničené schopnosti. Člověk může pomáhat za předpokladu, že i jemu je pomáháno. Že není na to sám. Jako velmi důležité vidím - než začne člověk pečovat, aby měl opravdu dostatek informací o syndromu vyhoření.*

T: Děkuji, to je všechno, co jsem potřebovala vědět.

### Příloha č. 3 - Maslach Burnout Inventory

Je nejznámější dotazník ke sledování syndromu vyhoření u exponovaných profesí. Má tři faktory. Dva jsou negativně laděné - emocionální vyčerpání a depersonalizace. Jeden je laděn pozitivně - osobní uspokojení z práce. Pocity se v originále hodnotí jednak na stupnici četnosti výskytu, jednak na stupnici intenzity (síly) a vyhodnocuje se celkový skóre pro jednotlivé faktory.

Četnost pocitů

Síla pocitů

0 – nikdy	0 Vůbec
1 – několikrát za rok nebo méně	1
2 – jednou měsíčně nebo méně	2
3 – několikrát za měsíc	3
4 – jednou týdně	4
5 – několikrát týdně	5
6 – každý den	6
	7 Velmi silně

V praxi se zdá být vhodnější používat pouze jeden z ukazatelů – buď četnost nebo sílu pocitů, protože respondenti oba ukazatele uvedené najednou špatně rozlišují. Pro ukázkou je zvolen ukazatel síly pocitů.

Převod tohoto známého dotazníku, který je v literatuře velmi často užíván k výzkumům v oblasti stresu a pracovních problémů, je uveden níže. U nás se s tímto dotazníkem pracuje málo, převážně ve výzkumných pracích studentů, případně ve zdravotnictví, proto nejsou k dispozici žádné české normy. Dotazník proto slouží pouze jako ukázkou pro zájemce o pomůcky v této oblasti.

#### MBI

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 nalaďuji.	
10	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem	
11	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým	
12	Mám stále hodně energie	
13	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení	
14	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává	
15	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty	
16	Práce s lidmi mi přináší silný stres	
17	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru	
18	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty	
19	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého	
20	Mám pocit, že jsem na konci svých sil	
21	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.	
22	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy	

MBI – Jednotlivé dimenze dotazníku

EE = Emocionální vyčerpání (Emotional Exhaustion)

DP = Depersonalizace

PA = Osobní uspokojení (Personal Accomplishment)

(PE Někteří autoři, viz japonská studie ( 2 ) vyčleňují ještě - Fyzické vyčerpání (Physical Exhaustion), většina je započítává do EE

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

## Řazení položek dotazníku MBI

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

## Vyhodnocení dotazníku

Syndrom vyhoření je složitým psychologickým konstruktem, proto jsou sub-škály kombinovány tak, aby postihly více oblastí a nezjišťuje se celkový skór. Protože pocity

vyhoření jsou vnímány jako kontinuum, MBI měří na každé škále úroveň vyhoření ve třech stupních – vysoký, mírný, nízký. Pro emocionální vyhoření a depersonalizaci korespondují vysoké hodnoty s vysokým stupněm vyhoření, naopak u osobního uspokojení korespondují s vyhořením nízké hodnoty.

Vyhodnocení spočívání v součtu všech bodových hodnocení v jednotlivých sub-škálách.

#### Stupeň emocionálního vyčerpání EE

Nízký	0 - 16	průměrná hodnota = 19,0
Mírný	17 - 26	
Vysoký	27 a více = vyhoření!	vzorek1 22,0 % , vzorek2 21,8 %

#### Stupeň depersonalizace DP

Nízký	0 - 6	průměrná hodnota = 6,6
Mírný	7 - 12	
Vysoký	13 a více = vyhoření!	vzorek1 8,0 % , vzorek2 13,7 %

#### Stupeň osobního uspokojení PA

Vysoký	39 a více	
Mírný	38 - 32	průměrná hodnota = 36,8
Nízký	31 - 0 = vyhoření!	vzorek1 34 % , vzorek2 45,8 %

Normativní (průměrné) hodnoty uvedené v tabulce jsou získány ze studie:

Publisher, Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, CA 94303 from MBI-Human Services Survey by Christina Maslach and Susan E. Jackson. Copyright 1996 by Consulting Psychologists Press,

Vzorek1 = česky vzorek 50 osob (z osobních referencí)

Vzorek2 = vzorek ze zahraniční studie (1)(procento osob se syndromem vyhoření v daném faktoru)

Adresa dotazníku: <http://www.psvz.cz/zidkova/doc/mbi.rtf>

## Příloha č. 4 - Pocitový dotazník

Odpovězte si na následujících 21 otázek: vždy posuďte s pomocí uvedené škály od 1 do 7 "Jak často se cítíte uvedeným způsobem?"

Škála:

1	2	3	4	5	6	7
nikdy	1-2x za rok	vzácně	občas	často	obvykle	pořád

Otázky:

1. unavená/ý
2. v depresi
3. mohu říci: „dnes mám dobrý den“
4. tělesně vyčerpaná/ý
5. citově vyčerpaná/ý
6. šťastná/ý
7. zdrcená/ý
8. vyprahlá/ý
9. nešťastná/ý
10. uštvaná/ý
11. cítím se jako v pasti
12. nikomu na mně nezáleží
13. otrávená/ý
14. plná/ý starostí
15. bez iluzí a našťvaná/ý na lidi
16. slabá/ý a bezmocná/ý
17. cítím beznaděj
18. zavržená/ý
19. plná/ý optimismu



20. plná/ý elánu

21. plná/ý úzkostí a strachů

### Hodnocení:

=====

**A: sečtěte hodnoty, které jste uvedl/a k následujícím otázkám: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 21**

výsledek A:

**B: sečtěte hodnoty, které jste uvedl/a k následujícím otázkám: 3, 6, 19 a 20**

výsledek B:

**C: odečtěte výsledek B od čísla 32**

výsledek C:

**D: sečtěte výsledek A a výsledek C**

výsledek D:

**Výsledné skóre: vydělte výsledek D číslem 21**

výsledné skóre:

### Závěry:

=====

**Výsledné skóre:**

- 1 - 1,99** Jste v neustálé euforii - (velmi nepravděpodobný výsledek)
- 2 - 2,99** Počínáte si v životě dobře, vedete zdravý způsob života
- 3 - 3,99** Potřebujete přehodnotit svůj způsob života a práce, určit si priority a uvažovat o možných změnách
- 4 a více** Trpíte syndromem vyhoření nebo alespoň syndromem chronické únavy ze života v takovém rozsahu, že je nutno s tím něco dělat!