

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Bc. Aneta Pěničková, Dis.

*Syndrom vyhoření u neformálních pečujících
v regionu ORP Zábřeh a Mohelnice
Diplomová práce*

vedoucí práce: Mgr. Jakub Doležel, Th.D.

2020

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 10.2.2020

Aneta Pěničková

Děkuji Mgr. Jakobovi Doleželovi, Th.D. za vedení mé diplomové práce, za podněty a inspiraci. Dále chci poděkovat Mgr. Ivaně Olecké, Ph.D. za cenné rady týkající se metodologie a také všem respondentům, kteří mi ochotně poskytli informace.

Obsah

Úvod.....	6
1 Syndrom vyhoření.....	8
1.1 Projevy a příznaky syndromu vyhoření	9
1.2 Stádia vývoje vyhoření.....	10
1.3 Syndrom vyhoření u neformálních pečujících	11
1.4 Faktory ovlivňující syndrom vyhoření u neformálních pečujících	12
1.4.1 Délka a intenzita péče	13
1.4.2 Zdravotní stav pečujícího a zdravotní stav opečovávaného	14
1.4.3 Pohlaví a věk pečovatele.....	17
1.4.4 Systém poskytování péče v rodině.....	18
1.4.5 Volný čas	19
2 Neformální péče.....	21
2.1 Systémové nástroje na podporu neformální péče.....	22
2.1.1 Projekt Podpora pečujících osob v regionu ORP Mohelnice a Zábřeh	26
3 Cíl výzkumu a výzkumná otázka.....	28
4 Výzkumný soubor a popis sběru dat.....	29
5 Popis použitých výzkumných metod	31
6 Způsob analýzy dat	33
7 Etické aspekty výzkumu	36
8 Výsledky výzkumu	37
8.1 Demografické údaje a další proměnné.....	37
8.2 Syndrom vyhoření.....	39
8.3 Míra syndromu vyhoření a deskriptivní vazba na proměnné.....	41
8.3.1 Délka péče.....	41
8.3.2 Zdravotní stav pečujícího a zdravotní stav opečovávaného	42

8.3.3	Pohlaví a věk pečujícího	43
8.3.4	System poskytování péče v rodině.....	44
8.3.5	Volný čas pečujícího.....	45
8.3.6	Projekt Podpora pečujících	45
9	Diskuze a implikace pro praxi sociální práce	47
10	Limity výzkumu.....	53
	Závěr	54
	Bibliografický seznam	56
	Přílohy.....	61

Úvod

Tématem této diplomové práce je syndrom vyhoření u neformálních pečujících v regionu ORP Zábřeh a Mohelnice a cílem bude pomocí dotazníkového šetření zjistit míru syndromu vyhoření a dalších relevantních proměnných u neformálních pečujících v projektu Podpora pečujících. Téma jsem si zvolila z toho důvodu, jelikož je to téma velmi aktuální a dle Michalíka a kol. (2011 str. 108) bude pečujících rodin do budoucna významně přibývat. Kromě toho s dlouhodobou neformální péčí mám osobní zkušenost. O babičku s Alzheimerovou chorobou pečuje má maminka již 8 let a já jí s péčí pomáhám.

Navíc jsem byla oslovená Mgr. Ludmilou Ryšavou, která byla koordinátorkou projektu Podpora pečujících osob v regionu ORP Mohelnice a Zábřeh (dále Podpora pečujících), abych se tematikou neformálních pečujících zabývala v rámci již zmíněného projektu. Také Janečková, Dragomirecká, Jirkovská (2017 str. 44) píší, že se v české společnosti zatím nedaří vytvořit vhodný institucionální kontext pro rozvoj neformální péče, a proto zkoumání a analyzování neformálního sektoru, který začíná být vnímán jako významná součást tohoto systému, je zásadní. Problematika péče o dlouhodobě nemocné je tedy společenský problém, kterým se zabývají zdravotníci, sociální pracovníci, ale také i sociální vědy.

Sociální práce se podílí na vytváření optimálního prostředí pro neformální pečující tak, že identifikuje nedostatky systému v praxi a následně sociální pracovníci předkládají návrhy a opatření v oblasti sociální politiky (Svobodová, 2018 str. 8). Z toho důvodu i já vnímám problematiku neformálních pečujících jako významné téma na poli sociální práce, kterému by se měla věnovat větší pozornost. Také Triantafillou a kol. (2010 str. 13) tvrdí, že komplexní sociální politika by se měla zaměřovat na neformální pečovatele jako na spoluzakladatele služeb, kteří jednají jako partneři s formálními profesionály, ale také jako na klienty s vlastní potřebou pečovatelských a podpůrných služeb. Pokud by se vytvořili účinné vazby mezi těmito dvěma sektory, mohlo by to vést k vytvoření inovovanějšího modelu s cílem poskytovat kvalitnější péči lidem.

Syndrom vyhoření je téma, které se celospolečensky řeší především u pomáhajících profesí, nicméně Haejung, a kol. (2010 stránky 40-41) ve svém výzkumu kladou důraz

na syndrom vyhoření u neformálních pečujících, neboť zjistili, že se u nich vyskytuje vyšší míra emočního vyčerpání a snížení osobního výkonu než u profesionálních pomáhajících pracovníků. A dodává, že jelikož se u těchto osob projevuje vyhoření ve větší míře než u pomáhajících profesí, je syndrom vyhoření u neformálních pečovatelů důležitým konstruktem pro další zkoumání. Z toho důvodu budu psát diplomovou práci právě na syndrom vyhoření u neformálních pečujících.

První dvě kapitoly tvoří teoretickou část práce. První kapitola tedy vymezuje syndrom vyhoření obecně, což znamená definice, projevy, příznaky i stádia syndromu vyhoření. Následující kapitola navazuje na tu první a zaměřuje se konkrétně na syndrom vyhoření u neformálních pečujících. V další kapitole jsou popsány faktory, které ovlivňují syndrom vyhoření u neformálních pečujících a zároveň tyto faktory jsou dále předmětem zkoumání ve výzkumné části této práce. Patří mezi ně délka a intenzita péče, zdravotní stav pečujícího a zdravotní stav osoby závislé na péči, pohlaví a věk neformálního pečovatele, systém poskytování péče v rodině a volný čas pečujícího. Poslední část teoretické oblasti je věnována právě neformální péči komplexně. Mimo jiné se budu zaměřovat také systémové nástroje na podporu neformální péče v České republice a budu se zabývat především projektem Podpora pečujících.

V empirické části práce vymezím cíl výzkumu, výzkumnou otázku, představím výzkumný soubor a popíši metodu sběru dat. V této části práce zařadím také kapitolu, která bude obsahovat použité výzkumné metody. Následně popíši způsob analýzy dat a vymezím etické aspekty výzkumu. Kromě toho budu prezentovat výsledky mého výzkumu včetně diskuze a implikace pro praxi sociální práce.

1 Syndrom vyhoření

V první kapitole představím syndrom vyhoření obecně, jeho projevy a příznaky. Navíc zde zařadím i stádia syndromu vyhoření, abych popsala syndrom vyhoření komplexně. Vzhledem k tématu diplomové práce vnímám jako stěžejní zmínit syndrom vyhoření u dané zkoumané populace, tudíž popíšu podrobněji syndrom vyhoření u neformálních pečujících. Poslední část této kapitoly budu věnovat faktorům, které mohou ovlivňovat syndrom vyhoření u neformálních pečovatelů.

Syndrom vyhoření je v literatuře používán také jako burnout. První, kdo uvedl tento pojem do literatury, byl H. Freudenberger v roce 1974, a to v podstatě ve stejném pojetí, jak je znám nyní. Zájem o tuto problematiku začal narůstat téměř bezprostředně, a i v současnosti je stále aktuální (Kebza, a další, 2003 stránky 6-7). Na rozdíl od Kebzy Poschkamp (2013 str. 10) uvádí, že tento termín poprvé použil Freudenberger společně s Christinou Maslach a v jejich psychologicko-sociální poradně vyvinuli koncept vyhoření.

„Vyhoření je proces extrémního emočního a fyzického vyčerpání se současným cynickým, distancovaným postojem a sníženým výkonem jako následkem chronické emoční a mezilidské zátěže při intenzivním nasazení pro jiné lidi.“ (Poschkamp, 2013 str. 10). I přesto, že se objevilo mnoho pokusů o definování syndromu vyhoření, neexistuje jednotná definice (Poschkamp, 2013 str. 10).

Křivohlavý (1998 stránky 50-51) shrnuje společné znaky definic syndromu vyhoření od různých autorů. Prvním společným znakem je to, že definice obsahují řadu negativních emocionálních příznaků, jako je například stav emocionálního vyčerpání či deprese. V různých definicích je uvedeno, že příznaky syndromu jsou více zaměřeny na chování lidí než na fyzické příznaky a vyskytují se u jinak psychicky zdravých osob. V definicích je burnout zmiňován v rámci výkonu určitého povolání. Snížení výkonnosti v práci je způsobeno negativními postoji a z nich vyplývajícím chováním.

Syndrom vyhoření není dle Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace vnímán jako nemoc. Vyhořelá osoba tedy je do určité míry znevýhodněná, protože její zdravotní problémy nejsou uznány za nemoc, což se může promítnout například v neuhrazení léčby od pojišťoven (Stock, 2010 stránky 14-15).

1.1 Projevy a příznaky syndromu vyhoření

V návaznosti na definování burnoutu je podstatné uvést i projevy syndromu vyhoření. Projevům většinou předchází období vysokého pracovního nasazení. Mezi typické projevy syndromu vyhoření lze zařadit neangažovaný vztah k potřebnému, ztrátu citlivosti a ztrátu tvořivosti, minimum energie či pocity depersonalizace a vyčerpání. Proces vývoje může být formou lineárního stupňování těchto příznaků nebo se syndrom vyhoření může vyvíjet v cyklech (Matoušek, a další, 2013 str. 54).

Osoba vyhořelá prožívá mnoho negativních myšlenek, se kterými se dříve nesetkávala. Jedná se o pocity tělesného, emocionálního i psychického vyčerpání, ale také o pocity bezcennosti, beznaděje, napětí, strachu či úzkosti. Kromě toho se vyhořelá osoba nedokáže pro něco rozhodnout a neví si rady ani sama se sebou. Lidé, kteří se propadají do stavu vyhoření se chovají apaticky k druhým lidem a jejich problémy pro ně nejsou důležité, ba naopak obtěžující. Stávají se tedy lhostejnými k ostatním a moc je nezajímá, co si myslí druzí lidé o nich (Křivohlavý, 2012 stránky 22-24),

Křivohlavý (2012 str. 21) uvádí, že příznaky syndromu vyhoření se vyskytují také u člověka, který pečuje o těžce nemocného člena rodiny a zároveň vykonává běžné zaměstnání. Kebza a kol. (2003 stránky 9-10) rozlišuje příznaky na psychické, fyzické úrovni a na úrovni sociálních vztahů. Pocit, že efektivita dlouhého a namáhavého úsilí je nepatrná oproti vynaložené námaze, spadá do oblasti psychické. Konkrétně to je tedy emocionální vyčerpání, ztráta motivace, sebelítost, únava, pokles celkové aktivity, kreativity a iniciativy. Objevuje se deprese, pocity smutku, frustrace, beznaděj a vlastní bezcennost. Člověk může být hostilní ve vztahu k osobám, o které pečuje.

Mezi příznaky na úrovni fyzické patří stav celkové únavy organismu, apatie či ochablost. Kromě toho jsou to bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, dýchací a zažívací potíže, bolesti hlavy, poruchy krevního tlaku, spánku, bolesti ve svalech. Mimo jiné je zde i zvýšené riziko vzniku závislostí (Kebza, a další, 2003 str. 10).

V oblasti sociálních vztahů se jedná o celkový útlum sociability a nezájem o hodnocení od druhých osob. Dochází také k redukci kontaktů s lidmi a postupné narůstání konfliktů, a to především z důvodu nezájmu o řešení různých situací. U lidí s původně vysokou empatií se objevuje naopak nízká empatie (Kebza, a další, 2003 str. 10).

Moravcová (2013 stránky 10-11) doplňuje, že se jedná především o psychický prožitek, ale příznaky se objevují i v úrovni fyzické a sociální. Do psychické oblasti patří pocity neefektivního snažení se a duševního vyčerpání, deprese, neaktivita, negativismus, cynismus, sebelítost, ale také i pokles zájmu o téma související s profesí. Mezi fyzické znaky lze zařadit únavu, bolesti hlavy a svalů, poruchy spánku, napětí či vegetativní obtíže. Oblast sociální popisuje Moravcová obdobně jako Kebza.

Na rozdíl od Kebzy a Moravcové, Poschkamp (2013 stránky 34-35) dělí symptomy vyhoření do čtyř úrovní. Fyzická úroveň jsou ty příznaky, které se projevují tělesnými omezeními, jako například ztráta energie, nedostatek spánku, únava, náchylnost k nemocem, problémy se zažíváním, krevním oběhem, časté bolesti hlavy či ztuhlé šíjové svaly. Kognitivní úroveň je charakteristická sníženou nebo alespoň omezenou schopností myslet. Konkrétněji se to týká dezorganizace, ztráty flexibility, slabé koncentrace a paměti, nepřesnosti nebo neschopnosti plnit komplexní úkoly. V rámci emoční úrovně jde o narušení negativního citového stavu, kam lze zařadit pocity přetížení a bezmoci, antipatii vůči lidem, sníženou sebeúctu, depresi nebo i sebevražedné sklony. V oblasti chování vyčerpané osoby dochází k úpadku nadšení, apatii, snížení výkonnosti. Dochází také k častým konfliktům s druhými osobami a vyhýbání se kontaktu s nimi. Může také nastat situace, kdy vyhořelá osoba požívá nadměrné množství alkoholu, tabáku či jiných návykových látek.

Christina Maslachová obohatila příznaky syndromu vyhoření a rozdělila je na tři oblasti. První oblast se týká tělesného a psychického vyčerpání, druhá oblast se zaměřuje na ztrátu uspokojení a radost z práce a třetí oblast nazvala depersonalizací neboli odcizením. Mimo to definovala základní faktory, které mohou předpovídat zvýšené riziko burnoutu. Jedná se o nadměrnou pracovní zátěž, nespravedlivé poměry v pracovním prostředí, nedostatek kompetencí, konflikty hodnot. Avšak také nedostatečná sociální podpora i nevyhovující ekonomická či psychosociální odměna má vliv na vyhoření (Honzák, 2015 str. 36).

1.2 Stádia vývoje vyhoření

Jak píše Moravcová (2013 str. 10), syndrom vyhoření je proces, který má svůj vývoj. V následující podkapitole zmíním stádia vývoje burnout syndromu.

Kebza a kol. (2003 str. 13) shrnují tvrzení různých autorů a uvádí, že první fází je iniciační fáze, kdy je osoba zapálená pro věc. Poté však dochází k prozření či náhledu, že

ideály nejsou realizovatelné a nastává období první frustrace. Apatie nastupuje v další fázi a propuká v ní hostilita ke všemu, co souvisí s vykonávanou činností. Úplné vyhoření je poslední fází, kde dochází ke kompletnímu vyčerpání, až ke ztrátě lidskosti.

Poschkamp (2013 str. 38) popisuje stádia vývoje vyhoření oproti Kebzovi více dopodrobna a rozlišuje pět fází. První fázi určuje osobní postoj člověka, jeho nadšení a angažovanost. Proces syndromu vyhoření se tedy spouští, pokud má osoba velká očekávání a nereálné cíle.

Druhou fází Poschkamp (2013 str. 38) nazývá šok z praxe neboli neuspokojivá realita. Dochází k deziluzi, izolování se, snižuje se nadšení a mohou se objevit depresivní nálady či agrese.

Únava se projevuje ve třetí fázi, neboť velké množství pracovních úkolů, nevhodně nastavená politika organizace a špatné sebezpojetí mají vliv na pocit demotivace, únavy i na snížený pracovní výkon (Poschkamp, 2013 str. 38).

Čtvrtá fáze je charakteristická skleslostí. Nastává emoční vyčerpání, které se projevuje i v soukromé oblasti. Osoba má problém pociťovat radost, soucit nebo například sexuální vzrušení, což má pak negativní vliv na rodinné soužití (Poschkamp, 2013 str. 39).

Existenciální beznaděj je vnímaná jako pátá fáze procesu vyhoření, u které dochází k psychosomatickým obtížím, jako jsou poruchy spánku, srdce, zažívání nebo také bolesti hlavy. Navíc mohou nastat i psychická omezení, což může vést až k existenciálnímu zoufalství (Poschkamp, 2013 str. 39).

1.3 Syndrom vyhoření u neformálních pečujících

Předchozí část se zabývala syndromem vyhoření obecně, tato část na ni navazuje a zaměřuje se na syndrom vyhoření právě u neformálních pečujících. Autoři popisují syndrom vyhoření především u pomáhajících profesí, nicméně Haejung a kol. (2010 stránky 40-41) ve svém výzkumu kladou důraz na syndrom vyhoření u neformálních pečujících, neboť zjistili, že se u nich vyskytuje vyšší míra emočního vyčerpání a snížení osobního výkonu než u profesionálních pomáhajících pracovníků. Vzhledem k tomu, že se u těchto osob projevuje vyhoření ve větší míře než u pomáhajících profesí, je syndrom vyhoření u neformálních pečovatelů důležitým konstruktem pro další zkoumání. I Kebza, a kol. (2003, s.8) tvrdí, že se syndrom projevuje i u nezaměstnaných osob, které jsou

v kontaktu s druhými lidmi. A Matoušek (2013 str. 53) zmiňuje, že mezi nejnáročnější práce se řadí práce s umírajícími v domácím prostředí.

Pešek a Praško (2016 str. 16) popisují riziková povolání, u kterých se může objevit syndrom vyhoření. Kromě toho však uvádějí, že se burnout může vyskytovat také u neformálních pečovatelů a dodávají, že jsou ohroženy především ženy, které chtějí být dobrými pečovatelkami. Nicméně se pak stává, že tyto ženy zapomínají na své vlastní potřeby a potřeby ostatních příslušníků rodiny. Navíc i tradiční rozdělení rolí, podle kterého je žena ta, která má držet rodinu pohromadě, má vliv na přetěžování žen.

Existují také výzkumy, které ukazují vysoký výskyt psychického vyčerpání a jiných zdravotních problémů u osob, které pečují o nemocného člena rodiny. V tomto případě mohou pečující osoby využít odlehčovací služby, denní stacionáře či terénní služby, které mají za cíl poskytnout rodinám odpočinek (Janečková, a další, 2017 str. 57).

1.4 Faktory ovlivňující syndrom vyhoření u neformálních pečujících

Nyní navážu na předchozí podkapitulu zabývající se syndrom vyhoření u neformálních pečujících tím, že vymezím faktory, které mohou ovlivňovat syndrom vyhoření právě u osob, které pečují o osobu závislou na péči. Mezi tyto faktory jsem zařadila délku a intenzitu péče, zdravotní stav neformálního pečovatele i zdravotní stav osoby závislé na péči, pohlaví a věk pečovatele, systém poskytování péče v rodině a volný čas pečujícího. Tyto faktory hrají důležitou roli v empirické části této diplomové práce.

Z výzkumu, který se zabýval zátěží pečovatelů v České republice v letech 1998-1999 vyplývá to, že následující faktory významně souvisí se zátěží neformálních pečujících. Mezi tyto faktory patří bydlení ve společné domácnosti, kdy dochází k větší zátěži, pokud pečující bydlí ve společné domácnosti s nemocným než u osob, které k němu dojíždějí. Dále je to potřeba pravidelné péče a počet hodin strávených se závislou osobou a také zdravotní stav osoby, o kterou je pečováno. Se zdravotním stavem souvisí i to, zda je nemocný schopen a ochoten spolupracovat s pečujícím. Kromě toho zátěž koreluje s postrádáním podpory rodiny, ale také nedostatek informací je jedním z faktorů, které ovlivňují zátěž pečujícího a s tím spojenou kvalitu péče (Tošnerová, 2001 stránky 18-19).

1.4.1 Délka a intenzita péče

Valenta a Michalík (2008 str. 57) svým výzkumem prokázaly mimořádnou náročnost dlouhodobé péče o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením. K dlouhodobé péči by se tedy mělo přistupovat nejen jako k mimořádně náročné aktivitě, ale také jako ke společensky velmi přínosné činnosti. Z toho vyplývá, že pečující dlouhodobě šetří veřejným rozpočtům desítky milionů korun.

„Je známo, že nemocný i jeho rodina se s nemocí vyrovnávají tím hůře, čím rychleji či neočekávaněji postižení vzniklo.“ (Matoušek, 2003 str. 117). Pokud se však stres vyvíjí postupně, dochází také k postupnému vývoji adaptačních pochodů. Ze začátku se rodina mobilizuje a snaží se poskytnout co největší podporu nemocnému. Dochází k omezení vnějších kontaktů, ale i posílení těch kontaktů, které mohou pomoci. Nicméně, čím déle situace trvá, tím je obtížnější. Navíc pokud dojde ke zhoršení stavu postiženého, dochází i ke frustraci u členů rodiny (Matoušek, 2003 str. 117).

Křivohlavý (1998 str. 18) píše, že dlouhodobý a bezprostřední osobní styk s lidmi vede k syndromu vyhoření. Kromě toho zmiňuje i dlouhodobé neúspěšné jednání s lidmi nebo dlouhodobé pracovní přetížení jako faktor spojený s vyhořením. Navíc Jeřábek (2013 stránky 83-88) ve svém výzkumu poukazuje na to, že s růstem náročnosti péče neroste počet pečujících osob, čímž dochází k vyšší zátěži osob poskytujících péči. Jinými slovy rozsah a intenzita péče jsou úměrné potřebám osob závislých na péči.

Ztráta zaměstnání z důvodu dlouhodobého poskytování rodinné péče blízké osobě přináší rodině nejen ztrátu ekonomickou, ale také to ovlivňuje sebehodnocení a sebedůvěru pečujících. To se pak může negativně odrážet i v rodinných vztazích, neboť partneři mohou mít rozdílný pohled na hodnotu domácí práce (Michalík, a další, 2011 str. 99).

Pospíšil (2015 str. 28) tvrdí, že u neformálních pečovatelů může, mimo jiné, docházet ke zhoršování fyzického i psychického zdravotního stavu, a to v důsledku délky a náročnosti péče. V následující podkapitole se budu věnovat tedy i zdravotnímu stavu, který také může ovlivňovat syndrom vyhoření. Zaměřím se nejenom na zdravotní stav neformálního pečovatele, ale také na zdravotní stav osoby vyžadující péči.

1.4.2 Zdravotní stav pečujícího a zdravotní stav opečovávaného

Jeřábek (2013 stránky 48-49) tvrdí, že nejvýraznějším aspektem v péči o osobu blízkou jsou důsledky dlouhodobé péče na pečovatele. Vzhledem k tomu, že nejčastějšími pečovateli jsou ženy, dochází k nadměrné fyzické zátěži, neboť musejí osobu často zvedat, obracet či přenášet.

Neformální pečující pomáhají tím, že posilují psychologický blahobyt a tělesné zdraví lidí, o které pečují. Kvalitní a efektivní péče může být jen tehdy, pokud i pečující jsou zdraví a dobře přizpůsobení péči a z toho důvodu je důležitá i jejich psychická pohoda a tělesné zdraví (Haejung, a další, 2010 str. 43).

Podle Tošnerové (2001 stránky 21-48) je nejběžnějším postižením porucha pohybového ústrojí, ačkoliv tato porucha nemá tak významný vliv na zátěž pečujícího. Kromě toho bylo zjištěno, že u pečovatelů, kteří pečují o člověka s demencí, je větší riziko rozvoje duševních problémů. Navíc je u nich častý výskyt pocitu sociální izolace a vyčerpání. Iavarone (2014 str. 1411) ve svém výzkumu ukazuje, že u pečujících, kteří se starají o osoby s Alzheimerovou chorobou, byla zátěž vysoce ovlivněná závažností této nemoci.

Valenta (2008 str. 57) ve svém výzkumu odhalil, že dopady dlouhodobé péče souvisí s mírou postižení opečovávaného. Stejně tak výzkum prokázal, že dochází ke zhoršení zdravotního stavu pečujících osob. Je proto nutné rozvíjet asistenční a respitní služby, které mají za cíl odlehčit pečujícím. Rehabilitačně-terapeutické činnosti by také měly být nabídnuty pečujícím osobám ze systému zdravotního pojištění.

Dlouhodobá péče je fyzicky i psychicky náročná činnost, a přitom se pečujícím dostává malá podpora (Dohnalová, a další, 2013 str. 8). Dohnalová a Hubíková (dle Glendinning et al., 2009:55) píše, že u většiny neformálních pečovatelů poskytujících intenzivní péči se časem objevují a rozvíjejí zdravotní potíže. Může tedy docházet například ke spánkové deprivaci, stresu, napětí nebo k emocionálnímu vyčerpání. Dohnalová a Hubíková (dle Scott:2006) dále tvrdí, že ke zhoršení zdravotního stavu u pečujících dochází také z důvodu, že pečujícího nemá kdo zastoupit. Velká část pečujících osob má zdravotní problémy, které nevznikly přímo v důsledku poskytování péče. Jedná se například o problémy související s vyšším věkem nebo chronické nemoci.

Dle výzkumu zaměřeného na psychickou kondici u pečujících o osoby po traumatu mozku došlo u více než poloviny pečujících ke zhoršení zdravotního stavu a také ke

zhoršení vztahů s jejich blízkými. Především jde o spory a hádky v rodině a špatnou komunikaci (Hubíková, 2017).

Když se zaměříme na zdravotní stav opečovávaných, Matoušek (2003 str. 118) uvádí, že záleží na tom, kdo je postižen. Je rozdíl, pokud je to matka, která obvykle řídí domácnost nebo otec, který obvykle nejvýrazněji zabezpečuje rodinu finančně. Pokud je postižené dítě, dochází k zesílení interakce s jeho matkou, což může vést k odsunutí otce i všech nepostižených dětí na vedlejší kolej.

Pro celou rodinu je stěžejní způsob adaptace na nemoc. Ta je ovlivněna jak postojem nemocného, to znamená, zda je schopný převzít odpovědnost za svůj stav a nakolik zvládá řídit vlastní život, tak i rodinným stylem reagování na stress. Pokud rodina umí zacházet s emocemi, řešit konflikty i vyjadřovat své postoje, pak dochází k lepšímu přizpůsobení se situaci (Matoušek, 2003 str. 117). I Krhutová a kol. (2005 str. 207) tvrdí, že osoba s vrozeným postižením má více času i množství podpůrných opatření, které jí pomáhají se adaptovat na danou situaci. Tuto možnost, nikoli výhodu, nemá osoba, u které dojde k náhlé změně jeho zdravotního stavu.

Zdravotní postižení je v dnešní době charakterizováno jako dlouhodobý nebo trvalý stav s orgánovou nebo funkční poruchou, kterou nelze odstranit nebo zmírnit. Mimo jiné dochází i k redukci možností a životních šancí osoby, což tedy znamená negativní zásah do řady oblastí kvality života postižené osoby (Krhutová, a další, 2005 str. 119).

Existují dva, často se prolínající, typy tělesného postižení. Jedná se o dlouhodobě nepřiznivý zdravotní stav neboli chronické onemocnění, což je oslabení nebo poškození fyziologických funkcí lidského organismu, které výrazně snižuje kvalitu života nemocného, ale i jeho blízkých. Druhý typ se nazývá lokomoční neboli pohybové postižení, což značí omezení až znemožnění pohybu a dysfunkci motorické koordinace (Novosad, 2011 str. 87).

Do oblasti chronického onemocnění lze zařadit například kardiovaskulární onemocnění, onemocnění plic a dýchacích cest, poruchy imunity, poruchy metabolických procesů, onkologická onemocnění, epilepsie nebo i kožní onemocnění (Novosad, 2011 stránky 119-122).

V rámci tělesného postižení se jedná například o centrální obrny a další závažná neurologická onemocnění, vrozené a získané deformity, amputace. Péče o osobu s tímto

postižením je velmi náročná, nicméně vysoké nároky se kladou také na udržení vztahů mezi touto osobou a pečujícími osobami (Novosad, 2011 stránky 123-128).

Prvotní reakce rodiny na tělesně hendikepované dítě je téměř totožná s reakcí na mentálně postižené dítě. Postižení člena rodiny představuje pro rodinu velkou zátěž. Rodina tak může být buď oslabena nebo také může přehodnotit své dosavadní hodnoty a díky tomu může z postižení dítěte profitovat (Matoušek, 2003 str. 124).

Vzhledem k tomu, že mentální postižení je nejčastější poruchou v celé populaci, existuje Deklarace práv mentálně postižených osob, kterou vydalo valné shromáždění OSN. Mentální postižení je širší pojem, který zahrnuje všechny jedince s IQ pod 85. Mentální retardace je pak vývojová duševní porucha, která se projevuje sníženou inteligencí, a to především kognitivními, řečovými, pohybovými, ale také sociálními schopnostmi. Mentální retardace může být lehká, středně těžká, těžká a hluboká (Krhutová, a další, 2005 stránky 238-247).

Mentální retardace obsahuje poruchy vyvolané nestejnými příčinami vedoucí ke zpomalení duševního vývoje dítěte. Následkem může být znemožnění vzdělávání běžného typu a sociální vyloučení. Při zjištění mentální retardace u dítěte nastává u rodičů šok, neboť takto postižené dítě nebude rozvíjet rodičovské ambice. U matky nastává největší trauma, jelikož bere své dítě jako součást sebe samé. Dá se říci, že reakce rodiny při zjištění tohoto postižení u dítěte je podobné, jako reakce při úmrtí člena rodiny (Matoušek, 2003 str. 123).

Duševní poruchy lze rozdělit do více skupin. První skupinou jsou organické duševní poruchy, což je např. Alzheimerova a další demence či progresivní paralýza. Další skupina zahrnuje duševní poruchy, které jsou vyvolané psychotropními látkami, tedy fetální alkoholový syndrom, delirium tremens apod. Kromě toho duševní poruchou je také schizofrenie nebo afektivní, neurotické a behaviorální poruchy. Nicméně i poruchy chování a osobnosti u dospělých, což obsahuje například sexuální deviaci. Poslední skupinou jsou poruchy psychického vývoje a poruchy chování a emocí u dětí, které se týkají poruch řeči, dyslexie, dysgrafie, autismu, ADHD atd. (Krhutová, a další, 2005 str. 253).

1.4.3 Pohlaví a věk pečovatele

Syndrom vyhoření postihuje více ženy, neboť ženy přejímají role a funkce překračující vlastní potenciál. Údajně jsou ženy daleko více emocionálně zainteresovány než muži, což má vliv na maximální nasazení u rodinných i pracovních povinností. To znamená, že u žen může snadněji dojít k emočnímu vyčerpání (Poschkamp, 2013 str. 49).

Neformální péče je ze dvou třetin poskytována ženami ve středním nebo raném důchodovém věku, a to mezi 35 a 64 rokem (Pospíšil, 2015 str. 26). Dudová a kol. (2014 stránky 42-54) ve svém článku neodpovídají na obecnou otázku, proč ženy pečují více než muži, ale uvádějí dva typy vzájemně se ovlivňujících faktorů, které určují genderový charakter dlouhodobé péče o staré závislé osoby. Jedná se o kulturní faktory, a to na úrovni genderové identity i na úrovni symbolicko-normativní, což jsou například hodnoty, normy a očekávání společnosti. „*Díky nim je volba ženy jako primární pečovatelky v rodině vnímána jako přirozená, samozřejmá, správná či jediná možná.*“ (Dudová, a další, 2014). Rovněž strukturální faktory vnímají volbu ženy jako pečovatelky za schůdnější, jednodušší či praktičtější. Je to úroveň společenských institucí, tedy genderová dělba práce, nastavení pracovního trhu i rolí v rodině či ve společenských institucích.

Tošnerová (2001 str. 12) také píše, že kvůli sociální konstrukci ženské identity je péče o nemocného učená pro ženu. A dodává, že společnost očekává, že žena bude vykovávat tuto činnost zdarma, ochotně, láskyplně, bez ohledu na věk a zdravotní stav a není k péči potřeba žádná kvalifikace.

I Michalík a kol. (2011 str. 106) potvrzují, že péče je velmi genderově nevyvážená. Dokonce tvrdí, že v současnosti v naší republice nelze najít více genderově nevyvážené postavení členů jednoho pohlaví než u péče o dlouhodobě nemocného člena rodiny. Jsou to právě ženy, které nejčastěji musí upozadit své osobní cíle, odejít ze svého zaměstnání a přijmout novou roli, a to roli pečující osoby.

Iavarone a kol. (2014 stránky 1407-1411) zkoumali osoby, které pečují o své blízké trpící Alzheimerovou chorobou. Cílem jejich výzkumu bylo zjistit, jak ovlivňují zvládací strategie zátěž či úzkost pečujícího. Ukázalo se, pro ženy a starší pečující obnáší péče o blízkého zvýšenou celkovou zátěž. Z podrobnější evaluace však vyplývá, že pro starší pečující je onou zátěží především fyzická zátěž a délka péče. U žen pečovatelek převládá

emoční zátěž. To znamená, že ženy pravděpodobně poskytují kvalitnější péči pro nemocné, což má však negativní dopad na jejich emoční dimenzi a na životní styl. Výzkum mimo jiné potvrzuje, že většina pečujících jsou ženy, a to především manželka nebo dcera nemocného. Jeřábek (2013 str. 48). také tvrdí, že nejčastěji péči provádí manželka sama, řidčeji je to manžel, který poskytuje péči sám své manželce. Následně jsou to děti, a to především dcery nebo snachy, které se starají o nemohoucího rodiče.

Havlíková (2012 str. 110) ve svém výzkumu zjistila, že vzájemná výpomoc mezi starší a mladší generací je poněkud častá a že zde existují vhodné podmínky pro vzájemné poskytování praktické pomoci. Nicméně intenzivní osobní péče směřující od dětí ke svým rodičům se vyskytuje velmi málo, neboť tyto děti většinou pracují na plný úvazek.

Oproti tomu z výzkumu Tošnerové (2001 stránky 21-58) je zřejmé, že nejčastější vztah mezi pečovatelem a příjemcem péče je dcera, která se stará o matku. Pokud dojde k neformální péči u partnerů, může docházet ke ztrátě vzájemnosti kvůli snížené kvalitě komunikace, k narůstající závislosti na pečujícím a také ke zhoršení sociálního chování u nemocného k partnerovi. Tyto problémy zvyšují zátěž pečujících.

1.4.4 Systém poskytování péče v rodině

Dle výzkumu Tošnerové (2001 str. 19) zátěž pečujících souvisí s tím, zda je péče o nemocného zajišťována pouze jedním člověkem nebo se na péči podílí více osob. Stejně tak Jeklová (2006 str. 16) tvrdí, že syndrom vyhoření koreluje s rodinou. Přehnaná pozornost problémům ostatních, špatné bytové nebo finanční podmínky, dlouhodobá nemoc v rodině a partnerské problémy mohou mít vliv na syndrom vyhoření.

Vliv sociální opory je vnější faktor. Hlavní zdroje opory jsou v rodině, zaměstnání, u přátel, v rámci trávení volného času a nedostatek této opory souvisí se syndromem vyhoření (Kebza, a další, 2003 str. 18). Také Křivohlavý (1998 stránky 18-31) zmiňuje, že se velice často setkáváme s údaji o tom, že špatné vztahy mezi lidmi jsou jedním z faktorů ovlivňující syndrom vyhoření. Kromě toho i přílišná emocionální zátěž vede k výskytu burnout syndromu.

Neformální péči lze nazvat také rodinnou péčí, neboť je poskytována především členy rodiny. Od těchto blízkých osob se očekává, že zvládnou péči vlastními silami, proto často dochází k tomu, že pečující mají silný pocit závazku a zodpovědnosti. V některých

případech nese rodinný pečující hlavní tíhu péče bez podpory ostatních blízkých osob (Hubíková, 2017 str. 7). Stejně tak Dohnalová a Hubíková (dle Novák, 2011: 7-8) vnímají sociální oporu neformálních pečujících jako nedostatečnou.

Většina pečujících vnímá péči o své blízké jako práci z lásky nebo povinnost v rámci mezigenerační solidarity, a to bez ohledu na institucionální podporu (Pospíšil, 2015 str. 28). Křivohlavý (2012 str. 20) zmiňuje, že u člověka, který žije v dlouhotrvajících mezilidských konfliktech se mohou objevovat příznaky syndromu vyhoření.

Jeřábek ve svém výzkumu prokázal, že péče o seniora v rodině je výrazem mezigenerační solidarity. Jako argument předkládá to, že rodinná péče je poskytována za účelem potřeby péče seniora a také je vázána na přání seniora žít v domácím prostředí. Dalším argumentem je zjištění, že péče je pozitivně ovlivněna altruistickým přístupem k péči o členy rodiny obecně a také hodnotovou orientací rodiny. Navíc zkušenost s péčí zvyšuje očekávání, že i v budoucnosti dojde ke stejné péči v případě potřeby, je posledním argumentem v rámci mezigenerační solidarity (Jeřábek, 2013 str. 69).

Praktické úkoly spojené s péčí poskytované rodinnými pečujícími mohou být rozděleny do tří hlavních skupin. První skupina se zaměřuje na osobní péči a pravidelné denní aktivity, jako je koupání, stravování, oblékání apod. Druhá skupina se týká práce v domácnosti, což například znamená uklízení, vaření či nakupování. Třetí skupina obsahuje aktivity jako je emocionální podpora, podpora sociálního začlenění nemocných nebo činnosti související s administrativní pomocí, jako je placení složenek a další (Triantafillou, a další, 2010 str. 14).

1.4.5 Volný čas

Neformální pečující jsou nuceni dříve či později opustit své zaměstnání, jelikož se od nich očekává pravidelná a intenzivní péče o nemocného. Existuje také riziko sociálního vyloučení pečujících rodin, neboť rodinný pečovatel nemá možnost se účastnit běžných společenských aktivit. *„Pečující osoby také často zažívají pocit, že jejich život je příliš pevně svázán povinnostmi péče a naplánován, a že se z něj vytratila veškerá spontaneita, spojená hlavně s volným časem a jeho aktivitami.“* Proto je třeba lépe plánovat volný čas a společenské aktivity rodinných pečovatelů (Dohnalová, a další, 2013 stránky 9-13).

Zanedbávání svého volného času, tedy svých koníčků, ale i přátel, má vliv na syndrom vyhoření. Z hlediska pocitu životní spokojenosti a smysluplnosti je důležité věnovat se vlastnímu rozvoji, svým zájmům a přátelům (Pešek, a další, 2016 str. 24). Křivohlavý (2012 stránky 20-24) tvrdí, že k psychickému vyhoření může dojít v situaci, kdy je člověk v dlouhodobém bezprostředním styku s lidmi, při dlouhodobém neúspěšném jednání či při přetěžování se. Příznaky syndromu vyhoření se tedy objevují u člověka, který neumí odpočívat, relaxovat, aby načerpal potřebnou energii.

Ženy pečovatelky trpí také po psychické stránce, a to především pokud se starají obětavě a důsledně po dlouhé roky bez vystřídání a volného času pro sebe. Dlouhodobá neformální péče je pro pečovatelky náročná časově, což může způsobovat až sociální izolaci. „*Jsou vyřazeny ze světa svou pečovatelskou rolí, někdy i opomíjeny svými širšími rodinami, často na míle vzdálenými od nich.*“ (Jeřábek, 2013 str. 49).

Jeřábek (2013 stránky 99-103) ve svém výzkumu zjistil, že nejčastěji se pečovatelé vzdávají svého volného času, konkrétně se jedná o odpočinek, čas na sebe, dovolenou i záliby. Dá se tedy říci, že čas obětovaný osobě závislé na péči na úkor volného času stoupá s intenzitou pečování. Také Křivohlavý (1998 stránky 18-31) píše, že k syndromu vyhoření přispívá nedostatek příležitosti k odpočinku, nějaká dlouhodobá nezlepšující se nemoc, anebo i to, že člověk více dává, než přijímá.

„*V odborné i laické veřejnosti vcelku panuje shoda nad konstatováním, že domácí péče v rodinách je velmi náročná.*“ (Michalík, a další, 2011 str. 100) Michalík (2011 str. 105) ve svém výzkumu poukazuje na to, že pečující osoby nejčastěji pociťují velkou únavu a nedostatek volných chvílí jen pro sebe. Dlouhodobá péče má dopad na socio-psychickou stabilitu pečujících.

2 Neformální péče

V první kapitole jsem se zaměřovala na syndrom vyhoření, jeho projevy, příznaky i stádia. Dále jsem rozvinula tento koncept do oblasti neformální péče, a to tak, že jsem popsala syndrom vyhoření u neformálních pečovatelů a faktory ovlivňující syndrom vyhoření. V návaznosti na to budu pokračovat kapitolou, která představí neformální péči komplexně. Kromě toho zde vymezím také systémové nástroje na podporu neformální péče a budu se zabývat především projektem Podpora pečujících osob v regionu ORP Mohelnice a Zábřeh. Tento projekt je v mé práci podstatnou součástí, neboť se v empirické části zaměřuji na zkoumání syndromu vyhoření u neformálních pečujících v rámci tohoto projektu.

„Neformální péče je péče poskytovaná osobě závislé na podpoře, pomoci a péči jejími blízkými rodinnými příslušníky, příbuznými nebo známými. Počet neformálních pečovatelů v České republice se odhaduje na 250 tisíc. Jiné prameny uvádějí až téměř 300 tisíc osob.“ (Pospíšil, 2015, s. 26). Tato forma péče je mimořádně důležitou součástí systému dlouhodobé péče a má ekonomický i sociální přínos. Přispívá tak k rodinné soudržnosti a mezigenerační solidaritě a může snižovat tlak na trhu práce (Pospíšil, 2015, s. 26).

Colombová (2011 str. 39) definuje dlouhodobou péči jako péči o lidi, kteří potřebují podporu v mnoha aspektech života po dlouhou dobu. Obvykle se jedná o pomoc s každodenními činnostmi, jako je například koupání, oblékání nebo třeba polohování. Dále uvádí, že tyto činnosti vykonává nejčastěji rodina, přátelé, méně kvalifikovaní pečovatelé nebo zdravotní sestry.

Jeřábek (2013 stránky 46-47) uvádí pojem osobní péče, která je dle něj nejnáročnějším druhem péče o nemocnou osobu. Tvrdí, že je to fyzicky i psychicky náročná činnost vyžadující velké množství času, jinými slovy je to celodenní péče o osobu blízkou, která probíhá každý den s monotónně se opakujícími aktivitami. *„Osobní péče je vedle přítomné lásky provázena chvílemi beznaděje, bezmoci a osamělosti pečujících.“* Dále zmiňuje pojem rodinná péče, čímž označuje neformální péči zajišťovanou členy rodiny v domácím prostředí. Důležitou roli hraje rodina, která se snaží podporovat pečující osobu.

Neformální pečující jsou převážně ženy od 35 do 64 let, ale dochází k mírnému narůstání mužů pečovatelů, a to v důchodovém věku. Mezi nejčastější skupiny osob, kterým je poskytována dlouhodobá neformální péče, patří dospělí se zdravotním postižením, starší osoby se sníženou soběstačností a děti se zdravotním postižením. Kromě toho z výsledku tohoto výzkumu vyplývá, že jeden ze tří pečovatelů pečuje o osobu závislou na péči 56 a více hodin týdně, což vysvětluje fakt, že je 43 % rodinných pečovatelů ekonomicky neaktivních a často se stává, že není nikdo, kdo by jim pomohl s plněním této pečovatelské role (Birtha, a další, 2014 str. 55).

Příjemci neformální péče jsou děti, dospělí i senioři, kteří vyžadují péči kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu. Opečovávané osoby se řadí do skupiny rozdílných osob s velmi individuálními potřebami (Geissler, a další, 2015 str. 95).

Pečujícím osobám chybí legislativní ukotvení role pečovatele, z čehož plyne nedostatečná podpora ze strany státu. Neformální pečující jsou osoby, které vykonávají péči o své blízké se sníženou soběstačností z důvodu věku, nemoci nebo zdravotního postižení. Jedná se o velmi početnou a různorodou skupinu, což se odvíjí od povahy problémů. Jinými slovy, osoby, které pečují o dítě s handicapem mohou mít jiné problémy než osoby, které se starají o seniora. U mnoho pečujících dochází ke zhoršování jejich zdravotního stavu a často se dostávají do naprosté sociální izolace (Geissler, a další, 2015 str. 94).

Pečující rodina je charakterizována především tím, že pečuje o člena rodiny, který má nějaké zdravotní postižení. Z toho vyplývá i fakt, že tento člen rodiny vyžaduje potřebnou péči. Pečující rodiny nemají totožné charakteristiky, ba naopak tyto rodiny jsou velmi různorodé, a proto dochází ke spoustě problémům v systému veřejné podpory. Tyto systémy jsou totiž nastaveny spíše na řešení obecných společenských problémů a neumí dostatečně reagovat na specifické problémy pečujících rodin (Michalík, a další, 2011 stránky 93-97).

2.1 Systémové nástroje na podporu neformální péče

Jak už jsem zmínila, neformální péče je v systému dlouhodobé péče velmi významná, nicméně český sociální i zdravotní systém ji příliš neoceňuje a dosavadní existující formy institucionální podpory jsou nedostačující. Ani podpora ze strany obce a komunity není dostačující, jelikož chybí poskytování základních informací o způsobu adekvátní péče,

vzdělávání pečovatelů a psychologické poradenství. Současná politika sociálních služeb a dlouhodobé péče má mnohé deficity (Pospíšil, 2015, s. 27-28).

V současné době v České republice neexistuje jednotný strategický nebo koncepční materiál, který by se týkal neformálních pečujících osob na národní úrovni. Z toho důvodu tuto oblast řeší obce a kraje individuálně, nicméně ani tak není neformální péče ve většině regionálních dokumentů prioritou. Kraje ani obce totiž nejsou se zákona povinni mít ve střednědobém plánu zahrnutou problematiku pečujících osob (Geissler, a další, 2015 stránky 47-48).

„MPSV explicitně označilo pečující osoby jako cílovou skupinu sociální politiky a vyjádřilo potřebu věnovat pozornost a aktivně řešit situaci osob pečujících o osobu blízkou na národní úrovni.“ (Geissler, a další, 2015 str. 83). I přesto, že Ministerstvo sociální práce a sociálních věcí klade větší pozornost na oblast neformální péče, v porovnání s ostatními cílovými skupinami se pečující osoby neřadí mezi prioritní skupiny. Chybí i koncepční materiál obsahující detailnější uchopení záměrů podpory pečujících. Ministerstvo neprosazuje neformální péči jako vhodnou alternativu péče ústavní, a to ani s ohledem na lepší uspokojování potřeb nemocných a vyšší kvalitu života (Geissler, a další, 2015 stránky 83-85).

Pospíšil (2015 str. 28) označuje systém dlouhodobé péče za nevhodně nastavený. Dokonce uvádí, že tento systém právně v České republice neexistuje a dodává, že nevede k potřebné komplementaritě ani ke sdílení péče mezi neformálními i formálními poskytovateli sociální i zdravotní péče. Stejně tak Triantafillou a kol. (2010 str. 13) vnímají, že neformální pečující jsou považováni spíše jako náhrada formální péče, než aby byli vnímáni jako partneři ve sdílené péči. Komplexní politika dlouhodobé péče by se proto měla zaměřovat na neformální pečovatele jako na spoluzakladatele služeb, kteří jednají jako partneři s formálními profesionály, ale také jako na klienty s vlastní potřebou pečovatelských a podpůrných služeb. Pokud by se vytvořili účinné vazby mezi těmito dvěma sektory, mohlo by to vést k vytvoření inovovanějšího modelu pro systémy dlouhodobé péče s cílem poskytovat kvalitnější péči lidem.

Velmi významná je role neformální péče a rodinných pečujících v systému dlouhodobé péče, nicméně není dostatečně oceněna ani ulehčena. Existují zdroje na to, aby neformální pečovatelé byli alternativou k formálně poskytované péči. Mezi největší deficity veřejné politiky související s neformální péčí patří nedostatečné finanční ohodnocení

neformálních pečovateli, špatná informovanost o sociálních i zdravotních službách, ale i oddělené financování a institucionální nastavení sociálních i zdravotních služeb. Nelze opomenout i fakt, že jsou omezené možnosti týkající se sladování práce s rodinným životem. (Kotrusová, a další, 2013 str. 19) I Koldinská (2016 str. 3) uvádí, že sladění pracovního a rodinného života je opomíjenou, avšak důležitou otázkou podpory neformálních pečovateli.

Dobiášová a Kotrusová (2017 str. 24) tvrdí, že neformální péče je čím dál častěji vnímána jako nenahraditelná součást reformy sociální a zdravotní péče o seniory, nicméně v zákonech stále není dostatečně formulován status pečujících ani jejich práva. Jedná se o tzv. skrytou sociální skupinu, což znamená, že jejich potřeby jsou do určité míry definovány v souvislosti s osobami, kterým poskytují péči. Předpokládá se totiž, že kvalitní a dostupné služby pro opečovávané nabízí i úlevu samotným pečujícím. Avšak pečující zasluhují větší péči a pozornost, neboť u nich dochází k psychické i fyzické zátěži.

Hubíková (2017 str. 6) se zabývá otázkou ustavení rodinných pečujících jako cílové skupiny sociální práce. Sociální práce totiž pracuje s vymezenými cílovými skupinami, ale vzhledem k tomu, že rodinní pečující poskytující dlouhodobou péči osobě závislé na péči jiné osoby nejsou explicitně označeny a popsány, může dojít k tomu, že tato skupina bude sociálními pracovníky opomíjena. Michalík a kol. (2011 str. 98) doplňuje, že i přesto, že pečující rodina znamená nezanedbatelnou výhodu pro stát a jeho rozpočet, jsou tyto rodiny nedostatečně zajištěny v rámci podpůrných služeb, které by mohly pečující osobě poskytnout rehabilitaci i častější odpočinek.

Vávrová a Vaculíková (2017 str. 91) přispěly s výzkumem, ve kterém na reprezentativním výběru české populace zjišťovaly preferovanou formu sociální služby v době závislosti na péči druhých osob, důvody vedoucí k nástupu do domova pro seniory a míru důležitosti vybraných faktorů při výběru konkrétního domova pro seniory. Klíčovým zjištěním bylo, že nejpreferovanější formou sociální pomoci byla ta nepřirozenější, tedy pomoc od rodinných příslušníků, případně v kombinaci s terénní či ambulantní službou.

Triantafillou a kol. (2010 stránky 16-17) uvádí ve své studii informace ze šesti zemí. Mezi tyto země patří Řecko, Itálie, Velká Británie, Švédsko, Polsko a Německo. Jen jedna třetina z respondentů by využila podpůrnou službu v předchozích šesti měsících, pokud

by však byly dostupné. Respondenti uvedli, že hlavními důvody malého využití služeb jsou složité a byrokratické vstupní procedury, vysoké ceny, ale také i málo informací a nepružnost při uspokojování jejich potřeb. Dále také uvedli, že služby jsou poskytované v nedostatečné kvalitě.

Vzhledem k tomu, že stále roste počet seniorů, očekává se, že poroste i poptávka po zabezpečení seniorů závislých na pomoci druhé osoby. *„Zkušenosti nejen zahraniční, ale postupně také domácí praxe naznačují, že tuto rostoucí poptávku nelze plně pokrýt pouze poskytováním formální, tzn. profesionální pomoci, ale rozhodujícím prvkem se stává také participace neformálních pečovateli, ať už jsou to rodinní příslušníci, nebo jiné blízké osoby z okolí seniora.“* (Kubalčíková, 2012 str. 90) Výzvou sociálních služeb zaměřujících se na seniory je, aby byly připravené poskytovat intenzivní péči v oblasti sebeobsluhy a osobní hygieny v domácnosti seniorů. V případě, že senior již žije v pobytovém zařízení je důležité vytvořit takové podmínky pro jeho děti, aby se mohly nějakým způsobem podílet na zajištění chodu jeho nové domácnosti v pobytové službě. Díky tomu mohou obě generace víceméně pokračovat v takovém vztahu, jaký mezi sebou měly dříve (Havlíková, 2012).

„Praxe je schopná reagovat na bezprostřední potřeby pečujících rychleji než státní správa a veřejná sociální politika.“ (Janečková, a další, 2017 str. 56). Objevují se svépomocné skupiny pečujících, které nabízejí sdílení, pochopení, posilu v péči, ale také i nová přátelství. Kromě toho se připravuje zásadní inovace v podobě koordinátorů podpory. Jejich náplní práce pak bude vyhledávání potřebných a ohrožených seniorů, ale také podpora pečujících rodin při zvládnutí péče o blízkého (Janečková, a další, 2017 stránky 56-57). Tošnerová (2001 str. 62) však oponuje tím, že i přesto, že skupiny pro podporu pečujícím jsou všeobecně chápány jako prospěšné, nesnižují zátěž pečujícího o osobu s demencí. Denní pečovatelské služby ulehčují situaci pečujícím, ale přesto nedochází ke změně celkové tělesné a duševní pohody. A dodává, že psychologickou zátěž může snížit metodické školení pečovateli.

Sheardová zmiňuje, že je důležitá podpora pečujících rodin, a to především oblast poradenství, svépomocné skupiny, respitní péče, ale také spolupráce lékaře s rodinou, neboť se často objevují příznaky deprese právě u pečujících osob, což ovlivňuje kvalitu péče o nemocného (2010 str. 175). Valenta a Michalík (2008 str. 57) ve výzkumu zjistili,

že je nutné zajistit lepší informovanost o možnostech a nárocích plynoucích z dlouhodobé péče.

Jeřábek uvádí opatření, která mohou pomoci rodinným pečujícím lépe zvládat dlouhodobou péči o nemocnou osobu. V první řadě se jedná o finanční podporu, neméně důležité jsou podpůrné služby pro pečující rodiny, kurzy pro pečovatele, poradenské služby a podpůrné skupiny a další významné společenské změny, jako například volno ze zaměstnání za účelem péče o nesoběstačnou osobu (Jeřábek, 2013 stránky 50-54).

2.1.1 Projekt Podpora pečujících osob v regionu ORP Mohelnice a Zábřeh

Podpora pečujících osob v regionu ORP Mohelnice a Zábřeh (dále Podpora pečujících) je projekt, který reaguje na nedostatečnou podporu pečujících v těchto regionech. Realizace projektu je od 1. října 2017 do 30. září 2020. Tento projekt nevytváří žádné peněžní příjmy. Kromě toho je realizován v rámci specifických cílů Sociálního začleňování a boje s chudobou, konkrétně se týká aktivního začleňování, podpory rovných příležitostí a zvýšení uplatitelnosti těchto osob na trhu práce (Charita, 2017).

Projekt má pět hlavních cílů. Prvním cílem je snížení rizika sociálního vyloučení a sociální izolace neformálních pečujících prostřednictvím kontaktu s poradci a konzultanty nebo například účasti na svépomocných skupinách. Dále se projekt snaží umožnit pečujícím snadněji zvládnout náročné chvíle v úvodní fázi péče, a to prostřednictvím psychosociální a poradenské podpory. Nicméně usilují i o zajištění psychosociální podpory v domácnostech pečujících, aby předcházeli syndromu vyhoření u pečujících. Jejich cílem je také zvýšit sebevědomí a sebedůvěru pečujících osob prostřednictvím jejich edukace a vzdělávání v praktických oblastech péče. Posledním cílem je působit i v makro rovině. To znamená spolupracovat s obcemi s rozšířenou působností a zajistit tak přenos informací do procesu individuálního plánování sociálních služeb v daném regionu a vytvořit komplexní systém podpory pečujících osob, který bude přenositelný do běžné praxe i po skončení podpory z projektu (Charita, 2017) .

Cílovou skupinou projektu jsou neformální pečující. To znamená, že touto osobou je člověk, který vykonává péči o osobu, která je závislá na pomoci jiné fyzické osoby. Nicméně rozsah poskytované péče je různý, a to od občasné pomoci až po nepřetržitou péči. Záleží to na rozsahu péče o osobu závislou na péči. Pokud neformální pečující

vykonává alespoň tři z následujících kritérií, je mu poskytována podpora od Projektu v plné míře. Nicméně, i pokud nesplňuje tři nebo více kritérií, také je mu poskytnuta podpora od Projektu, avšak v menší míře. Mezi kritéria patří přímá péče, péče o domácnost, organizace péče a vyhledávání různých služeb, doprovázení nebo dopravování osoby závislé na péči nebo jednání s úřady jménem této osoby (Charita, 2017).

Podpora pečujících má stanovené konkrétní klíčové aktivity. První významná aktivita je oslovení a motivace cílové skupiny, a to pomocí plakátů a letáků na místech, kde se cílová skupina často vyskytuje. Koordinace podpory pečujících osob je další důležitou činností v rámci tohoto projektu. Stejně tak odborná podpora pečujících osob je zařazena mezi klíčové aktivity a zaměřuje se na podporu pečovatelů v oblasti výživy, aktivizace, komunikace, ošetrovatelství, pečovatelství, ale i na oblast sociálně právní, psychosociální a psychoterapeutickou, spirituální či pracovně právní. Setkávání pečujících je také zařazeno do aktivit projektu a jedná se o informační setkání, workshopy a kluby pečujících. Mimo to se vytváří informační brožury, internetové informační platformy a také budou k dispozici instruktážní tablety jako informační zdroje pro cílovou skupinu. Krátkodobé stáže v institucionálních sociálních zařízeních, jejichž cílem je odlehčení pro cílovou skupinu, je další klíčovou aktivitou. Poslední stanovenou aktivitou je monitoring a evaluace projektu, neboť je významné ověřit jednotlivé procesy (Charita, 2017).

3 Cíl výzkumu a výzkumná otázka

Cílem této diplomové práce je pomocí dotazníkového šetření **zjistit míru syndromu vyhoření a dalších relevantních proměnných u neformálních pečujících v projektu Podpora pečujících**. Mezi tyto proměnné patří délka a intenzita péče, zdravotní stav pečujícího a zdravotní stav osoby závislé na péči, pohlaví a věk pečovatele, systém poskytování péče a také volný čas pečujícího.

Výzkumná otázka je odvozená z hlavního cíle a zní: *„Jaká je míra syndromu vyhoření a dalších relevantních proměnných u neformálních pečujících v projektu Podpora pečujících?“*. Ke zodpovězení výzkumné otázky jsem si stanovila dva dílčí cíle.

Prvním dílčím cílem je zjistit míru syndromu vyhoření dle Maslach Burnout Inventory u neformálních pečujících.

Dále je to pak zjištění míry syndromu vyhoření v rámci deskriptivní vazby na stanovené proměnné. Konkrétněji se jedná o:

- a) míru syndromu vyhoření v souvislosti s délkou péče,
- b) míru syndromu vyhoření v souvislosti se zdravotním stavem pečujícího,
- c) míru syndromu vyhoření v souvislosti se zdravotním stavem opečovávaného,
- d) míru syndromu vyhoření v souvislosti s pohlavím pečujícího,
- e) míru syndromu vyhoření v souvislosti s věkem pečujícího,
- f) míru syndromu vyhoření v souvislosti se systémem poskytování péče v rodině,
- g) míru syndromu vyhoření v souvislosti s volným časem pečujícího,
- h) míru syndromu vyhoření v souvislosti s využíváním pomoci od projektu Podpora pečujících.

4 Výzkumný soubor a popis sběru dat

K výběru výzkumného vzorku jsem použila metodu účelového výběru. Tato metoda je založena na úsudku výzkumníka o tom, co je potřeba pozorovat. I přesto, že účelový výběr většinou neumožňuje bohatou generalizaci závěru, neznamená to, že tyto závěry nemohou být užitečné (Disman, 2002 str. 112).

Respondenty jsem si vybrala na základě spolupráce s již zmíněným projektem Podpora pečujících osob v regionu ORP Mohelnice a Zábřeh. Tento projekt mi umožnil oslovit přímo jejich klienty. To znamená, že mezi respondenty jsou zařazeny ty osoby, které pečují o osoby závislé na péči, které zároveň pobírají příspěvek na péči.

Projekt Podpora pečujících pomáhá především osobám, kteří pečují o osobu blízkou více než 20 hodin týdně. Nicméně mezi jejich klienty jsou zařazeny i osoby, které pečují méně často. Těmto osobám je pak poskytnutá pomoc ve zúženém rozsahu. Já pro svůj výzkum vnímám jako stěžejní, aby respondenti pečovali o klienta více než 20 hodin týdně.

Vzhledem k tomu, že zkoumám syndrom vyhoření u neformálních pečujících v oblasti obcí s rozšířenou působností Zábřeh a Mohelnice, jsou mými respondenty pouze osoby, které žijí v této oblasti.

Sběr dat probíhal relativně dlouho, a to přibližně od března do srpna 2019. Koordinátoři projektu při sběru dat trvali na osobním kontaktu výzkumníka a respondentů, proto bylo nemožné sesbírat data v kratším intervalu. Jedna návštěva respondenta trvala přibližně 2 hodiny a vždy byl přítomný i koordinátor projektu. Kromě toho se ukázalo, že stálých a aktuálních klientů, kteří jsou navíc ochotni se zúčastnit výzkumu, je relativně málo. Z toho důvodu jsem se snažila sbírat data po delší dobu, aby bylo respondentů co nejvíce. Výzkumný vzorek obsahuje 34 respondentů.

Dotazník byl strukturován tak, že prvních 9 otázek bylo zaměřeno na faktory, které mohou ovlivňovat syndrom vyhoření u neformálních pečujících. V druhé části jsem aplikovala Maslach Burnout Inventory dotazník, který jsem upravila na konkrétní cílovou skupinu. Respondenti tak měli zodpovědět 22 otázek, a to pomocí intenzity svých pocitů na škále od 0 (vůbec) po 7 (velmi silně). Tuto část dotazníku jsem dále zpracovala, abych získala vyhodnocení. Syndrom vyhoření se dle tohoto typu dotazníku vyhodnocuje

v rámci tří oblastí, kterými jsou emocionální vyčerpání, depersonalizace a snížení výkonosti.

Ke zpracování dat jsem používala softwarový program JASP, který má za cíl pomoci statistickým odborníkům dosáhnout maximálně informativní závěry. (Wagenmakers)

Kromě toho jsem zpracovávala data také v programu Excel.

5 Popis použitých výzkumných metod

V následující podkapitole se budu věnovat teoretickému vymezení zvolené metody výzkumu. V rámci konzultace s vedoucím této práce jsme došli k závěru, že bude vhodné zvolit kvantitativní sběr dat pomocí dotazníkového šetření. Vzhledem k cíli práce je dotazník strukturován na dvě části. V první části dotazníku jsou otázky zaměřující se na faktory, které, na základě rešerše, mohou ovlivňovat syndrom vyhoření u neformální pečovateli. V druhé části využívám metodu Maslach Burnout Inventory, díky které lze zjistit, do jaké míry je osoba postihnutá syndromem vyhoření.

Maslach Burnout Inventory (MBI) patří mezi nejčastěji používané metody k odbornému zjištění syndromu vyhoření. Tato dotazníková metoda má tři faktory, a to emocionální vyčerpání (EE), depersonalizace (DP) a snížení výkonnosti neboli osobní uspokojení z práce (PA). Oblast emocionálního vyčerpání je nejspolehlivějším ukazatelem přítomnosti syndromu vyhoření a je charakterizována ztrátou chuti k životu či absencí motivace k nějaké aktivitě. Oblast depersonalizace ukazuje na psychické vyčerpání, které se projevuje cynickým jednáním k druhým lidem. To znamená, že dochází ke ztrátě respektu a úcty a také může dojít k tomu, že se takto vyčerpané osoby chovají k ostatním lidem jako k neživým předmětům. Poslední oblast je charakteristická zejména pro osoby s nízkým sebevědomím. Vzhledem k tomu, že si neumí cenit sami sebe, nemají ani dostatek sil ke zvládnutí stresových situací (Křivohlavý, 2012 stránky 54-55).

Maslach Burnout Inventory publikovala v roce 1981 Christina Maslachová společně se Susan E. Jacksonovou. V roce 1986 došlo k úpravě této metody a v roce 1995 Antonio Pierro a Silvia Fableri provedli důkladnou faktorovou analýzu a existence tří výše uvedených faktorů (EE, DP a PA) byla jimi prokázána (Křivohlavý, 2012 str. 56).

Škála vyhoření pro pomáhající profese od Maslachové je dosud nejrozšířenějším nástrojem pro diagnózu a měření vyhoření. Osoba, která dosáhne nízkého počtu bodů v oblasti seberealizace a zároveň mnoho bodů v oblasti emocionálního vyčerpání a depersonalizace, je považována za osobu v procesu burnoutu. Tento nástroj byl na základě různých studií podroben testům validity a uspěl jako velmi účinná škála pro posouzení míry syndromu vyhoření (Maroon, 2012 stránky 71-72).

„Autorská dvojice Leiter a Maslachová (1988) naznačila, jak dochází v průběhu vyhořívání k postupnému vynoření se těchto tří složek procesu burnout syndromu.“ (dle Křivohlavý, 2012 str. 85). Jako první se objeví emocionální vyčerpání, což postupně vede k depersonalizaci, kdy se osoba snaží distancovat od ostatních a dochází tak k sociální izolaci. Tyto dva faktory, tedy emocionální vyčerpání a depersonalizace, se spojí a ovlivní výkonnost. Objevuje se tak třetí faktor, což je snížená efektivita práce. Důvodem je to, že práce za této situace ztrácí smysl a význam (Křivohlavý, 2012 stránky 85-86).

Křivohlavý (2012 stránky 86-87) zmiňuje, že velmi významná je sociální opora pro osobu ohroženou vyhořením. Pokud je míra sociální opory nedostatečná, může dojít k tomu, že se objeví snížená výkonnost (PA) již zároveň s emocionální vyčerpaností (EE).

Česká verze dotazníku Maslach Burnout Inventory pro zjištění míry syndromu vyhoření využívá 22 otázek, přičemž devět z nich se zaměřuje na emocionální vyčerpání, pět na příznaky depersonalizace a osm otázek znázorňuje míru pracovního uspokojení. Likertova škála od nuly do sedmi je pak nástroj, pomocí kterého se vyjadřují odpovědi. Konkrétněji to znamená, že nula znamená „nikdy“ a sedmička představuje „velmi silně“. Mírné vyčerpání ve škále emocionálního vyčerpání je hodnoceno, pokud osoba dosáhne 17-26 bodů a vyhoření je při 27 a více bodech. Depersonalizace má pro mírné vyčerpání 7-12 bodů a pro vyhoření je to 13 a více bodů. Naopak je tomu u subškály pracovního uspokojení, neboť vysoký stupeň vyhoření je, pokud osoba dosáhne méně než 31 bodů a mírný stupeň burnoutu je rozmezí 38-32 bodů (Honzák).

Kvantitativní výzkum je schopen řešit jen určitou kategorii problému, přesněji jen ty problémy, které lze popsat v termínech vztahů mezi pozorovatelnými proměnnými. Jinými slovy je to deduktivní metoda. Kvantitativní výzkum má za cíl testování hypotéz a výstupem jsou buď přijaté nebo zamítnuté hypotézy. Dá se říci, že tento typ výzkumu zajišťuje vysokou reliabilitu, avšak poměrně nízkou validitu. V rámci tohoto výzkumu je potřeba sbírat jen ty data, která nutně potřebujeme k testování hypotéz. Dotazník je velmi efektivní a umožňuje relativně snadno získat informace od vysokého počtu osob a v poměrně krátkém čase. Avšak tento způsob dotazování klade vysoké nároky na ochotu respondenta a je snadné neodpovědět na některou otázku. Navíc mohou být otázky zodpovězeny i nějakou jinou osobou a návratnost dotazníku je velmi nízká. Nicméně to nehrozí v mém výzkumu, neboť s každým respondentem jsem dotazník vyplnila osobně (Disman, 2002 stránky 77-287).

6 Způsob analýzy dat

Tato podkapitola má za cíl popsat, jakým způsobem budu postupovat při zpracování dat v rámci kvantitativního sběru dat v souvislosti s tématem diplomové práce. Jinými slovy, teoreticky vymezím klíčové metody používané při zpracování dat, které jsou významné pro vyhodnocení mého výzkumu. Nastíním tedy popisnou statistiku, její prostředky a další významné pojmy.

Popisná statistika se týká jednorozměrných statistických souborů a jejich prvky jsou reálná čísla (Reif, 2004 str. 21). Tato disciplína popisuje a sumarizuje informace obsažené v datech a využívá k tomu tabulky, grafy a funkcionální a číselné charakteristiky. Cílem je tedy pomocí matematických operací zpřehlednit informace. Závěry popisné statistiky se týkají pouze výběrového souboru. Avšak matematická statistika se zaměřuje na náhodný výběr a statistik z něj odvozených, díky kterým lze učinit závěry o parametrech nebo tvaru rozložení, z kterého náhodný výběr pochází. Tato věda přináší metody pro analýzu dat na principu statistické indukce (Budíková, a další, 2010 stránky 12-127).

Hendl a kol. (2019 str. 274) tvrdí, že popisná statistika zobrazuje informace obsažené v datech, udává výsledky měření a také nabízí prostředky umožňující sumarizaci výsledků jako jsou míry střední hodnoty, což je aritmetický průměr, modus a medián. Kromě toho poskytuje údaje o mírách rozptýlenosti, konkrétněji je to rozptyl a směrodatná odchylka. Také míry polohy jsou nezbytnou součástí popisné statistiky.

Základním výběrovým souborem je určitý omezený počet objektů, jeho prvky mají nějakou určitou společnou vlastnost a tvoří tak množinu. Cílem statistika je pak prozkoumání absolutní a relativní četnosti prvku dané množiny v konkrétním výběrovém souboru. Existuje však i možnost zkoumat výskyt objektů z jedné množiny mezi objekty z druhé množiny, což se nazývá podmíněná relativní četnost. V rámci popisné statistiky lze ověřovat i četnostní nezávislost, která obsahuje informace o původu objektu z jedné množiny, které však nemění naše očekávání o původu objektu z druhé množiny (Budíková, a další, 2010 str. 13).

Datový soubor získáme, pokud hodnoty znaků pro objekty výběrového souboru jsou uořádané do matice, přičemž řádky odpovídají jednotlivým objektům a sloupce

odpovídají znakům. Jednorozměrný datový soubor je pak libovolný sloupec této matice (Budíková, a další, 2010 str. 13).

Jak už jsem zmínila, mezi míry střední hodnoty patří aritmetický průměr, medián a modus. Tyto hodnoty znázorňují, kolem jakého čísla se data nacházejí, tedy, kde je jejich střed. Typ proměnné určuje typ střední hodnoty (Hendl, a další, 2019 str. 227).

Aritmetický průměr se nejčastěji využívá pro odhad střední hodnoty u kardinálních proměnných a vyjadřuje součet všech hodnot souboru vydělený jejich počtem. Vzorec

pro aritmetický průměr je $\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n}$ (Hendl, a další, 2019 stránky 227, 228).

Používá se proto, neboť bere v potaz všechny hodnoty a je tak spolehlivým ukazatelem střední hodnoty. Avšak pokud jsou data asymetrická, pak není tento průměr příliš vhodný. V těchto případech se pak používá například medián (Hendl, a další, 2019 str. 229).

„Medián výběrový soubor dělí na dvě poloviny – 50 % hodnot je nižší než medián a 50% hodnot je větší než medián.“ (Hendl, a další, 2019 str. 229). Při výpočtu mediánu je důležité seřadit hodnoty vzestupně, pokud má soubor lichý počet prvků, znamená to, že hodnota, která je přímo uprostřed je medián. Nicméně, pokud soubor obsahuje sudý počet prvků, medián určíme pomocí aritmetického průměru mezi hodnotami proměnné s pořadím $n/2$ a $n/2 + 1$ (Hendl, a další, 2019 str. 229).

To, kterou hodnotu či kategorii nabývá proměnná nejčastěji zobrazuje modus. Při zvýšené míře dvou hodnot či kategorií v daném souboru dat se uvádí, že má soubor dva mody. Jinými slovy se dá říci, že určitá množina dat může mít více modů anebo nemusí mít žádný jasný modus (Hendl, a další, 2019 str. 229).

Popisná statistika určuje také minimum a maximum, a to u kardinálních proměnných. Logicky z toho vyplývá, že nejnižší hodnota je minimem a nejvyšší hodnota v daném souboru je maximem (Hendl, a další, 2019 str. 280).

Směrodatná odchylka je přirozená míra rozptýlenosti v jednotkách měřené proměnné. Definuje se jako druhá odmocnina z rozptylu (Hendl, a další, 2019).

Kromě toho ve své práci pracuji se třemi typy znaků, které třídíme dle toho, do jaké míry lze jejich číselné hodnoty obsahově interpretovat. Jedná se o znaky nominální, ordinální

a metrické, které se dále dělí na intervalové a poměrové znaky (Budíková, a další, 2010 str. 36).

Nominální znaky můžeme obsahově interpretovat pouze v případě relace rovnosti. To znamená, že dvě varianty mohou být buď stejné nebo různé. Přiřazení čísel k jednotlivým variantám znaku neznamena skutečnou hodnotu čísel, nýbrž pouhé označení těchto variant. Mezi tyto znaky lze zařadit například barva očí, rodinný stav nebo třeba typ profese (Budíková, a další, 2010 str. 39).

Oproti tomu ordinální znaky lze obsahově interpretovat nejen u relace rovnosti, ale také u relace uspořádání. Jinými slovy, pokud lze konstatovat, že například první varianta je větší než jiná varianta. Příkladem je pak školní klasifikace nebo posuzování zdravotního stavu pacientů (Budíková, a další, 2010 str. 39).

Avšak intervalové znaky se dají interpretovat jak v případě relace rovnosti i uspořádání, tak i u operace rozdílu, což znamená stejný rozdíl mezi jednou dvojicí hodnot a jinou dvojicí hodnot, který představuje i stejný rozdíl ve zkoumané vlastnosti objektů. Například se jedná o teplotu naměřenou ve stupních Celsia, směr větru apod. (Budíková, a další, 2010 str. 39).

Poměrové znaky se interpretují kromě u relací rovnosti, relací uspořádání a u operací rozdílu, také u operací podílu. Jinými slovy stejný poměr mezi jednou dvojicí hodnot a jinou dvojicí hodnot udává i stejný podíl ve zkoumané vlastnosti objektů. Poměrovými znaky jsou například délka předmětu měřená v cm, hmotnost osoby v kg atd. (Budíková, a další, 2010 str. 39).

Mezi důležité pojmy lze zařadit i testy statistických hypotéz, které jsou podstatnou částí matematické statistiky a prověřují, zda konkrétní hypotéza o základním souboru s omezeným počtem dat je platná. Vysoká pravděpodobnost platnosti je 0,95 a malá doplňková pravděpodobnost je 0,05, což znamená, že je hypotéza zamítnuta, i přesto, že je platná. Nicméně může nastat i situace, kdy bude hypotéza přijata, i když je nesprávná. To znamená, že statistické rozhodnutí je zatíženo těmito dvěma typy chyb (Holický, 2015 stránky 101, 102). „*Základní testy statistických hypotéz prověřují odchylky souborových průměrů od průměrů základních souborů, odchylky rozptylů souborů od rozptylů základních souborů, rozdíly průměrů a modelů s dostupnými daty a testy odlehlých pozorování.*“ (Holický, 2015 str. 101).

7 Etické aspekty výzkumu

Etické aspekty je důležité řešit v každém výzkumu, který se nějakým způsobem dotýká člověka (Švaříček, a další, 2007 str. 43). Vzhledem k tomu, že tento výzkum je prováděn na poli sociální práce a metodou tohoto výzkumu byl strukturovaný rozhovor, dbala jsem na zásadní hodnoty sociální práce s klientem. To znamená, že jsem přistupovala ke každému respondentovi důstojně a s respektem, srozumitelně jsem vysvětlila účel výzkumu a seznámila jsem respondenty s anonymitou.

Při realizaci výzkumu by mohlo dojít k jistému etickému dilematu, a to, pokud bych dle dotazníku MBI zjistila, že je respondent vyhořený. Poté bych si kladla otázku, zda je správné dodržet klientovu anonymitu a neseznámit tak sociálního pracovníka s tím, že je klient vyhořený. Anebo ve prospěch respondenta porušit anonymitu a obeznámit sociálního pracovníka s problémem klienta, aby mohl sociální pracovník klientovi pomoci.

Nicméně k takovému dilematu v rámci tohoto výzkumu nedošlo, neboť byl sociální pracovník vždy předem domluven s klientem/respondentem, že bude přítomný u strukturovaného rozhovoru. Zároveň měl každý respondent na výběr, zda chce vyhodnotit MBI dotazník a zjistit tak, do jaké míry je vyhořený, nebo si vyhodnocení nepřejde. Avšak každý respondent měl zájem o vyhodnocení a díky tomu mohl sociální pracovník společně s klientem nastavit další intervenci a následně eliminovat příznaky syndromu vyhoření.

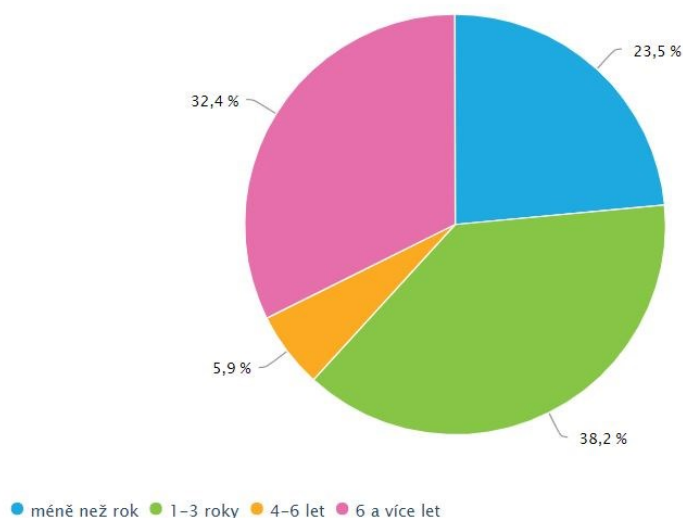
8 Výsledky výzkumu

V následující kapitole představím výsledky výzkumu, kde popíši demografické údaje a další proměnné, celkovou míru syndromu vyhoření v jednotlivých subškálách a následně se zaměřím na míru syndromu vyhoření a deskriptivní vazbu na proměnné.

8.1 Demografické údaje a další proměnné

V této podkapitole znázorním výsledky konkrétních demografických položek a dalších proměnných, které jsou významné pro další výsledky tohoto výzkumu.

První zkoumaná oblast se zaměřuje na **délku a intenzitu péče** u neformálních pečovateli. Tento graf ukazuje, že nejvíce respondentů (38,2%) pečuje o svého blízkého 1-3 roky. Velkou část respondentů, tedy 32,4%, lze označit za dlouhodobé neformální pečovatele, neboť vykonávají tuto činnost po dobu 6 nebo více let.



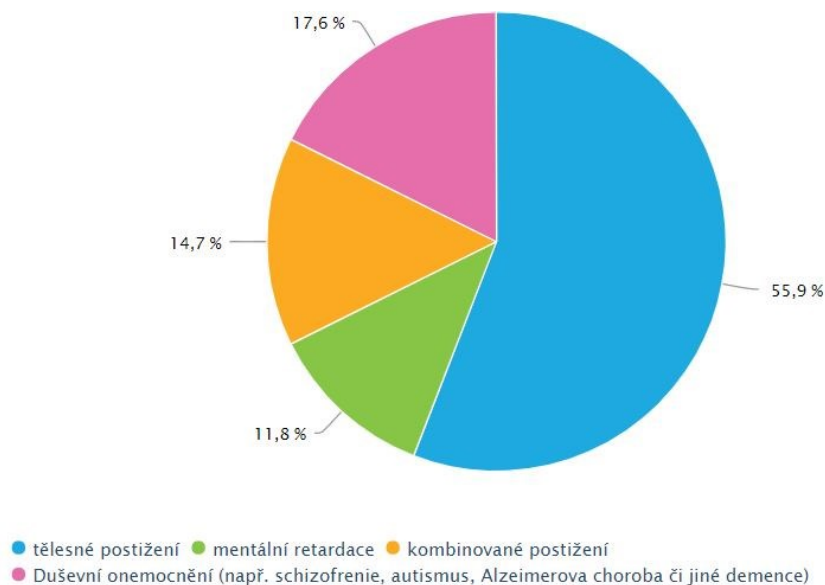
Graf 1 Délka péče

Kromě toho je z výzkumu patrné, že 94,1% respondentů poskytuje domácí péči po celý týden. Jak jsem již zmínila v kapitole 3.2, mezi respondenty jsou pouze ty osoby, kterým je poskytnuta pomoc od projektu v plném rozsahu, tudíž pečují o danou osobu více než 20 hodin týdně.

Dále jsem se snažila zjistit informace o tom, jak respondenti vnímají svůj **zdravotní stav**. Nejvíce, tedy 32,4%, odpovědělo, že se po zdravotní stránce necítí ani dobře ani špatně.

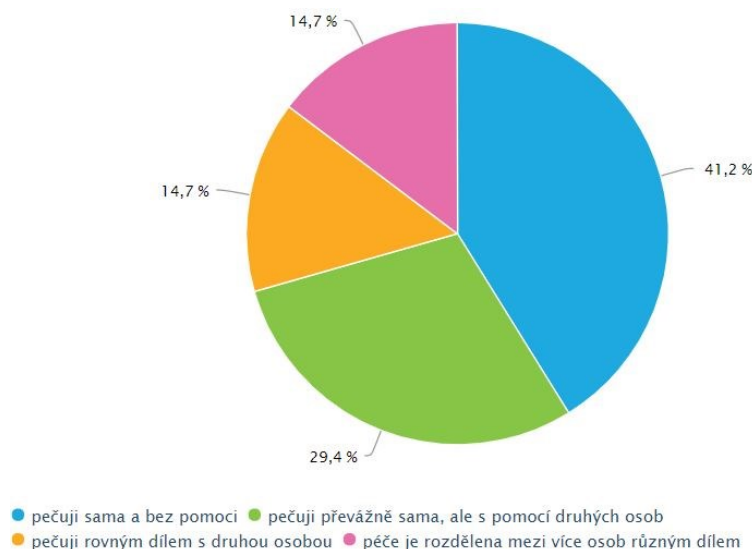
26,5% respondentů se cítí spíše dobře a 20,6% pečujících na sobě pozoruje, že na tom nejsou zdravotně nejlépe. Dokonce 14,7% z celkového počtu respondentů vnímá svůj zdravotní stav jako velmi špatný.

V následujícím grafu je zachycený přehled zdravotního stavu u osob závislých na péči. Většina těchto osob (55,9%) má tělesné postižení, které jim znemožňuje plnou soběstačnost. Dále je to 17,6% osob, které trpí nějakým duševním onemocněním a 14,7% osob je postiženo kombinovaně. Nejmenší procento v tomto výzkumu tvoří osoby s mentální retardací.



Graf 2 Zdravotní stav osoby závislé na péči

Ve výzkumu jsem se zaměřovala i na **systém poskytování péče** v rámci rodiny a blízkého okolí. Zjistila jsem, že 41,2% respondentů pečuje o svého blízkého bez pomoci ostatních členů rodiny a přátel. Dále je to 29,4% osob, které pečují převážně sami, ale s pomocí druhých osob.



Graf 3 Systém poskytování neformální péče

V rámci výzkumu jsem se respondentů ptala, jak často využívají **pomoc od projektu Podpora pečujících**. Denně tuto pomoc využívá 32,4% respondentů a několikrát týdně ji využívá 23,5% respondentů. Méně často, tedy několikrát do měsíce, je projekt využíván 23,5% respondentů a 20,6% z celkového počtu respondentů využívá Podporu pečujících jen několikrát do roka.

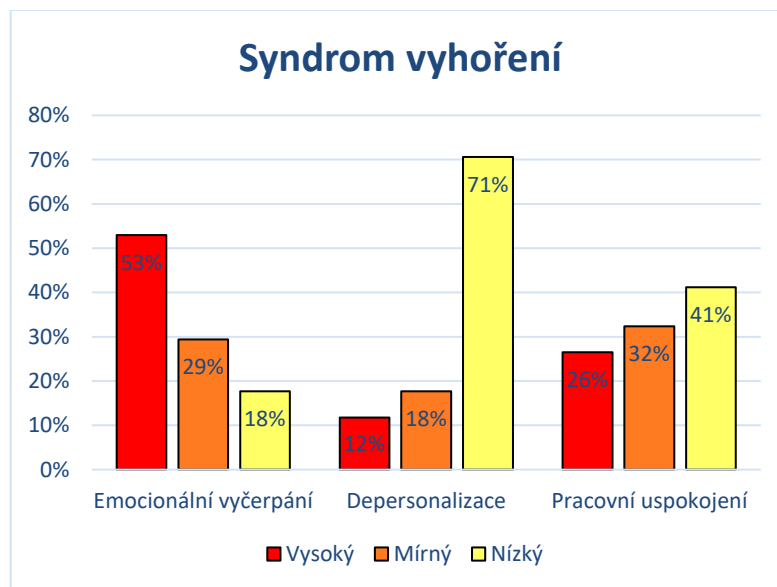
Mezi faktory, které ovlivňují syndrom vyhoření jsem zařadila i **volný čas pečovatele**. Ve výzkumu se ukázalo, že 26,5% respondentů nemá vůbec žádný volný čas pro sebe. Dalších 14,7% neformálních pečujících odpovědělo, že má nedostatek volného času pro sebe. Jen 2,9% respondentů má dostatek volného času a 17,6% neformálních pečovatelů vnímá, že mají docela dost volného času pro sebe.

Nicméně i **věk a pohlaví** neformálních pečujících jsou zařazeny mezi důležité faktory v rámci tohoto výzkumu. Potvrdilo se, že ženy zastupují výrazně větší procento pečujících než muži. Mezi mými respondenty je tedy 79,4% žen a pouze 20,6% mužů, kteří pečují o osobu závislou na péči. Velké procento respondentů (64,7%) je v postproduktivním věku. V produktivním věku je 35,3% osob.

8.2 Syndrom vyhoření

Následující graf vyobrazuje všechny tři pozorované subškály syndromu vyhoření. Dá se říci, že nejvíce vyhořelých pečujících, tedy 53%, je vyhořeno v oblasti emocionálního vyčerpání a 29% respondentů je již mírně zasaženo syndromem vyhoření na této úrovni.

V oblasti depersonalizace je burnoutem postihnuto pouze 12% respondentů a 18% osob je mírně ohroženo. Kromě toho, v této oblasti je nejvýraznější procento (71%) těch pečujících, které nejsou vyhořeli. V rámci pracovního uspokojení je pak vyhořeno 26% neformálních pečovateli a 32% respondentů může pociťovat mírné příznaky syndromu vyhoření.



Graf 4 Míra syndromu vyhoření v jednotlivých subškálách

V následující tabulce je zobrazená sumarizace výsledků z dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI). V oblasti emocionálního vyčerpání lze pozorovat, že průměr je 28,6 ($\sigma=14,9$), což znamená vysoký stupeň syndromu vyhoření. Maximálně lze dosáhnout 63 bodů, přičemž maximální hodnota u respondentů tohoto výzkumu bylo 54. Minimální hodnota je 0 a je to zároveň i nejmenší hodnota v rámci tohoto výzkumného vzorku.

Průměr hodnot ze subškály depersonalizace je 4,9 ($\sigma=5,6$), což vyjadřuje nízký stupeň vyhoření. Maximální naměřená hodnota je 18, přičemž lze dosáhnout až 35 bodů a minimální hodnota je 0 bodů.

V oblasti osobního uspokojení z práce se jedná o mírný stupeň syndromu vyhoření, neboť průměr činí 33,7 ($\sigma=8,2$). Tato subškála je zvýrazněna žlutě, protože je v rámci MBI vyhodnocována jiným způsobem než předchozí dvě subškály. Maximální naměřená hodnota je 51 z 56 bodů. Nejmenší hodnota v této oblasti může být 0, nicméně v rámci tohoto výzkumu činí minimum 15 bodů.

MBI	Emocionální vyčerpání	Depersonalizace	Osobní uspokojení z práce
Průměr	28,6	4,9	33,7
Směrodatná odchylka	14,9	5,6	8,2
Standartní chyba střední hodnoty	2,55	0,96	1,41
Minimum	0	0	15
Maximum	54	18	51

Tabulka 1 Celkové průměrné hodnoty v jednotlivých subškálách

8.3 Míra syndromu vyhoření a deskriptivní vazba na proměnné

V následujících tabulkách popíšeme míru syndromu vyhoření a deskriptivní vazbu na proměnné. Syndrom vyhoření bude dále rozdělen na tři subškály, a to emocionální vyčerpání, depersonalizaci a osobní uspokojení z práce.

8.3.1 Délka péče

V první tabulce je znázorněna délka péče a míra syndromu vyhoření. V subškále emocionální vyčerpání lze pozorovat, že vysoká míra syndromu vyhoření přímo úměrně stoupá s délkou péče. Mírná míra syndromu vyhoření je nejčastěji u osob, kteří pečují méně než 1 rok a nízká míra burnoutu je v této oblasti nejméně patrná.

V subškále depersonalizace je to jiné, neboť převládá nízká míra syndromu vyhoření u všech kategorií odpovědí. Více než 62% osob tedy není ohroženo syndromem vyhoření v této oblasti.

Poslední subškála znázorňuje osobní uspokojení z práce v souvislosti s délkou péče. U 38% z těch, kteří pečují méně než 3 roky, se objevuje vysoká míra syndromu vyhoření. Avšak ti, kteří pečují déle, nejsou téměř zasaženi vysokým stupněm vyhoření. Více než polovina (55%) z respondentů pečujících déle než 6 let je již mírně postihnuto syndromem vyhoření.

Délka péče	Míra syndromu vyhoření									Souhrn
	Emocionální vyčerpání			Depersonalizace			Osobní uspokojení z práce			
	Vysoká	Mírná	Nízká	Vysoká	Mírná	Nízká	Vysoká	Mírná	Nízká	
méně než rok	25%	63%	13%	13%	13%	75%	38%	38%	25%	24%
1-3 roky	46%	15%	38%	15%	23%	62%	38%	15%	46%	38%
4-6 let	100%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	100%	6%
více než 6 let	73%	27%	0%	9%	18%	73%	9%	55%	36%	32%

Tabulka 2 Míra syndromu vyhoření v souvislosti s délkou péče

8.3.2 Zdravotní stav pečujícího a zdravotní stav opečovávaného

Druhá tabulka znázorňuje subjektivní hodnocení zdravotního stavu dle neformálního pečovatele. Vysoká míra syndromu vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání má procentuálně největší zastoupení ze všech tří mír vyhoření. 100% respondentů, kteří se cítí velmi špatně po zdravotní stránce, trpí vysokou mírou syndromu vyhoření. Druhé největší zastoupení s vysokou mírou syndromu vyhoření (86%) je u těch osob, kteří se cítí zdravotně špatně. Nicméně i ti, co se cítí dobře, jsou zasaženi burnoutem (78%).

Avšak v rámci depersonalizace vyplývá, že většina respondentů není zasažena syndromem vyhoření v souvislosti se subjektivním vnímáním zdravotního stavu. Ale i přesto, 40% z těch, kteří vnímají svůj zdravotní stav za velmi špatný, je mírně ohroženo depersonalizací.

V oblasti osobního uspokojení z práce lze pozorovat, že vysoká míra syndromu vyhoření se vůbec neobjevuje u respondentů, kteří se cítí špatně anebo velmi špatně, avšak čím lépe se respondenti cítí, tím více jsou zasaženi syndromem vyhoření ve vysoké míře. Naopak čím hůře se po zdravotní stránce cítí respondenti, tím více z nich není vyhořeno oblastí osobního uspokojení z práce.

Zdravotní stav pečujícího	Míra syndromu vyhoření									Souhrn
	Emocionální vyčerpání			Depersonalizace			Osobní uspokojení z práce			
	Vysoká	Mírná	Nízká	Vysoká	Mírná	Nízká	Vysoká	Mírná	Nízká	
1	100%	0%	0%	20%	40%	40%	0%	0%	100%	15%
2	86%	0%	14%	0%	14%	86%	0%	29%	71%	21%
3	45%	27%	27%	27%	18%	55%	27%	45%	27%	32%
4	11%	78%	11%	0%	0%	100%	56%	33%	11%	26%
5	50%	0%	50%	0%	50%	50%	50%	50%	0%	6%

1 = velmi špatně, 5 = velmi dobře

Tabulka 3 Míra syndromu vyhoření v souvislosti se zdravotním stavem pečujícího

Předchozí tabulka se zaměřovala na zdravotní stav neformálního pečujícího, následující tabulka ukazuje také zdravotní stav, avšak u osoby závislé na péči. V emocionálním vyčerpání je znázorněno, že 47 a více procent respondentů je vyhořelých na vysoké úrovni. Nejvíce, tedy 67% respondentů, kteří jsou takto vyhořelí, pečují o osobu s nějakým duševním onemocněním. V oblasti depersonalizace zřetelně převládá nízká míra syndromu vyhoření. Dle zdravotního stavu opečovávaného v oblasti osobního uspokojení z práce lze vyzpozorovat, že 75% osob pečujících o člověka s mentální retardací je již mírně zasaženo burnoutem a 25% je velmi výrazně postihnuto tímto syndromem.

Zdravotní stav opečovávaného	Míra syndromu vyhoření									Souhrn
	Emocionální vyčerpání			Depersonalizace			Osobní uspokojení z práce			
	Vysoká	Mírná	Nízká	Vysoká	Mírná	Nízká	Vysoká	Mírná	Nízká	
tělesné postižení	47%	32%	21%	11%	21%	68%	37%	26%	37%	56%
mentální postižení	50%	25%	25%	0%	0%	100%	25%	75%	0%	12%
kombinované postižení	60%	20%	20%	0%	40%	60%	20%	20%	60%	15%
duševní nemoc	67%	33%	0%	33%	0%	67%	0%	67%	33%	18%

Tabulka 4 Míra syndromu vyhoření v souvislosti se zdravotním stavem opečovávaného

8.3.3 Pohlaví a věk pečujících

Z tabulky, která vyobrazuje pohlaví v souvislosti se syndromem vyhoření je patrné, že v oblasti emocionálního vyčerpání je 63% žen, které jsou velmi závažně postihnuty syndromem vyhoření a 22% žen je ohroženo. Naopak u mužů je to jen 14%, kteří jsou závažně postihnuty burnoutem, ale 57% mužů je ohroženo. V oblasti depersonalizace je to u obou pohlaví podobné, tedy většina mužů (86%) i žen (67%) nejsou ohroženy syndromem vyhoření v této subškále. V oblasti osobního uspokojení je syndromem vyhoření na závažné úrovni zasaženo 26% žen a 29% mužů.

Pohlaví	Míra syndromu vyhoření									Souhrn
	Emocionální vyčerpání			Depersonalizace			Osobní uspokojení z práce			
	Vysoká	Mírná	Nízká	Vysoká	Mírná	Nízká	Vysoká	Mírná	Nízká	
žena	63%	22%	15%	11%	22%	67%	26%	33%	41%	79%
muž	14%	57%	29%	14%	0%	86%	29%	29%	43%	21%

Tabulka 5 Míra syndromu vyhoření v souvislosti s pohlavím pečujících

Další kategorie, kterou jsem se zabývala v tomto výzkumu je věk neformálního pečovatele. Z následující tabulky lze vyčíst, že u 68% osob v postproduktivním věku (60 a více let) se vyskytuje syndrom vyhoření ve vysoké míře. A pouze 18% není syndromem ohroženo. U respondentů, kteří se nachází v produktivním věku, je vysokou mírou vyhoření postihnuto 25%, nicméně 58% je ohroženo.

Ze subškály, která se týká depersonalizace v souvislosti s věkem, vyplývá, že 83% osob v produktivním věku a 64% osob v postproduktivním věku není vůbec ohroženo syndromem vyhoření.

Každopádně v oblasti osobního uspokojení z práce je 50% osob v produktivním věku s vysokou mírou syndromu vyhoření a 50% je ohroženo tímto syndromem. To znamená,

že všichni respondenti v produktivním věku jsou nějak zasaženi burnoutem. Naopak 64% osob v postproduktivním věku není vůbec ohroženo.

Věk	Míra syndromu vyhoření									Souhrn
	Emocionální vyčerpání			Depersonalizace			Osobní uspokojení z práce			
	Vysoká	Mírná	Nízká	Vysoká	Mírná	Nízká	Vysoká	Mírná	Nízká	
produktivní věk	25%	58%	17%	8%	8%	83%	50%	50%	0%	35%
postproduktivní věk	68%	14%	18%	14%	23%	64%	14%	23%	64%	65%

Tabulka 6 Míra syndromu vyhoření v souvislosti s věkem pečujícího

8.3.4 Systém poskytování péče v rodině

Systém poskytování péče se zaměřuje na to, jak je dlouhodobá péče rozdělena v rodině. V rámci subškály emocionálního vyčerpání lze pozorovat, že převládá u všech kategorií odpovědí vysoká míra syndromu vyhoření. Výjimkou jsou respondenti, kteří pečují rovným dílem s druhou osobou. V tomto případě je největší procento z nich (60%) mírně ohroženo syndromem vyhoření a 20% je již vyhořeno.

Nízká míra syndromu vyhoření v souvislosti se systémem poskytování péče v rodině výrazně převládá v oblasti depersonalizace. Pouze u 29% osob pečujících bez pomoci je vysoká míra syndromu vyhoření a dalších 21% je mírně ohroženo.

Poslední subškála znázorňuje osobní uspokojení z práce v souvislosti se systémem poskytování péče v rodině. Vysoká míra syndromu vyhoření se objevuje u 80% těch respondentů, kteří pečují rovným dílem s druhou osobou a 20% se ocitá v mírné míře vyhoření.

Systém poskytování péče v rodině	Míra syndromu vyhoření									Souhrn
	Emocionální vyčerpání			Depersonalizace			Osobní uspokojení z práce			
	Vysoká	Mírná	Nízká	Vysoká	Mírná	Nízká	Vysoká	Mírná	Nízká	
pečuje sám/a a bez pomoci	57%	29%	14%	29%	21%	50%	21%	43%	36%	41%
pečuje převážně sám/a, ale s pomocí	60%	10%	30%	0%	10%	90%	10%	30%	60%	29%
pečuje rovným dílem s druhou osobou	20%	60%	20%	0%	20%	80%	80%	20%	0%	15%
pečuje více osob různým dílem	60%	40%	0%	0%	20%	80%	20%	20%	60%	15%

Tabulka 7 Míra syndromu vyhoření v souvislosti se systémem poskytování péče v rodině

8.3.5 Volný čas pečujícího

Z následující tabulky, která vyobrazuje subjektivní hodnocení dostupnosti volného času neformálního pečujícího v souvislosti se syndromem vyhoření je patrné, že vysoká míra syndromu vyhoření přímo úměrně stoupá s nedostatkem volného času pečovatele v oblasti emocionálního vyčerpání. Ukázalo se, že 100% respondentů, kteří vnímají, že mají dostatek volného času pro sebe není vůbec ohroženo syndromem vyhoření v rámci emocionálního vyčerpání. Naopak 89% osob s žádným volným časem pro sebe je vyhořeno a zbývajících 11% je ohroženo.

Nízká míra syndromu vyhoření v subškále depersonalizace je obvyklá u většiny předchozích oblastí a ani v tomto případě tomu není jinak. I přesto, že u 100% respondentů, kteří mají dostatek volného času, se projevuje vysoká míra syndromu vyhoření, nelze vyvozovat závěry, neboť dostatek volného času vnímá pouhých 3% respondentů.

Subškála osobního uspokojení z práce znázorňující míru burnoutu v souvislosti s volným časem pečujícího ukazuje, že 78% respondentů s žádným volným časem pro sebe není vůbec zasaženo syndromem.

Volný čas pečovatele	Míra syndromu vyhoření									Souhrn
	Emocionální vyčerpání			Depersonalizace			Osobní uspokojení z práce			
	Vysoká	Mírná	Nízká	Vysoká	Mírná	Nízká	Vysoká	Mírná	Nízká	
1	89%	11%	0%	22%	22%	56%	22%	0%	78%	26%
2	80%	20%	0%	0%	40%	60%	0%	20%	80%	15%
3	46%	31%	23%	0%	15%	85%	38%	38%	23%	38%
4	0%	83%	17%	17%	0%	83%	17%	83%	0%	18%
5	0%	0%	100%	100%	0%	0%	100%	0%	0%	3%

1 = žádný volný čas, 5 = dostatek volného času

Tabulka 8 Míra syndromu vyhoření souvislosti s volným časem pečujícího

8.3.6 Projekt Podpora pečujících

Vzhledem k tomu, že všichni respondenti jsou klienty projektu Podpora pečujících, následující graf vymezuje míru syndromu vyhoření v souvislosti s intenzitou podpory od tohoto projektu.

Výsledky jsou takové, že 71% respondentů, kteří využívají pomoc od projektu pouze několikrát do roka, vykazují vysokou míru syndromu vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání. Nicméně 63% respondentů, kterým projekt pomáhá několikrát týdně, jsou také

vyhoření v rámci této subškály. Oblast depersonalizace vyjadřuje, že opět většina respondentů nejsou vůbec zasaženi syndromem vyhoření.

Pomoc od projektu Podpora	Míra syndromu vyhoření									Souhrn
	Emocionální vyčerpání			Depersonalizace			Osobní uspokojení z práce			
	Vysoká	Mírná	Nízká	Vysoká	Mírná	Nízká	Vysoká	Mírná	Nízká	
denně	45%	45%	9%	9%	9%	82%	27%	18%	55%	32%
několikrát do týdne	63%	13%	25%	13%	13%	75%	38%	50%	13%	24%
několikrát do měsíce	38%	50%	13%	13%	25%	63%	13%	50%	38%	24%
několikrát do roka	71%	0%	29%	14%	29%	57%	29%	14%	57%	21%

Tabulka 9 Míra syndromu vyhoření v souvislosti s pomocí od projektu Podpora Pečujících

9 Diskuze a implikace pro praxi sociální práce

Výzkumná otázka se zaměřila na míru syndromu vyhoření a dalších relevantních proměnných u neformálních pečujících v projektu Podpora pečujících. Mezi tyto proměnné patří délka a intenzita péče, zdravotní stav pečujícího a zdravotní stav osoby závislé na péči, pohlaví a věk pečovatele, systém poskytování péče a také volný čas pečujícího.

Haejung a kol. (2010 stránky 40-41) ve svém výzkumu zjistili, že se u neformálních pečujících vyskytuje vyšší míra emočního vyčerpání a snížení osobního výkonu než u profesionálních pomáhajících pracovníků. Já jsem ve svém výzkumu zjistila, že nejvíce vyhořených neformálních pečujících je vyhořeno právě v oblasti emočního vyčerpání. Jak v oblasti depersonalizace, tak v oblasti osobního uspokojení z práce vysoká míra syndromu vyhoření nepřevažuje. Křivohlavý (2012 stránky 54-55) tvrdí, že tato oblast je nejměrodatnějším ukazatelem přítomnosti syndromu vyhoření a je charakterizována ztrátou chuti k životu či absencí motivace k nějaké aktivitě.

Jako první se objeví emocionální vyčerpání, což postupně vede k depersonalizaci, kdy se osoba snaží distancovat od ostatních a dochází tak k sociální izolaci. Tyto dva faktory, tedy emocionální vyčerpání a depersonalizace, se spojí a ovlivní výkonnost. Objevuje se tak třetí faktor, což je snížená efektivita práce. Důvodem je to, že práce za této situace ztrácí smysl a význam (Křivohlavý, 2012 stránky 85-86).

V tomto výzkumu jsem se, mimo jiné, zaměřovala i na délku a intenzitu péče v souvislosti se syndromem vyhoření a zjistila jsem, že míra syndromu vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání přímo úměrně stoupá s délkou péče. Valenta a Michalík (2008 str. 57) svým výzkumem prokázaly mimořádnou náročnost dlouhodobé péče o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením. K dlouhodobé péči by se tedy mělo přistupovat nejen jako k mimořádně náročné aktivitě, ale také jako ke společensky velmi přínosné činnosti. Pozitivní však je, že v oblasti depersonalizace převládá nízká míra syndromu vyhoření u všech kategorií odpovědí. Nicméně zpozornět by měli ti, kteří pečují déle než 6 let, neboť většina z respondentů je ohrožená syndromem vyhoření v oblasti osobního uspokojení z práce.

Pospíšil (2015 str. 28) tvrdí, že u neformálních pečovatelů může, mimo jiné, docházet ke zhoršování fyzického i psychického zdravotního stavu, a to v důsledku délky a náročnosti péče. Také Haejung (2010 str. 43) má za to, že kvalitní a efektivní péče může být jen tehdy, pokud i pečující jsou zdraví a dobře přizpůsobení péči a z toho důvodu je důležitá i jejich psychická pohoda a tělesné zdraví. Z mého výzkumu vyplývá, že v oblasti emocionálního vyčerpání u všech respondentů, kteří odpověděli, že se cítí po zdravotní stránce velmi špatně se objevuje vysoká míra syndromu vyhoření. Nicméně i většina respondentů, kteří se cítí po zdravotní stránce špatně trpí vysokou mírou syndromu vyhoření. Stejně tak Dohnalová a Hubíková (dle Glendinning et al.,2009:55) píše, že u většiny neformálních pečovatelů poskytujících intenzivní péči se časem objevují a rozvíjejí zdravotní potíže. Může tedy docházet například ke spánkové deprivaci, stresu, napětí nebo k emocionálnímu vyčerpání. Každopádně z mého výzkumu je patrné i to, že většina z těch respondentů, kteří se cítí po zdravotní stránce dobře, jsou ohroženi syndromem vyhoření.

Při porovnání subškály depersonalizace se subškálou emocionálního vyčerpání v souvislosti se zdravotním stavem pečujícího, jsem zjistila, že většina respondentů v rámci depersonalizace není zasažena vyhořením. Avšak překvapivá je subškála osobního uspokojení z práce, neboť lze pozorovat, že vysoká míra syndromu vyhoření se vůbec neobjevuje u respondentů, kteří se cítí špatně anebo velmi špatně, avšak čím lépe se respondenti cítí, tím více jsou zasaženi syndromem vyhoření ve vysoké míře. Naopak čím hůře se po zdravotní stránce cítí respondenti, tím více z nich není vyhořeno oblastí osobního uspokojení z práce.

V rámci tohoto výzkumu jsem zkoumala nejen zdravotní stav pečujícího v souvislosti se syndromem vyhoření, ale také zdravotní stav osoby závislé na péči. Iavarone (2014 str. 1411) totiž ve svém výzkumu zjistil, že u pečujících, kteří se starají o osoby s Alzheimerovou chorobou, byla zátěž vysoce ovlivněná závažností této nemoci. Z mého výzkumu vyplynulo, že 67% vyhořených osob v oblasti emocionálního vyčerpání jsou ty osoby, které pečují o člověka s nějakým duševním onemocněním. V oblasti osobního uspokojení je to také 67% respondentů pečujících o osobu s duševní nemocí, kteří jsou ohroženi vyhořením. Avšak v oblasti depersonalizace převládá většina respondentů, kteří nejsou nijak zasaženi syndromem vyhoření.

Poschkamp (2013 str. 49) uvádí, že ženy jsou daleko více emocionálně zainteresovány než muži, což má vliv na maximální nasazení u rodinných i pracovních povinností. To znamená, že u žen může snadněji dojít k emočnímu vyčerpání. Smím konstatovat, že v mém výzkumu jsou ženy výrazně více zasažené a ohrožené syndromem vyhoření než muži, neboť 63% žen je v rámci emocionálního vyčerpání vyhořeno a dalších 22% je ohroženo burnoutem, zatímco u mužů je to jen 14% respondentů, kteří jsou vyhořeni, avšak 57% mužů je ohroženo. Kromě toho i Jeřábek (2013 str. 49) uvádí, že ženy pečovatelky trpí po psychické stránce, a to především pokud se starají obětavě a důsledně po dlouhé roky bez vystřídání a volného času pro sebe. Dlouhodobá neformální péče je pro pečovatelky náročná časově, což může způsobovat až sociální izolaci.

Iavarone a kol. (2014 stránky 1407-1411) zjistili, že pro ženy a starší pečující obnáší péče o blízkého zvýšenou celkovou zátěž. Z podrobnější evaluace navíc vyplývá, že pro starší pečující je onou zátěží především fyzická zátěž a délka péče. U žen pečovatelek převládá emoční zátěž. To znamená, že ženy pravděpodobně poskytují kvalitnější péči pro nemocné, což má však negativní dopad na jejich emoční dimenzi a na životní styl. Výsledky z mého výzkumu ukazují, že v rámci subškály emocionálního vyčerpání se nachází 68% respondentů v produktivním věku ve vysoké míře syndromu vyhoření. Zatímco u respondentů v produktivním věku je to v porovnání jen 25%. Nicméně opačná situace je v oblasti osobního uspokojení z práce. V této subškále je více osob v produktivním věku, kteří jsou zasaženi vysokou mírou syndromu vyhoření. V oblasti depersonalizace převládá nízká míra syndromu vyhoření u obou kategorií.

Tošnerová (2001 str. 19) ve svém výzkumu ukazuje, že zátěž pečujícího souvisí s tím, zda je péče o nemocného zajišťována pouze jedním člověkem nebo se na péči podílí více osob. Kromě toho i Hubíková (2017 str. 7) zmiňuje, že se od těchto osob očekává, že zvládnou péči vlastními silami bez podpory ostatních blízkých osob a dochází tak k tomu, že pečující mají silný pocit závazku a zodpovědnosti. Navíc Jeřábek (2013 stránky 83-88) ve svém výzkumu poukazuje na to, že s růstem náročnosti péče neroste počet pečujících osob, čímž dochází k vyšší zátěži osob poskytujících péči. Jinými slovy rozsah a intenzita péče jsou úměrné potřebám osob závislých na péči. Já jsem ve svém výzkumu zjistila, že v rámci subškály emocionálního vyčerpání pečuje samo a bez pomoci celkem 57% respondentů, kteří trpí vysokou mírou syndromu vyhoření. Avšak vysoká míra syndromu vyhoření se objevuje ve větším množství u osob, kterým s péčí pomáhají další osoby. V oblasti depersonalizace jsou vyhořené pouze ty osoby, které pečují sami a bez

pomoci. Křivohlavý (2012 stránky 86-87) zmiňuje, že velmi významná je sociální opora pro osobu ohroženou vyhořením. Pokud je míra sociální opory nedostatečná, může dojít k tomu, že se objeví snížená výkonnost (PA) již zároveň s emocionální vyčerpaností (EE).

Pešek a kol. (2016 str. 24) a tvrdí, že zanedbávání svého volného času, tedy svých koníčků, ale i přátel, má vliv na syndrom vyhoření. Také Křivohlavý (2012 stránky 20-24) tvrdí, že syndrom vyhoření se objevuje u člověka, který neumí odpočívat, relaxovat, aby načerpal potřebnou energii. Z mého výzkumu je patrné, že v oblasti emocionálního vyčerpání vysoká míra syndromu vyhoření přímo úměrně stoupá s nedostatkem volného času pečovatele v oblasti emocionálního vyčerpání. Ukázalo se, že všichni respondenti, kteří vnímají, že mají dostatek volného času pro sebe nejsou vůbec ohroženi syndromem vyhoření v rámci emocionálního vyčerpání. Naopak 89% osob s žádným volným časem pro sebe je vyhořeno a zbývajících 11% je ohroženo. Také Michalík (2011 str. 105) ve svém výzkumu poukazuje na to, že pečující osoby nejčastěji pociťují velkou únavu a nedostatek volných chvílí jen pro sebe. Dlouhodobá péče má dopad na socio-psychickou stabilitu pečujících. Ale i Jeřábek (2013 stránky 99-103) ve svém výzkumu zjistil, že nejčastěji se pečovatelé vzdávají svého volného času, konkrétně se jedná o odpočinek, čas na sebe, dovolenou i záliby. Dá se tedy říci, že čas obětovaný osobě závislé na péči na úkor volného času stoupá s intenzitou pečování.

Většina pečujících vnímá péči o své blízké jako práci z lásky nebo povinnost v rámci mezigenerační solidarity, a to bez ohledu na institucionální podporu (Pospíšil, 2015 str. 28). Dobiášová a Kotrusová (2017 str. 24) tvrdí, že právě kvalitní a dostupné služby pro opečovávané nabízí i úlevu samotným pečujícím. Avšak pečující zasluhují větší péči a pozornost, neboť u nich dochází k psychické i fyzické zátěži. Nicméně z mého výzkumu vyplývá, že využívání pomoci od projektu Podpora pečujících denně nebo několikrát do týdne nepřináší nižší míru syndromu vyhoření. Jen v subškále depersonalizace je patrné, že většina respondentů v těchto dvou kategoriích odpovědí mají nízkou míru syndromu vyhoření, avšak vzhledem k předchozím výsledkům tohoto výzkumu je patrné, že celkově oblast depersonalizace představuje nejvíce respondentů, kteří mají nízkou míru syndromu vyhoření.

Z mého výzkumu vyplývá, že 53% respondentů je vyhořeno a dalších 29% respondentů je ohroženo syndromem vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání, což znamená, že by

se měla věnovat větší pozornost těmto ohroženým neformálním pečujícím. Stejně tak i Dobiášová a Kotrusová (2017 str. 24) tvrdí, že neformální péče je čím dál častěji vnímána jako nenahraditelná součást reformy sociální a zdravotní péče o seniory, nicméně v zákonech stále není dostatečně formulován status pečujících ani jejich práva. Jedná se o tzv. skrytou sociální skupinu, což znamená, že jejich potřeby jsou do určité míry definovány v souvislosti s osobami, kterým poskytují péči. Předpokládá se totiž, že kvalitní a dostupné služby pro opečovávané nabízí i úlevu samotným pečujícím. Avšak pečující zasluhují větší péči a pozornost, neboť u nich dochází k psychické i fyzické zátěži.

„Praxe je schopná reagovat na bezprostřední potřeby pečujících rychleji než státní správa a veřejná sociální politika.“ (Janečková, a další, 2017 str. 56). Objevují se svépomocné skupiny pečujících, které nabízejí sdílení, pochopení, posilu v péči, ale také i nová přátelství. Kromě toho se připravuje zásadní inovace v podobě koordinátorů podpory. Jejich náplní práce pak bude vyhledávání potřebných a ohrožených seniorů, ale také podpora pečujících rodin při zvládnutí péče o blízkého (Janečková, a další, 2017 stránky 56-57). Tošnerová (2001 str. 62) však oponuje tím, že i přesto, že skupiny pro podporu pečujícím jsou všeobecně chápány jako prospěšné, nesnižují zátěž pečujícího o osobu s demencí. Denní pečovatelské služby ulehčují situaci pečujícím, ale přesto nedochází ke změně celkové tělesné a duševní pohody. A dodává, že psychologickou zátěž může snížit metodické školení pečovatelů.

Jak už jsem zmínila, míra syndromu vyhoření úměrně roste s nedostatkem volného času, ale i s délkou péče o nemocného. Dle mého názoru, pro sociální práci z tohoto zjištění vyplývá, že by se sociální politika měla více zaměřit na neformální pečující jako na cílovou skupinu. Sociální sektor sice nabízí respitní služby, které umožňují odpočinek neformálních pečujícím, avšak nejsou to služby, které by přímo poskytovali pomoc osobě, která pečuje. Jak píše Haejung a kol. (2010 str. 43) kvalitní a efektivní péče může být jen tehdy, pokud i pečující jsou zdraví a dobře přizpůsobení péči a z toho důvodu je důležitá i jejich psychická pohoda a tělesné zdraví. To znamená, že pokud bude neformální pečovatel v pořádku po všech stránkách, bude poskytována také kvalitní péče pro nemocného. V tomto výzkumu jsem totiž zjistila, že u většiny pečovatelů, kteří se cítí po zdravotní stránce špatně nebo dokonce velmi špatně, se objevuje vysoká míra syndromu vyhoření. Když by existovala sociální služba určená přímo neformálním

pečujícím, nemusel by se u těchto osob vyskytovat syndrom vyhoření v takové míře, což by mohlo mít i pozitivní vliv i na poskytované péči nemocnému.

Je mnoho situací, kdy se osoba stane neformálním pečujícím ze dne na den. Otázkou je, kde tato osoba má zjistit, co vše tato péče obnáší, na jakou formu pomoci má nárok a kdo ji s péčí může pomoci. Dle mého názoru je potřeba sociální služba, která by poskytovala komplexní podporu jak pro nové pečující, tak i individuální psychologickou pomoc pro dlouhodobé pečující. To by mohlo vést k zabezpečení potřeb pečovatelů a eliminování příznaků syndromu vyhoření.

10 Limity výzkumu

Jak už jsem popsala v kapitole 3.4, data jsem chtěla sbírat pomocí dotazníků u klientů projektu Podpora pečujících. Avšak koordinátoři tohoto projektu svým klientům předkládají velké množství povinných evaluačních i jiných dotazníků a vyzorovali na klientech, že se přitom necítí komfortně a vyplnění dotazníků neodpovídá realitě. Naopak koordinátoři vědí, že klienti rádi hovoří o své situaci. Z toho důvodu jsme nakonec zvolili strukturovaný rozhovor. Což mělo výhody i nevýhody. Výhodou bylo to, že jsem měla daleko vyšší návratnost dotazníku a nedošlo k vynechání nějaké z otázek. I Disman (2002 str. 141) píše, že rozhovor je velmi pracná a časově náročná technika. Nicméně tento způsob dotazování klade daleko menší nároky na iniciativu dotazovaného a je pro něj těžší nezodpovědět některé otázky. Oproti dotazníku je proporce úspěšně dokončených rozhovorů podstatně vyšší.

Koordinátoři projektu byli velmi ochotní a snažili se sehnat co nejvíce respondentů. I přesto, že jsem data sbírala tak dlouhou dobu, nepodařilo se nám však uskutečnit více strukturovaných rozhovoru než 34. Vedoucí tohoto projektu mi na začátku sběru dat řekla, že mají přes 100 klientů, nicméně aktivních bylo výrazně méně. Navíc ne všichni klienti jsou sdílní a chtějí se účastnit výzkumu.

Výzkumnou část jsem detailně konzultovala po metodologické stránce a bylo mi navrženo zpracovat data ve statistickém programu JASP. Cílem bylo zjistit korelaci mezi syndromem vyhoření a stanovenými proměnnými. Nicméně metodoložka došla k závěru, že vzhledem k tomu, že je výzkumný vzorek tak malý, hodnoty, které nám program vygeneroval, nelze použít. Z toho důvodu mi navrhla zpracovat data popisnou statistikou.

Závěr

Tato práce se zaměřila na syndrom vyhoření u neformálních pečujících v regionu ORP Zábřeh a Mohelnice. Cílem bylo pomocí kvantitativního dotazníkového šetření zjistit míru syndromu vyhoření a dalších relevantních proměnných u neformálních pečujících v projektu Podpora pečujících. Mezi tyto proměnné jsem zařadila délku a intenzitu péče, zdravotní stav pečujícího i zdravotní stav osoby závislé na péči, pohlaví a věk pečovatele, systém poskytování péče a také volný čas pečujícího.

Vzhledem k tématu a cíli práce se teoretická část věnovala syndromu vyhoření u neformálních pečujících, kde jsem vymezila nejen syndrom vyhoření a neformální pečující, ale také jsem se zaměřila na faktory, které mohou mít vliv na míru syndromu vyhoření u zkoumaného vzorku.

Do empirické části jsem zahrnula cíl výzkumu, výzkumnou otázku, výzkumný soubor a popis sběru dat. Kromě toho jsem se věnovala i kapitole, která popisuje použité výzkumné metody a také jsem představila způsob analýzy dat. Konkrétněji to znamená, že se tato podkapitola zabývala popisnou statistikou a dalšími pojmy, které souvisí s výzkumnou částí této práce. V této části práce nechybí ani etické aspekty výzkumu a limity výzkumu. Výzkumná část práce obsahovala také výsledky výzkumu. Věnovala jsem pozornost demografickým údajům a dalším proměnným, celkovému hodnocení syndromu vyhoření v rámci jednotlivých subškál a také jsem prezentovala výsledky týkající se míry syndromu vyhoření včetně deskriptivní vazby na proměnné.

Výzkum se zaměřoval na neformální pečující z projektu Podpora pečujících v regionu ORP Zábřeh a Mohelnice. Z výzkumu vyplývá, že ze všech tří subškál bylo nejvíce vyhořených respondentů v subškále emocionálního vyčerpání. Přičemž Křivohlavý (2012 stránky 54-55) uvádí, že tato oblast je nejsměrodatnějším ukazatelem přítomnosti syndromu vyhoření. Dále dodává, že emocionální vyčerpání se objeví jako první, což postupně vede k depersonalizaci a tyto dvě oblasti se spojí a ovlivní výkonnost. Jinými slovy, objeví se třetí faktor, což je snížená efektivita práce (Křivohlavý, 2012 stránky 85-86).

Když se tedy zaměřím na oblast emocionálního vyčerpání jakožto na nejsměrodatnější ukazatel syndromu vyhoření, lze z mého výzkumu konstatovat, že míra syndromu

vyhoření přímo úměrně roste s délkou péče. Navíc jsem zjistila, že míra syndromu vyhoření přímo úměrně stoupá i s nedostatkem volného času pečovatele. V souvislosti se zdravotním stavem pečujícího je zjevné, že u respondentů, co se cítí špatně nebo dokonce velmi špatně, se objevuje vysoká míra syndromu vyhoření. Vysoká míra syndromu vyhoření se však objevuje i u většiny osob, které pečují o osobu s duševní nemocí. Dále lze říci, že míra syndromu vyhoření je výrazně vyšší u žen než u mužů. Z výzkumu je také patrné, že vysoká míra syndromu vyhoření je vyšší u osob v postproduktivním věku než u osob v produktivním věku.

Jelikož byl tento výzkum zaměřen na konkrétní projekt, tedy projekt Podpora pečujících, výzkumný vzorek byl poněkud malý, a tudíž jej nelze označit za reprezentativní vzorek. Bylo by tedy přínosné, kdyby se zrealizoval výzkum zaměřující se na syndrom vyhoření u neformálních pečujících na velkém, tedy reprezentativním vzorku, a následně by se zkoumala korelace mezi syndromem vyhoření a faktory, které mohou ovlivňovat syndrom vyhoření u neformálních pečujících. I Dobiášová a Kotrusová (2017 str. 24) tvrdí, že neformální péče je čím dál častěji vnímána jako nenahraditelná součást reformy sociální a zdravotní péče o seniory, nicméně v zákonech stále není dostatečně formulován status pečujících ani jejich práva. Jedná se o tzv. skrytou sociální skupinu, což znamená, že jejich potřeby jsou do určité míry definovány v souvislosti s osobami, kterým poskytují péči. Předpokládá se totiž, že kvalitní a dostupné služby pro opečovávané nabízí i úlevu samotným pečujícím. Avšak pečující zasluhují větší péči a pozornost, neboť u nich dochází k psychické i fyzické zátěži.

Bibliografický seznam

Birtha, Magdi a Holm, Kathrin. 2014. *Who cares? Study on the challenges and needs of family carers in Europe.* Brussels : autor neznámý, 2014.

Budíková, Marie, Králová, Maria a Maroš, Bohumil. 2010. *Průvodce základními statistickými metodami.* Praha : Grada Publishing, a. s., 2010.

Colombo, Francesca. 2011. *Help wanted? Providing and paying for long-term care.* Paris : OECD: health policy studies, 2011.

Disman, Miroslav. 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele.* 3. vyd. Praha : Univerzita Karlova v Praze Nakladatelství Karolinum, 2002.

Dobiášová, Karolína a Kotrusová, Miriam. 2017. Zasluhují si neformální pečující větší péči? Změny v sociální konstrukci neformálních pečujících a designu politiky dlouhodobé péče v ČR. *Sociální práce/Sociálna práca.* 2017, 6, stránky 22-41.

Dohnalová, Zdeňka a Hubíková, Olga. 2013. *Problematika lidí pečujících o blízkou osobu v městě Brně.* Brno : FSS MU, 2013.

Dudová, Radka a Volejníčková, Romana. 2014. Proč ženy pečují? Gender a neformální péče o seniory. *Gender, rovné příležitosti, výzkum.* červenec 2014, 1, stránky 41-54.

Geissler, Hana, a další. 2015. *Vstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR.* Praha : Fond dalšího vzdělávání, 2015.

Haejung, Lee a Jagdip, Singh. 2010. Appraisals, Burnout and Outcomes in Informal Caregiving. *Asian Nursing Research.* 2010, 1, stránky 32-44.

Havlíková, Jana. 2012. Mezigenerační vzájemná výpomoc v českých rodinách vyššího věku a její srovnání s vybranými evropskými zeměmi. *Sociální práce/Sociálna práca.* 2012, 4, stránky 102-112.

Hendl, Jan a Remr, Jiří. 2017. *Metody výzkumu a evaluace.* Praha : Portal, s. r. o., 2017.

Hendl, Jan, Seigl, Jakub a Moldan, Martin. 2019. *Základy matematiky, logiky a statistiky pro sociologii a ostatní společenské vědy v příkladech.* Praha : Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019.

Holický, Milan. 2015. *Aplikace teorie pravděpodobnosti a matematické statistiky.* Praha : České vysoké učení technické v Praze, 2015.

Honzák, Radkin. Burnout u personálu psychiatrické léčebny Horní Beřkovic. *Psychosom - časopis pro psychosomatickou a psychotherapeutickou medicínu.* [Online] [Citace: 21. Prosinec 2019.] <https://www.psychosom.cz/54-archiv/212-r-honzak-burnout-u-personalu>.

—. 2015. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření.* Praha : Vyšehrad, spol. s.r.o., 2015.

Hubíková, Olga. 2017. Otázka ustavení rodinných pečujících jako cílové skupiny sociální práce. *Sociální práce/Sociální práce.* 2017, 6, stránky 5-21.

Charita, Zábřeh. 2017. Interní dokument projektu Podpora pečujících . Zábřeh : autor neznámý, 2017.

Iavarone, Alessandro, a další. 2014. Caregiver burden and coping strategies in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Dove Press: Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 29. Červenec 2014, stránky 1407-1413.

Janečková, Hana, Dragomirecká, Eva a Jirkovská, Blanka. 2017. Výzkumy v oblasti neformální péče o seniory v České republice na počátku 21. století. *Sociální práce/Sociální práce.* 2017, 6, stránky 42-57.

Jeklová, Marta a Reitmayerová, Eva. 2006. *Syndrom vyhoření.* Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006.

Jeřábek, Hynek. 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory.* Praha : Sociologické nakladatelství , 2013.

Kebza, Vladimír a Šolcová, Iva. 2003. *Syndrom vyhoření.* Praha : Státní zdravotní ústav, 2003.

Koldinská, Kristýna. 2016. *Finanční podpora pečujících a návrhy na zlepšení systému dávek - příklady dobré praxe ze zahraničí .* Praha : Diakonie ČCE , 2016.

Kotrusová, Miriam, Dobiášová , Karolína a Hošťálková , Jitka. 2013. Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. *Fórum sociální politiky*. 2013, 6, stránky 10-20.

Krhutová, Lenka, a další. 2005. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa* . Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005.

Křivohlavý, Jaro. 2012. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, s. r. o., 2012.

— . **1998.** *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998.

Kubalčíková, Kateřina. 2012. Podpora neformálních pečovatelů v podmínkách poskytování sociálních služeb pro seniory v ČR: příklad Pečovatelské služby. *Sociální práce/Sociální práce*. 2012, 4.

Maroon, Istifan. 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha : Portál, s.r.o., 2012.

Matoušek, Oldřich a a kol. 2013. *Metody a řízení sociální práce*. Praha : Portál, s.r.o., 2013.

Matoušek, Oldřich. 2003. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha : Sociologické nakladatelství, 2003.

— . **2008.** *Slovník sociální práce*. Praha : Portál, s. r. o., 2008.

Michalík, Jan, a další. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha : Portál, s. r. o. , 2011.

Moravcová, Klára. 2013. *Prevence syndromu vyhoření a stress management*. Pardubice : Benepal, a.s., 2013.

Newberry, Alyssa G., a další. 2013. Exploring Spirituality in Family Caregivers of Patients With Primary Malignant Brain Tumors Across the Disease Trajectory. *Oncology Nursing Forum*. Květen 2013, stránky 119-125.

Novosad, Libor. 2011. *Tělesné postižení jako fenomém i životní realita*. Praha : Portál, s.r.o., 2011.

- Pešek, Roman a Praško, Ján. 2016.** *Syndrom vyhoření - jak se prací a pomáháním druhým nezničit.* Praha : Pasparta Publishing, s.r.o., 2016.
- Poschkamp, Thomas. 2013.** *Vyhoření: Rozpoznání, léčba, prevence.* Brno : Edika, 2013.
- Pospíšil, David. 2015.** *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025.* Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015.
- Reif, Jiří. 2004.** *Metody matematické statistiky.* Plzeň : Západočeská univerzita v Plzni , 2004.
- Reichel, Jiří. 2009.** *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2009. 978-80-247-3006-6.
- Sheardová, Kateřina. 2010.** Alzheimerova nemoc a zapojení pečovatele do boje o kvalitu života. *Neurologie pro praxi.* 2010, 3, stránky 172-176.
- Stock, Christian. 2010.** *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2010.
- Svobodová, Leona. 2018.** Sociální práce a podpora neformálně pečujících. *Listy sociální práce: Informační a odborný časopis (nejen) pro sociální pracovníky.* 2018, 6.
- Švaříček, Roman, Šed'ová, Klára a a kol. 2007.** *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* Praha : Portál, 2007.
- Tošnerová, Tamara. 2001.** *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky.* Praha : Ambulance pro poruchy paměti. Ústav lékařské etiky., 2001.
- Triantafillou, Judy, a další. 2010.** Informal care in the long-term care system. *European Overview Paper.* 2010.
- Valenta, Milan a Michalík, Jan. 2008.** *Výzkum pracovních kompetencí osob pečujících o člena rodiny se zdravotním postižením.* Olomouc : VCIZP, 2008.
- Vávrová, Soňa a Vaculíková, Jitka. 2017.** Preference české populace při zjištění péče v období závislosti v seniorském věku. *Sociální práce/Sociálná práca.* 2017, 6, stránky 80-94.

Wagenmakers, Eric Jan. Our goals. *JASP*. [Online] [Citace: 16. Prosinec 2019.]
<https://jasp-stats.org/about/>.

Přílohy

Příloha: Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Aneta Pěničková a jsem studentkou oboru Charitativní a sociální práce na Univerzitě Palackého v Olomouci. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je **zcela anonymní** a výsledky budou použity pouze pro účely mé diplomové práce. V rámci diplomové práce se zabývám syndromem vyhoření u neformálních pečujících.

Pojmem blízký je myšlena osoba, o kterou pečujete.

Předem děkuji za Vaši ochotu a čas.

1. Jak dlouho pečujete o svého blízkého?

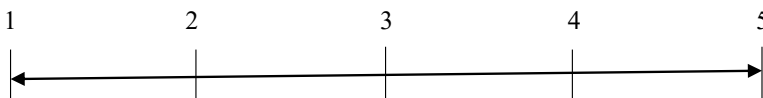
- A) méně než rok
- B) 1-3 roky
- C) 4-6 let
- D) více než 6 let

2. Kolik dní v týdnu pečujete o svého blízkého?

- A) 1 až 2 dny v týdnu
- B) 3 až 4 dny v týdnu
- C) 5 až 6 dní v týdnu
- D) celý týden

3. Jak se Vy cítíte po zdravotní stránce?

Zakroužkujte číslo na škále dle svého pocitu, přičemž 1 = velmi špatně; 5 = velmi dobře



4. Jakou formu nemoci/postižení má Váš blízký?

- A) tělesné postižení (chronické i pohybové onemocnění)
- B) mentální retardace
- C) kombinované postižení
- D) Duševní nemoc (např. schizofrenie, autismus, Alzheimerova choroba či jiné demence)

5. Mezi kolik osob je rozdělená péče v rodině a jakým dílem?

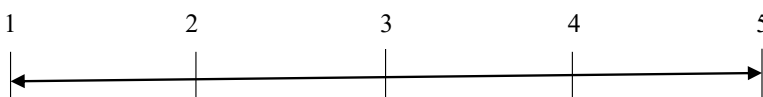
- A) pečuji sama a bez pomoci
- B) pečuji převážně sama, ale s pomocí druhých osob
- C) pečuji rovným dílem s druhou osobou
- D) péče je rozdělena mezi více osob různým dílem

6. Jak často využíváte pomoc od projektu Podpora pečujících osob?

- A) denně
- B) několikrát do týdne
- C) několikrát do měsíce
- D) několikrát do roka

7. Kolik máte volného času pro sebe? (např. koníčky, přátelé, odpočinek, výlety, čas s rodinou)

Zakroužkujte číslo na škále dle svého pocitu, přičemž 1 = žádný volný čas; 5 = dostatek volného času



8. Váš věk:

- A) jsem v produktivním věku (15-59 let)
 B) jsem v postproduktivním věku (60 a více let)

9. Pohlaví

- A) žena
 B) muž

V druhé části dotazníku přiřipíte ke každé větě číslo od 0 do 7 dle svého pocitu. Následující věty jsou zaměřené na pocity, které souvisí s Vámi vykonávanou péčí o blízkého. Pojem blízký je myšlena osoba, o kterou pečujete.

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

1. Péče o svého blízkého mě citově vysává	
2. Na konci dne se cítím být na dně sil.	
3. Když ráno vstávám a pomyslím na problémy spojené s péčí, cítím se unaven/a.	
4. Velmi dobře rozumím pocitům svého blízkého.	
5. Mám pocit, že někdy se svým blízkým jedním jako s neosobními věcmi.	
6. Celodenní péče o blízkého je pro mě skutečně namáhavá.	
7. Jsem schopen/a velmi účinně vyřešit problémy spojené s péčí.	
8. Cítím "vyhoření", vyčerpání z důvodu péče.	
9. Mám pocit, že pozitivně ovlivňuji a nalaďuji osoby z mého okolí.	
10. Od té doby, co pečuji o svého blízkého, stal/a jsem se méně citlivý/á k lidem.	
11. Mám strach, že péče o svého blízkého mě činí citově tvrdým/tvrdou.	
12. Mám stále hodně energie.	
13. Péče o blízkého mi přináší pocity marnosti a neuspokojení.	
14. Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mě to vyčerpává.	
15. Už mě dnes moc nezajímá, co se děje s mým blízkým.	
16. Péče o blízkého mi přináší silný stres.	
17. Dovedu u svého blízkého vyvolat uvolněnou atmosféru.	
18. Cítím se svěží a povzbuzený/á, když pečuji o svého blízkého.	
19. Za dobu péče o svého blízkého jsem byl/a úspěšný/á a udělal/a jsem hodně dobrého.	
20. Mám pocit, že jsem na konci svých sil.	
21. Citové problémy řeším velmi klidně a vyrovnaně.	
22. Cítím, že mi můj blízký přičítá některé své problémy.	