

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Míra vyhoření a postoje ke smrti u pracovníků
hospice a domova pro seniory v přímé péči

The rate of burnout syndrome and death attitudes at care workers from
hospice and nursing house



Bakalářská diplomová práce

Autor:

Tereza Šrajerová

Vedoucí práce:

Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Olomouc

2018

Děkuji vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Martinu Kupkovi, Ph.D. za věcné připomínky, které mi během psaní práce poskytl a také děkuji mé rodině za trpělivost a péči, kterou mne všichni věnovali. V neposlední řadě děkuji také zařízením, která mne ochotně poskytla prostor pro realizaci výzkumu.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma:

„Míra vyhoření a postoje ke smrti u pracovníků hospice a domova pro seniory v přímé péči“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne

Podpis

OBSAH

OBSAH.....	3
ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST	6
1. VNÍMÁNÍ SMRTI.....	6
1.1. Smrt.....	6
1.2. Vědomí smrtelnosti	7
1.3. Umírání a smrt v minulosti	8
1.4. Smrt v ČR.....	12
1.5. Postoje ke smrti.....	14
1.5.1. Postoje ke smrti z vývojového hlediska	14
1.5.2. Strach ze smrti.....	16
1.5.3. Měření postojů ke smrti	17
1.6. Umírání	17
1.6.1. Paliativní péče	18
1.6.2. Stadia umírání	19
1.6.3. Zařízení a služby určené konci života	21
2. SYNDROM VYHOŘENÍ.....	23
2.1. Charakteristika	24
2.2. Fáze vyhoření.....	24
2.3. Příčiny	26
2.4. Příznaky	26
2.5. Prevence	27
2.5.1. Salutoprotektivní faktory	28
2.6. Diagnostika a terapie.....	31
3. SOUČASNÝ VÝZKUM.....	32
3.1. Výzkum v oblasti postojů ke smrti.....	32
3.2. Výzkum v oblasti syndromu vyhoření	33
VÝZKUMNÁ ČÁST	36
4. VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE PRÁCE.....	36
5. METODOLOGICKÝ RÁMEC	36
6. TESTOVÉ METODY.....	37

6.1 Dotazník vlastní konstrukce.....	37
6.2 Death Attitudes Profile-Revised	38
6.3 Dotazník BM – psychického vyhoření	39
7. HYPOTÉZY.....	41
8. SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR	43
9. ANALÝZA DAT	46
10. ETIKA VÝZKUMU	46
11. VÝSLEDKY	47
11.1 Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz	49
11.2 Další výsledky.....	52
12. DISKUZE.....	56
12.1 Diskuze stanovených hypotéz	56
12.2 Diskuze dalších výsledků.....	60
13. ZÁVĚRY	62
SOUHRN	64
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	67
SEZNAM PŘÍLOH.....	72

ÚVOD

S psychickým vyhořením se můžeme setkat v mnoha oblastech jak osobního, tak pracovního života. Často se hovoří o syndromu vyhoření v souvislosti s prací v pomáhajících profesích. Má pracovní zkušenost mne umožnila zamyslet se nad tématy vyhoření a postoji ke smrti v zařízeních jakými jsou domov pro seniory a hospic.

S narůstající stárnoucí populací bude stoupat potřeba péče o seniory a umírající. A to nejen institucionalizovaná péče, ale také domácí péče. Pracovníků vykonávající toto povolání bude proto třeba úměrně vyvažovat. Vzhledem k náročnosti tohoto povolání a nedostatečnému finančnímu ohodnocení je proto již nyní nutné věnovat se také péči o samotné zaměstnance. Nejdůležitější je podle mne prevence vyhoření, a proto by se pozornost měla věnovat tomu, co pracovníkům pomáhá udržovat psychické zdraví. Zároveň je třeba vnést do profesní práce téma smrti, jelikož při práci se seniory a umírajícími je, myslím si, důležité nebát se o smrti mluvit a pracovat s tématem smrtelnosti. V této práci se snažím alespoň o střípek tohoto velkého cíle. Snažím se zmapovat, jak jsou na tom pracovníci se syndromem vyhoření a pohledem na smrt.

Bakalářská práce se tak zabývá oběma tématy z hlediska práce pracovníků přímé péče v zařízeních hospiců a domovů pro seniory. Cílem práce je zjistit, jestli se liší míra vyhoření a některý postoj ke smrti u člověka z jednoho zařízení vzhledem k druhému a také, jestli míra syndromu vyhoření pracovníků souvisí s některým z postojů ke smrti. Dále mne zajímá, zda určité charakteristiky daného člověka souvisí s vyhořením a postoji ke smrti.

To, co mě nabádalo spojit tyto dvě zařízení a porovnávat dané charakteristiky, je opět má zkušenost. V obou z těchto zařízení jsem pracovala dva roky a hlavní princip fungování mi nepřijde tolik rozdílný. V obou případech se jedná o péči o nesoběstačné lidi, většinou o umírající či velmi staré nebo nemocné. Rozdílné jsou však z mého pohledu některé způsoby, kterými je péče poskytována. Ty by mohly, myslím si, ovlivnit možnou míru vyhoření a také mohly mít vliv na to, jakým způsobem pracovník vnímá svou smrtelnost a smrt celkově.

TEORETICKÁ ČÁST

1. VNÍMÁNÍ SMRTI

„Každý den je malý život - každé probuzení a vstávání je malé narození, každé čerstvé jitro je malé mládí, každé uléhání a usínání je malá smrt.“ – A. Schopenhauer

Smrt nás jistým způsobem provází od chvíle, co vstoupíme na tento svět. Vždy to tak bylo, jelikož tento základní mechanismus života zůstává stále stejný. Se smrtí se setkáváme v běžném životě, nejprve skrze rodiče či pečující osoby, později sami narážíme na zmínky o ní v příjemných i nepříjemných formách. Během výchovy se učíme, jak bychom se asi měli ke smrti stavět a co si o ní myslet. Učíme se rituály a obřady spojené se smrtí, učíme se, co je společensky žádoucí, když někdo zemře. Během formování naší životní filozofie se snažíme vytvořit představu o smrti jako takové a na základě našeho přesvědčení zaobíráme určitý postoj ke smrti. Tento postoj a také význam smrti pro nás se může měnit na základě situací, které během života prožíváme. Nejspíše je stále pro mnoho lidí smrt tabu, možná mají strach o smrti mluvit, možná si prostě nechávají své myšlenky pro sebe.

Jak naznačuje Říčan (2006), kliničtí i poradenští psychologové se opravdu často setkávají s tím, že klienti vnímají smrt jako jakousi „mlhu“, která je spíše neurčitou tísní či úzkostí. Lidé nejsou zvyklí o smrti mluvit, nechtějí o ní mluvit a toto téma s psychologem začnou řešit většinou až po nějaké době. Často se přitom stává, že téma smrti je jakýmsi ohniskem jejich problémů.

1.1. Smrt

„Smrt (mors) je individuální zánik organismu, tedy také člověka“ (Haškovcová, 2000, str. 74). Jedná se o jedno z posledních témat, které je stále tabuizované. Při myšlenkách na smrt zažíváme různé pocity, individuálně odlišné. Při vyjadřování vztahující se ke smrti využíváme často odosobnění (Machů, 2012).

Smrt může být přirozená, která je typická hlavně pro minulost, kdy člověk umírá kvůli věku. V současnosti je ale převládajícím typem smrti smrt lékařská, která znamená finální stav probíhajícího patologického procesu, nemoci. Dále bychom mohli rozlišovat smrt náhlou, rychlou a pomalou. Další typologií by byla smrt předčasná nebo přiměřená. Jiný směr představují situace, kdy člověk usmrtí sám sebe. Může se jednat o sebevraždu, což je

úmyslně dokonaná smrt sebe sama či sebezabití, kdy člověk zabije sám sebe neúmyslně, například při autonehodě (Haškovcová, 2000).

Obor, který se zabývá smrtí a pojímá ji v nejrůznějších souvislostech, se jmenuje **thanatologie**. Snaží se o vytvoření holistického nazírání na smrt. To, jak smrt ovlivňuje naše chování a prožívání, řeší **thanatopsychologie**. Řeší problematiku vyrovnávání se se smrtí, umírání a truchlení a také to, jak se utváří povědomí smrti v lidské psychice. Za zakladatele lze považovat Sigmunda Freuda a jeho práci Truchlení a melancholie z roku 1917. Dále existuje thanatosociologie, která prezentuje sociologické aspekty smrti a thanatohistorie zahrnující historický vývoj postojů ke smrti (Špatenková et al., 2014).

1.2. Vědomí smrtelnosti

Podle Yaloma (2014) je smrt základním lidským tématem. Nacházíme ho v každé kultuře a je podstatou každého náboženského systému. Věří, že když skutečně pochopíme naši konečnost, náš omezený čas, který máme, dovede nás to k vychutnání každého momentu v našem životě. Ale také k tomu, že si budeme považovat toho, že vůbec jsme a budeme více shovívaví a soucitní k sobě i k našemu okolí.

Když začal být člověk rozumný, musela s tím nutně přijít i děsivá jistota smrti. Jako takzvaně protijed proti této jistotě tak vznikla podle Schopenhauera všechna náboženství a filosofické systémy. Každý člověk má individuální vyznání či filosofii, které mu pomohou pohlédnout smrti do tváře a dané náhledy nám mohou přinést útěchu (Schopenhauer, 1996).

Prostřednictvím smrti uzavíráme naši životní cestu. Nejenom biologicky, ale také psychologicky a kulturně. Jelikož o smrti předem víme, ovlivňuje celý náš život. Jednak naše chování, ale také to, jak věci prožíváme, cítíme a jak myslíme. Díky našim instinktům se většinou smrti bojíme a naším úkolem je potom přijít na způsob, jak se naučit žít s tímto strachem tak, abychom netrpěli (Říčan, 2006).

Tím, že si uvědomujeme naši smrtelnost, jsme více odpovědní, co se týče rozhodování v životě. Vede nás to k rozumnému hospodaření času, jelikož bereme život jako vzácný dar (Křivohlavý & Kaczmarczyk, 1995). Ze své osobní i pracovní zkušenosti mohu říci, že se často setkávám s tím, že lidé berou život jako vzácný dar až po prožití nějaké nemoci či nepohody u nich samotných či u jejich blízkých. Až když si uvědomí, jak tenká je hranice mezi životem a smrtí, nestresují se například s věcmi, které nejsou životně důležité a váží

si i těch „malých“, často pro zdravé lidi samozřejmých věcí. I já osobně po zkušenosti práce pracovníka v sociálních službách a ošetřovatelky s umírajícími lidmi vnímám život z jiné perspektivy. Stanovení si priorit v životě, uvědomění si svých cílů a životních záměrů, to vše podle mě souvisí s uvědoměním si své vlastní smrtelnosti – a tu získáme například tváří v tvář nemoci či nemocnému. Kübler-Rossová (1995) přináší zajímavou myšlenku, když uvádí, že lidé se se smrtelností vyrovnávají lepším způsobem po prožití ztráty blízkého, po prožití utrpení či kritické situace. Yalom (2012) uvádí příklad z praxe. Pacienti, kteří se ocitli blízko smrti, často přiznávali, že prožili značnou pozitivní změnu. Přehodnotili priority ve svém životě, začali zlehčovat některé věci a subjektivně zmoudřeli. Dokonce tvrdí, že měl pocit, jako kdyby u pacientů rakovina eliminovala interpersonální obavy.

C. G. Jung měl předpoklad, že pro mnoho lidí, kteří věří na život po smrti nebo že po životě existuje něco neurčeného, má toto velký význam. Prý žijí rozumněji, jsou celkově klidnější a vede se jim lépe. A naopak existují lidé, pro které je představa nesmrtelnosti hrozná a absolutní konec jejich života jim přijde lepší než představa pokračování. Zároveň ale uvádí, že většina lidí si nepochybně vytváří nějaký názor o tématu nesmrtelnosti. Ten vzniká díky náznakům z nevědomí, jako příklad uvádí sny. Je nutné poznamenat, že Jung se veřejně hlásil ke křesťanskému náboženství (Jaffé, 2015).

1.3. Umírání a smrt v minulosti

Každá bytost umírá, jelikož smrt je podmínkou života. Člověk může pouze respektovat tuto skutečnost. Tento fakt brali lidé na vědomí vždy, můžeme ale sledovat rozdíly v tom, jak je smrt akceptována. Za dávných dob lidé nahlíželi na smrt jako na bránu ze života pozemského do života věčného, rajskeho. Jelikož se lidé dožívali nízkého věku a dětská úmrtnost byla vysoká, stejně jako mortalita kvůli nemoci či špatné výživě, lidé pokládali životu po smrti poměrně velký význam. Smrt byla velice častá, lidé v nemoci umírali rychle, jelikož nebylo mnoho lékařských zásahů. Dá se říci, že smrt byla normální součástí života. Až v posledních 200 letech, kdy se pozemský život začal prodlužovat, význam života po smrti značně klesl a význam toho pozemského naopak zesílil (Haškovcová, 2000).

Podle biblického pojetí smrti není smrt pouze konec pozemského života, má zvláštní teologický obsah. Ve Starém zákoně je smrt nazvána „mávet“ a v Novém zákoně

„thanatos“. Smrt je vnímána jako něco, co přišlo do světa jako Boží soud, je to oddělení od tělesné schránky člověka, ne konec (Křivohlavý & Kaczmarczyk, 1995).

Vraťme se nyní do dob raných, a to konkrétně období **starověku až středověku**. Již od nepaměti bylo lůžko bráno jako místo umírání. Lidem byla smrt důvěrně známá. Pokud se někdo snažil uhýbat před výstrahou smrti, byl vystaven možnému posměšku. Za ohavnou a potupnou smrt lidé považovali smrt náhlou, neohlášenou. Taková smrt jim naháněla strach. Bídnu smrtí rozuměli také situace, kdy někdo zemřel beze svědků nebo obřadu, například když zemřel poutník na jeho cestě. Dokonce věřili, že v některých případech nenadálá smrt dokáže uvalit na jedince kletbu. V raném středověku uložili pozůstalí po smrti člověka tělo na drahocennou látku nebo rubáš, což bylo lněné prostěradlo. Na nosítkách, takzvaných *márách*, ho chvíli vystavovali na zápraží domu smutku a poté ho odnesli ke hrobu. Nosítka nakonec položili na otevřený sarkofág a až do úplného uzavření sarkofágu bylo tělo i tvář odkryty. Již se objevovala lítost nad ztrátou života a zároveň přijímání nadcházející smrti. Lidé ji přijímali klidně a prostě, zavčas se na smrt připravovali. To platilo i pro středověké rytíře. Umírající člověk se rozloučil se světem a následně svou duši odevzdal Bohu. Co se týče obřadů, typické bylo, že člověk umíral v centru nějakého shromáždění. Tento zvyk byl aktuální až do konce 19. století. Umírat mezi lidmi vypadalo například tak, že umírající žena svolala celé služebnictvo, poprosila přítomné o odpuštění a svěřila se ze svých hříchů. Největší obavy měla z představy, že by umírala sama. Tento typ nahlížení na smrt autor nazývá jako **ochočená smrt** (Ariès, 2000a).

Od 13. století začali ve světě latinského křesťanství pozůstalí tělo po smrti zašívát do rubáše, aby nebylo vidět vůbec nic. Pohled na mrtvé tělo byl po ně nesnesitelným. Bdění u zesnulého, smutek a celý pohřební rituál se stal organizovaným církevním obřadem. Začal se také šířit zvyk odnést tělo do kostela a odsloužit během toho mši. Ve 14. – 15. století dominovala myšlenka, že existuje přelidněné peklo, před kterým mohl být člověk zachráněn pouze milosrdenstvím od Boha. Objevilo se například přesvědčení, že každý jedinec má dvě knihy. Do jedné jeho anděl strážný zapisuje dobré skutky, které člověk vykonal a v té druhé, psané samotným ďáblem, jsou vypsány skutky špatné. Již od 12. století lidé věřili, že v čase kritického okamžiku, což byl pro ně okamžik posledního soudu, se posoudí svědomí jednotlivce za celý jeho život. Toto hodnocení ale podle nich probíhalo až po samotné smrti. Stále tedy věřili, že biologická smrt neznamená definitivní konec bytosti. Od **15. století** se začaly objevovat takzvané *artes moriendi*, které sloužily jako

návod ke šťastné smrti. Shromáždění kolem umírajícího se přesunulo do ložnice jedince. Postupně byl člověk brán jako svůj vlastní soudce, přesvědčení o posledním soudu se vytrácelo, byla respektována svoboda člověka. Stále ale na konci života čekala jedince poslední zkouška, na které závisel další osud umírajícího. Velkou roli samozřejmě hrála církev. Duchovní měli snahu v lidech vyvolat strach z pekla více než strach ze smrti (Ariès, 2000a). *Ars moriendi* je spojení, o kterém je vcelku povědomí dodnes. Latinsky znamená umění zemřít, zahrnuje zmíněné knížky o umírání, je to pozdně středověký literární útvar, který slouží k přípravě na smrt (Sígl, 2006). Lpění na věcech bylo na stejné rovině jako láska k lidem. Oboje bylo součástí takzvané *avaritia*, což je vášnivě lpění na životě, zahrnující věci vnější, lpění na životním partnerovi, na světských přátelích, na hmotných statcích a také na dalších věcech, které člověk za života příliš miloval. Na konci středověku člověk lpěl na životě nejspíš ze všech období nejvíce. Smrt v tomto období nazývá autor jako **smrt sebe sama**, která znamená, že jedinec se ocitá tváří v tvář Bohu zcela sám, se svými činy a skutky (Ariès, 2000a).

V **16. století** už umírání na lůžku v ložnici ztratilo svou důležitost. *Avaritia* již znamenala nejobávanější hřích. Až do 18. století byl znám model šťastné smrti, který vystřídal model smrti ve středověku. Tato smrt se odehrávala v klidu a na veřejnosti, neměla hloubku prožitku. Krásná smrt byla předzvěstí romantické smrti, stále byl však tento model blíže smrti ochočené. Co se týče pohřbívání, mnozí vysoce postavení lidé, kteří by se v 16. století nechali pohřbít v kostele, během 17. – 18. století upřednostnili pohřbení pod širým nebem. V jiné podobě se smrt vrátila v dobách **17. – 18. století**. Podoba zahrnovala mrtvé tělo, posmrtné milostné hrátky a přirozené násilí. Předmětem vědeckého zkoumání byla právě smrt a mrtvé tělo. Lidé brali smrt jako složitý a méně známý jev a lze ji nazvat **smrtí vzdálenou i blízkou**. Smrt už nebyla klidnou událostí, stala se z ní neoddelitelná součást násilí a utrpení. Existovaly dva protichůdné názory. Jeden pravil, že po smrti zůstává v mrtvole určitá forma života, alespoň do doby, než se stane z těla suchá kostra. Druhý názor byl takový, že spojení a oddělení duše a těla podávalo zprávu o stvoření a smrti. Ve druhé polovině 17. století už se setkáváme s balzamováním mrtvého těla jako ustálené zvyklosti. Moderní bylo také pitvání těl a s tím rozvoj lékařství a anatomie. V 18. století již první příznaky smrti nezpůsobovaly hrůzu a tendence k útěku, ale lásku a touhu. V lidské obrazotvornosti v podstatě smrt a láska splynuly v jedno, a dokonce i sexualita a smrt si byly velice blízko. Na druhou stranu se ale začaly objevovat obavy z takzvané **zdánlivé smrti**. Znamenala v podstatě pohřbení zaživa, vyvolávala velké nebezpečí, a proto se jí

lékaři začali podrobně zabývat od 40. let 18. století. Lékaři v 19. století už na zdánlivou smrti nahlíželi spíše jako na nepodloženou pověru. Zároveň brali smrt jako úplné zastavení, konec. Tvrdili, že smrt netrvá, není to žádný stav. Samotný pojem stav smrti je vyloženě popuzoval. Za nejméně snesitelné úmrtí se v měšťanské sféře považovalo úmrtí dítěte (Ariès, 2000b).

V **19. století** už téměř nikdo nevěřil v peklo. Ustupovalo zlo spojené se smrtí – smrt byla vnímána jako krásná a zesnulý být taktéž vnímán jako krásný. Autor nazývá tuto smrt jako **smrt blízkého**. To, že lidé byli přítomni při umírání člověka u jeho lůžka, bylo bráno jako podívaná na povznášející a přicházející útěchu. V 19. – 20. století se objevovala úcta k mrtvým spojená s obavami a odstupem. Lze říci, že až do začátku první světové války, smrt člověka zasahovala společenskou skupinu, někdy i společenství, jakým byla například vesnice. V ložnici, kde umírající zemřel, se zatemnila jeho nejbližší okna, zapálily se svíčky ze včelího vosku, takzvané voskovice a přinesla se svěcená voda. Do domu vstoupili příbuzní, přátelé a vážení sousedé. Při tomto procesu zvonil umíráček. Umíráček, také zvaný hodinka, je kostelní zvon zvonící při úmrtí. Po smrti pozůstali vyvěšovali na domovní dveře úmrtní oznámení a ti, kdo chtěli dát poslední sbohem zemřelému, vstupovali do domu smutku. Během období smutku se stále projevovaly vazby i se širší skupinou lidí. Smrt rozrušila všechny ve společenství, příbuzní a přátelé stále navštěvovaly pozůstalé, rána se musela postupně hojit a život vracet do starých kolejí. Až nakonec zbyly pouze vzácnější návštěvy hřbitova. Vše bylo v souladu s modelem, který zde byl odjakživa, a to sice, že smrt je veřejnou a společenskou událostí (Ariès, 2000b).

Haškovcová (2010) uvádí, že dříve smrt nebyla výjimečná, jelikož se umíralo v dětství, i v mladém a středním věku. Proto se s ní reálně počítalo, lidé se jí tolik nebáli. Procesy během umírání v podstatě patřily k vývoji každého dítěte. Lidé neočekávali od života zázraky, věděli, že mají své meze. Také se na smrt připravovali například skrze smrt jiných lidí. Díky ní totiž poznávali i tu vlastní. Jako obranu vůči obavám ze smrti využívali víru v Boha či rituály při umírání.

Se **20. stoletím** a moderní společností přichází vyspělejší způsob života a přináší nový způsob umírání. Lze ji nazvat **smrtí převrácenou**. Společnost v podstatě vyhnala smrt. Smrtí jednotlivce není narušen běh společnosti a život ve městech plyne, jakoby nikdo nezemřel. Záležitosti týkající se smrti se dříve měnily, avšak mnohem pomaleji než v tomto století. O několika jevech, o kterých se v minulosti vůbec nepřemýšlelo, se

najednou začíná diskutovat a stávají se námětem různých výzkumů. Vedle vypovězení ze společnosti se také řeší nový jev, který se začal objevovat, a tím je odmítnutí a odstranění smutku. Smrt se vzdálila, u lůžka umírajícího už nikdo není a pohřeb není známou podívanou. Děti přitom zůstávají stranou, nikdo jim neříká, co se opravdu stalo, popřípadě získají alternativní vysvětlení. Nad pohřbíváním získává převahu kremace. Hřbitov a návštěvy na hřbitově však přetrvávají. Po obřadu a pohřbu následuje období smutku, od pozůstalých se ale očekává, že nebudou truchlení projevovat na veřejnosti. Zajímavé je, že je to v podstatě opak od toho, co lidé dříve od pozůstalých očekávali. Nátlak společnosti tedy přinesl odmítnutí sdílení bolesti, ve skutečnosti se jedná o způsob, jakým odmítnout přítomnost smrti. Smutek je považován za nemoc. Tento postoj odmítání smutku byl ale rychle označen psychology za nebezpečný a nenormální a začalo se toto téma šířeji zkoumat. Také se změnila definice smrti, medicínský rozvoj umožnil prodloužit dobu umírání z několika hodin až na několik dnů, týdnů, měsíců až let. Pod lékařským dozorem zde mluvíme o typu smrti zvaném **smrt lékařská**, která není již pojímána jako přirozený jev. V nemocnici smrt nenarušuje nemocniční řád a rutinu. Za krásnou smrt považujeme smrt dříve nazývanou prokletou. Znamená úmrtí ve spánku (Ariès, 2000b). Tento model, který se objevoval od 20. století, vidíme v jisté míře i ve století současném, dvacátém prvním.

Haškovcová (2000) naznačuje, že smrt je v dnešní době brána jako fenomén, který je nutný, ale nehodí se. Svět je totiž ovládaný vědou, technikou a médií, je posedlý mládím, úspěchem a sexem. O smrti se mlčí a vkládají se naděje do předpokladu, že v budoucnosti zvítězíme nad příčinami i dnešních úmrtí.

Ve východních kulturách, jakými jsou například buddhismus či hinduismus, je zrození a smrt koloběhem. V křesťanství je na smrt nahlíženo v rámci individuality a je spojena s hříchem a odpuštěním. V tradičních pojetích znamená smrt rozchod duše s tělem a v materialistických proudech je to definitivní konec fyzické i psychické stránky jedince (Sígl, 2006).

1.4. Smrt v ČR

V minulosti bylo umírání většinou veřejnou událostí i na českém území, stejně tak, jako je popsáno v kapitole o smrti v minulosti. Pojetí smrti na tomto území bylo **křesťanské** a bylo třeba, aby v okamžiku smrti byl jedinec usmířen s Bohem. Lidový názor byl, že umírající musí předat pozůstalým všechn rodinný majetek. Také si měl umírající před

smrti prominout s okolím nevědomá i vědomá ublížení, křivdy a usmířit se. Během umírání doma bylo tradiční, že se pozůstalým členům rodiny, a to hlavně dětem, dávalo požehnání. Velký význam byl připisován posledním slovům a přáním, které umírající pronesl na smrtelném loži. Před smrtí si umírající určil způsob pohřbení, a dokonce mohl určit i další věci – například způsob pohřebního pohoštění. Mezi lidmi se říkalo rčení, ***jaký život, taková smrt***, tudíž dobří lidé se smrti nemuseli bát. Nebrali smrt jako strašnou zkušenost, zemřelý se díky ní zbavil fyzického utrpení. Zajímavostí je, že po celém českém území byla známá pověra, že nesnadnou smrt způsobí kachní a slepičí peří v polštáři. Jako šťastná smrt byla vnímána smrt bleskem, kterou si lidé vysvětlovali jako doklad boží lásky. Štěstím prý také bylo úmrtí v pátek. *Závěť*, také zvanou kšaft, umírající sepisoval většinou až těsně před jeho smrtí. Po samotné smrti se v obcích ozýval umíráček, o kterém zde již byla zmínka. Lidé se zastavovali, zjišťovali, kdo zemřel a modlili se za spásu jeho duše. Ve vsi bylo zvyklé, že najatý člověk obešel všechny domy a oznamoval úmrtí. Základem byla víra v posmrtný život a možný návrat duše zemřelého. Do zhotovené, svěcenou vodou pokropené rakve, se zemřelý uložil ve zvláštních šatech, takzvaném rubáši. Později ho oblékali do svátečních šatů či šatů, které byly jeho oblíbené. Bylo s ním zacházeno jako se živým – s úctou. Samotný pohřební rituál byl provázen strachem z toho, že se zemřelý vrátí. Černá barva, která je symbolem smutku vnímána dodnes, se zde objevila od poloviny 16. století (dříve byl smuteční oděv bílý). Během poslední cesty na hřbitov byl doprovod zemřelého vnímán jako projev úcty a také prokázání podpory pozůstalým. Posledním rozloučením bylo spuštění rakve do hrobu. Po pohřbu následovala hostina, jejíž charakter byl závislý na sociálním postavení zemřelého. Nastalo období truchlení a naříkání (rituální pláč nad zemřelým). Doba vyjadřování smutku se lišila podle vztahu pozůstalého k zemřelému. Například po úmrtí jednoho z manželů to byla doba jeden rok (Narátilová, 2004). S většinou ze zvyků z tohoto historického pojetí umírání a smrti se ovšem dnes již v České republice spíše nesetkáme.

Hytych (2010) zmiňuje, že v historii české psychologie se tématem smrti soustavně zabývali přinejmenším dva významní **autoři**. Jednak se jedná o profesorku Haškovcovou, která se zaměřuje na etiku v lékařství, psychologickou péči o umírající a paliativní péči. Dále se jedná o pana docenta Josefa Viewegha, který se věnoval například i skutečným smrti v dobách komunismu. Na téma umírání se zaměřila také česká lékařka Marie Svatošová, která je zároveň zakladatelkou českého hospicového hnutí (Svatošová, 2008).

V České republice je obecným jevem takzvaná tabuizace smrti, na jejíž formy měl zde vliv například totalitní systém. Příčinou tabuizace však tato socialistická minulost není. Jelikož vyspívala ekonomika a medicína vítězila, v tomto kontextu se nemohlo stát jinak. Česká republika jako vyspělejší stát se tak řadí mezi ty země, kde je smrt brána jako selhání lékařů a techniky a není vhodné o ni mluvit (Haškovcová, 2000).

Společnost tradiční se proměnila ve **společnost moderní**, zahrnující rozpad systému tradiční lidové kultury. Vedle velkých společenských změn znamená však také vytěsnění významu smrti z myšlení. V posledních dvou desetiletích vidíme tendence k celkovému odstupu od zemřelých a co se týče způsobů pohřbívání, narůstá forma zpopelnění. Ta totiž pozůstalým přináší méně povinností. Hřbitov je však stále prostředím, které naplňuje potřebu posvátna a uctívání (Navrátilová, 2004).

1.5. Postoje ke smrti

Postoje ke smrti z perspektivy historie jsou v podstatě popsány v kapitole o vnímání smrti v minulosti. Dříve lidé nahlíželi na smrt z jiného pohledu, než je tomu dnes, někdo ji akceptoval jako přirozený jev, někdo bral smrt jako velkou společenskou událost, někdo se jí bál.

Pojem postoj znamená poměrně stabilní charakteristiku či tendenci, která se projeví v hodnocení něčeho konkrétního ve smyslu upřednostnění nebo odmítání (Eagly & Chaiken, 1998, in Výrost & Slaměník, 2008). Postoje nejsou neutrální, část z nich je vrozená, většinu ale získáme během života skrze osobní zkušenosti nebo zprostředkovaně, a to sociálním učením (Výrost & Slaměník, 2008). Definování postojů je krajně problematické, několik autorů charakterizuje pojem odlišně, je však dobré rozlišovat termíny postoj, hodnota nebo například motiv (Nakonečný, 2009).

1.5.1. Postoje ke smrti z vývojového hlediska

Už v dětském věku se nějakým způsobem setkáváme se smrtí. Nějak ji vnímáme a něco si o ní myslíme. Asi **do dvou let** si ji děti ještě neuvědomují, je nahrazena separační úzkostí, která je vyvolána odloučením pečující osoby, nejčastěji matky. Kolem **druhého až třetího** roku se začíná myšlení rozvíjet a děti si pod pojmem smrt již něco představují. Většinou je to představa, kde smrt je podobná stavu spánku (Loučka, 2009).

Říčan (2004) uvádí, že v předškolním věku, tj. **3 – 6 let**, přemýšlí dítě o smrti často. Je pro něj záhadou, ale také se jí bojí. Představa smrti může vypadat jako pobyt v hrobě zaživa,

samota nebo ohrožení jinými bytostmi. Někdy ale předškolák dokáže strach ze smrti obrátit i v žert. Pokud dítěti v tomto věku zemře někdo z blízkého okolí, ještě nechápe úmrtí jako definitivní, ani doopravdy netruchlí. Tyto děti mají představu o smrti z pohádek a vyprávění nebo také z osobní zkušenosti z rodiny a okolí (Fendrychová & Klimovič et al., 2005). Loučka (2009) uvádí, že svou roli hraje i magické myšlení, které je důležité brát v potaz. Například při úmrtí blízké osoby si dítě může myslet, že maminka zemřela, protože jí dítě zlobilo.

V **mladším školním období** je smrt pro děti jako nějaká zlá bytost, která přichází a odvádí děti k sobě. V představě se může jednat i o stařenu s kosou. Jedná se spíše o neurčitý strach (Fendrychová & Klimovič et al., 2005).

S vývojem se dítě snaží pochopit jednotlivé komponenty smrti. Postupně si uvědomuje a chápe univerzalitu smrti (smrt se týká všech živých tvorů), nevratnost (smrt je konečným faktem), nevyhnutelnost, fakt konečnosti všech funkcí a porozumění příčinám smrti. Jednotlivé komponenty dítě prý pochopí přibližně do sedmého roku, propojení komponent v jeden souvislý celek většinou nastává až do desátého roku (Speece & Brent, 1984, in Loučka, 2009).

Od věku asi **9 až 12 let** dítě chápe smrt v sociálních a biologických souvislostech. Děti mohou cítit uvědomělý strach z vlastní smrti. Vše je ovlivněné samotnou osobností dítěte, jeho intelektuálními vlastnostmi a vlivem rodiny (Fendrychová & Klimovič et al., 2005).

Dospívající někdy využívají obranné mechanismy v souvislosti s truchlením nebo ve styku s tématem smrti. Chovají se například tak, že smrt provokují, vysmívají se jí. V adolescenci je časté téma pokračování života mimo tělo, které je spojené s hledáním vlastní identity a zakotvení v životě a společnosti (Dudová, 2013). Mladí **dospělí** na svou smrt nemyslí tak často, jsou extravertní, spíše se bojí o své blízké. Pokud mají rodinu, většinou projevují strach o své potomky (Žmolík, 2005). Během **krize středního věku** mají dospělí myšlenky spojené se smrtí. Není brána jako bezprostřední hrozba, ale již se stává součástí životního horizontu. Čím jsme starší, zajímá nás po úmrtí nějakého člověka to, kolik mu bylo let, co bylo příčinou a hlavně, jak zemřel. Většina lidí se přeje zemřít ve spánku, bez bolesti a strachu. Vědomí, že po nás něco zůstane, je pro **seniora** velmi důležité (Řičan, 2004).

1.5.2. Strach ze smrti

„Stojí za to nebát se smrti, protože pak se neumíš bát ničeho.“ – Seneca

Haškovcová (2010) konstatuje, že normální lidé jsou přirozeně biofilní, což znamená, že touží po šťastném a dlouhém životě. Strach ze smrti a umírání tu vždycky byl. Někdy se jedná spíše o strach z konkrétního modelu umírání, který zahrnuje osamocení, bolesti a strádání. Schopenhauer (1996) uvádí, že člověk se smrti hrozí více než čehokoliv jiného, hluboce je otřesen nejen smrtí vlastní, ale i smrtí svého blízkého. Strach ze smrti je prý pouze odvrácenou stranou vůle k životu.

Lidé těžko přijímají to, že cesta života je zároveň cestou ke smrti. Mají pocit, že se smrtí ztratí vše, že zničí jejich štěstí. Strach ze smrti by ale neměl být tím strachem, který by je měl držet zkrátka od poznávání života. Lidé se přesto bránili a brání uvědomování smrtelnosti různými způsoby, například kulturou a náboženstvím (Paul, 2011).

Yalom (2014) také potvrzuje, že obavy ze smrti se objevovaly již od počátku dějin. Uvádí, že již babylonský hrdina Gilgameš se smrti bál, což lze vyčíst ze zmínky z jeho epigrafu. Všichni se smrti bojí, u někoho se toto projevuje nepřímo, u někoho přímo, uvědomovaně. Yalom vychází z řeckého filozofa Epikura, který věřil, že základní příčinou utrpení je všudypřítomný strach ze smrti. Ta způsobuje narušení radosti ze života. Kübler-Rossová & Kessler (2013) naznačují, že strach ze smrti je nejspíše důvodem většiny situací, kdy lidé zažívají nešťastné pocity. Je prý důvodem, proč se například držíme ve svém životě stranou či zraňujeme naše blízké, i když třeba nevědomě.

Nejčastější obranou, kterou lidé využívají proti strachu ze smrti, je obrana založená na popření. Vědomí toho, že umřeme, ale nelze nadobro udržovat mimo naše myšlenky. Může se nám projevit ve fantaziích a snech (Yalom, 2012). Obranou rozumíme obranný mechanismus, který má za úkol snižovat úzkost, chránit sebepojetí člověka a pomoci mu přizpůsobit se okolnostem (Çakirpaloglu, 2012).

O strachu ze smrti se nakonec vyjadřuje i Don Miguel Ruiz, mistr tajného učení starých Tolteků, který napsal: *„Smrt není naším největším strachem; naším největším strachem je riziko žít – riziko žít a vyjádřit, kým skutečně jsme“* (Ruiz, 2001, str. 28).

1.5.3. Měření postojů ke smrti

K měření postojů ke smrti bylo vytvořeno několik metod, z nichž je naprostá většina zaměřena na měření negativních postojů ke smrti. Existuje například škála *Death Anxiety Scale* (DAS), která byla zkonstruována Templerem v roce 1970 (Clements & Rooda, 2000). Tato metoda obsahuje 15 položek, například: „*I am very afraid to die*“. Byla přeložena do několik jazyků, do českého jazyka ale ne (Abdel-Khalek & Neimeyer, 2017).

Další škálou je takzvaná *Revised Death Anxiety Scale* (RDAS), která vznikla v roce 1994 a autory jsou Thorson a Powell. Obsahuje 25 položek a je tvořena 7 subškálami, a to: strach z nebytí, strach ze smrti, strach z izolace, strach ze ztráty kontroly, strach z nejistoty, strach z posmrtného života a strach z toho, že člověk bude zapomenut (Thorson & Powell, 2000).

Ze starších metod existuje například *Multidimensional Fear of Death Scale* od autora Holetera z roku 1979, *Fear of Personal Death Scale* vytvořená Florianem & Kravetzem v roce 1983, *Coping with Death Scale* autora Bugena vzniklá roku 1980-81. Také je metoda *Death Self-Efficacy Scale* od Robbinse z roku 1994. Lester taktéž v roce 1994 vytvořil metodu související s postoji ke smrti, a to *Collett-Lester Fear of Death Scale* (Clements & Rooda, 2000).

Dále lze zmínit *Death Acceptance Scale*, sedmi položkovou metodu, kterou vytvořili Ray a Najman v roce 1974. Zahrnuje položky zaměřené na popření, smrt jako útěk a pozitivní postoje ke smrti. Klug a Sinha jsou autory škály se stejným názvem (*Death Acceptance Scale*), zde se ale jedná o šestnácti položkovou metodu s vysokou zjevnou validitou (Wong, Reker & Gesser, 1994).

Známou a používanou metodou je *Death Attitude Profile-Revised*, která je popsána ve výzkumné části práce (Clements & Rooda, 2000).

1.6. Umírání

Líbí se mi jedno lidové přísloví, které uvádí paní doktorka Haškovcová: „*Když se člověk narodí, tak pláče a všichni kolem něho se smějí. Má žít tak, aby se usmíval, až bude umírat, a všichni kolem něho plakali*“ (Haškovcová, 1975, str. 159).

1.6.1. Paliativní péče

Paliativní či také úlevová **medicína** je základem péče o smrtelně nemocného jedince. Hlavními zásadami tohoto typu péče jsou omezení či vyloučení všech invazivních metod (léčebných i vyšetřovacích), nedirektivní přístup, respekt pacienta a jeho vůle, také vědomí, že si pacient může do značné míry řídit léčbu jeho bolesti. Léčba symptomů je zde základním zaměřením. Je však důležité pojímat pacienta holisticky, jelikož přesto, že fyzickou bolest lze kompenzovat léky, na celkovou bolest má podíl mnoho dalších složek, například psychický stav. Paliativní medicína se značně rozvíjí, avšak její možnosti jsou stále omezené. Paliativní medicína dokáže změnit pouze změnitelné (Matoušek, Koláčková & Kodymová, 2010).

O léčbě a **pěči paliativní** mluvíme tehdy, pokud léčba již nevede k uzdravě pacienta. WHO v roce 2002 definovala paliativní péči jako přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin. Snaží se o přecházení a zmírnění utrpení, včasné zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších potíží fyzické, psychosociální nebo duchovní povahy. Rozlišujeme **obecnou** paliativní péči, která především zmírňuje bolest a také **speciální** paliativní péči, která bere v potaz i sociální potřeby – snahu zachovat důstojnost pacienta či poskytnout oporu blízkým. Se speciální paliativní péčí se tedy setkáme v rámci mobilních i pobytových hospiců, na oddělení paliativní péče v rámci nemocnic a jiných lůžkových zařízeních nebo například v denním stacionáři paliativní péče, tzv. denním hospicovém stacionáři (Tomeš, Dragomirecká, Sedlářová & Vodáčková, 2015).

Finlay & Jones (1995, in O'Connor & Aranda, 2005) uvádí naproti tomu tři roviny paliativní péče. Jedná se o **paliativní přístup**, který zahrnuje všeobecné základní znalosti a dovednosti, které mohou využít všichni zdravotníci, kteří se starají o klienty s terminálním onemocněním. Sestry by měly být schopné porozumět tomu, co umírající i jeho rodina prožívá a konzultovat případně potřeby pacientů, na které jejich znalosti nestačí. Dále je to **specializovaná intervence**, do které spadají specialisti na různé oblasti. Tito mohou být požádáni o pomoc v případě potřeby intervence konkrétní oblasti, například specializovaná sestra v radioterapii. Třetí rovinou je **paliativní péče poskytovaná specialisty**, kterou již poskytují zdravotní pracovníci vyškolení v péči o umírající a jejich rodiny. Pracovníci mohou působit jako poradci či mohou zastávat primární poskytovatele péče. Co se týče pracovníků v této bakalářské práci, pracovníci v domově pro seniory by se nejspíše řadili do kategorie první – v rámci paliativního přístupu, v hospici by to měli být již specialisté na paliativní péči.

Zdravotníci se často ocitají v situacích záchrany života a zdraví. Jednak ošetřují ony umírající, mají na očích jejich bolest, trápení až zoufalství. Lékaři i sestry samozřejmě znají princip paliativní péče, mnohdy je však těžké se ztotožnit s faktem, že primární cíl medicíny a ošetřovatelství není a nemůže být naplněn. Může se poté stát stresující skutečností. Sestry tráví s umírajícím nejvíce času, jsou mu nejbližší. **Klíčovou úlohou sestry** je zajištění potřeb nemocného. Říká se, že nejdříve se mají uspokojit biologické potřeby, někdy jsou ale situace, kdy umírající potřebuje přednostně uspokojit potřeby vyšší – psychosociální, kulturní a spirituální. Tyto potřeby bývají ale často zdravotnickým personálem opomíjeny. Sestry také někdy s obtížemi zvládají psychické problémy umírajícího (Špatenková et al., 2014).

1.6.2 Stadia umírání

Připomeňme si dnes již klasický **pětistupňový model** umírání od paní doktorky **Kübler-Rossové**. Po sdělení infaustní prognózy je člověk vystaven náročnému období a využívá při tom různé mechanismy, jak se s vlastní situací vyrovnat. Objevují se určité podobnosti v chování a prožívání umírajícího, které se dají rozdělit do 5 stadií:

Ihned po sdělení nevléčitelnosti onemocnění člověk reaguje **popíráním a izolací**. Nechce si připustit, že situace je pravdivá, nevěří lékařům, obchází lékaře další, úzkostně popírá diagnózu. Je dočasně v šoku, cítí se otřesený, ale postupně se zotavuje. U tohoto stadia hraje velkou roli to, jakým způsobem byl pacient o jeho stavu poučen. Mělo by následovat využívání méně radikálních obranných mechanismů. Druhé stadium, stadium **zlosti**, nastává ve chvíli, kdy na jedince dolehne realita a připouští si danou situaci. S tím přichází vztek, zlost, závist, mrzutost. Často se lidé v této fázi ptají, proč zrovna oni jsou ti nemocní. Pro rodinu a blízké je toto stadium náročnější, jelikož pacienti obrací jejich hněv všude kolem. Terčem zlosti bývají v zařízeních často zdravotní sestry, které jsou s pacienty v častém kontaktu. Méně známá je fáze **smlouvání**, která je ale na určitou chvíli velice užitečná. Pacient využívá taktiky, které jsou založeny na předpokladu, že za dobré chování bude odměněn – že za nějakou službu navíc mu bude splněno přání. Smlouvají často s Bohem, snaží se tím vlastně o odklad. Uzavřené smlouvy si většinou nechávají lidé pro sebe. Čtvrté stadium, **deprese**, je obdobím smutným. Pacientovi ubývají síly. Po všech hospitalizacích, operacích a dalších léčebných metodách je unaven, do toho se mohou přidat i finanční potíže vzniklé výdaji za léčbu. Prožívá pocity velké ztráty. Jedná se buď

o ztráty minulé, již vzniklé, například když žena přijde o jeden prs v důsledku rakoviny prsu. V této situaci může nastat deprese reaktivní, pracuje se s ní jinak než s depresí přípravnou, která je založena na ztrátách obávaných, hrozících. U tohoto druhého typu není vhodné pacienta například rozesmívat nebo ho nutit hledat samé pozitivní stránky. Jedná se o deprese připravující umírajícího na ztrátu svých blízkých. Umožňuje mu přejít do dalšího stadia, kterým je **akceptace**. Akceptace neboli přijetí nastává, pokud měl umírající dostatek času na vyrovnání se s vlastní nadcházející smrtí a dostalo se mu pomoci a podpory. Zármutek a smutek již prožil a nyní je spíše v tichém čekání. Nejedná se o rezignaci, ani o šťastné období. Spíše je člověk jakoby zbaven veškerých pocitů, naposledy odpočívá před blížící se smrtí. V komunikaci má raději neverbální vyjadřování a důležité je zajištění blízkosti, aby měl umírající pocit, že na to není sám. Je důležité říci, že stadia se mohou přeskakovat, někdo nemusí do dalšího stadia nikdy dojít a je také možné, že se mohou opakovat. A také to, že každý člověk samozřejmě prožívá toto individuálně (Kübler-Ross, 2015).

Setkala jsem se se situací, kdy probíhal zřejmý nesoulad v těchto stádiích klientky a jejího syna. Klientka se dle mého názoru pohybovala ve stadiu akceptace, využívala poslední chvíle ke svým zájmům, byla velice komunikativní a nevadilo jí ani mluvit o nadcházející smrti. Syn ale její prognózu spíše nepřijal a dlouhou dobu byl stále přesvědčen o správnosti pokračovat v chemoterapiích a v tréninku její fyzické kondice. Přišlo mi to, jako by její syn uvízl někde ve stadiu popírání nebo smlouvání, i když maminka již byla smířena se svým osudem. Je tedy důležité pamatovat na to, že rodina, která stadia prožívá nějakým způsobem také, se nemusí tímto shodovat se zvládáním samotného pacienta.

Dalším, odborníky využívaným **rozdělením** procesu umírání, je **pre finem, in finem a post finem**. Období **pre finem** zahrnuje období, kdy je zjištěna u člověka nemoc, která s velkou pravděpodobností skončí smrtí. Toto stadium může trvat různě dlouho, dokonce až roky. Sdělením diagnózy začíná proces umírání. Člověk si po sdělení diagnózy uvědomuje fatální následky, také může stav vytěšňovat či popírat. Může se objevit intenzivní strach ze smrti. Dalším stavem, do kterého pacient přechází, je fáze **in finem**. V lékařství se ztotožňuje s terminálním stavem. Umírající člověk by neměl být na tuto situaci sám, naštěstí některé instituce, kde umírající prožívá poslední chvíle života, nabízejí právo na přítomnost blízkých. Do péče tak může být přijat také člen rodiny. Pacient může umírat i doma, je zde ale nutná podpora celé rodiny a pomoc profesionálů. Poslední fáze,

post finem, znamená okamžiky po smrti dotyčného. S tímto stadiem souvisí řada etických otázek, například otázka umístění zemřelého vzhledem k respektu k němu i spolupacientům. Příbuzní a blízcí lidé prožívají žal nad ztrátou a je nutná profesionální pomoc těmto osobám. Problémem také je, jak vůbec úmrtí sdělit (Haškovcová, 2002, in Kupka, 2014).

Obě dělení procesu umírání je jistě dobré brát v potaz při práci s umírajícím nebo jeho rodinou. V něčem se rozdělení překrývají, na něco je nahlíženo trochu jiným způsobem. Je také nutno mít stále na paměti, že fáze může každý prožívat jinak, dokonce i nezávisle na dělení, které je zde popsáno.

1.6.3 Zařízení a služby určené konci života

Člověk může prožít svůj konec života na různých místech. V rámci různých nehod či tragédií může být místem úmrtí přirozený terén venku, v nemocnici, ale také doma, v práci, v dopravním prostředku, v nějakém zařízení – bohužel v podstatě všude. Tato kapitola se však zaměřuje na zařízení, kde se akceptuje nebo někdy dokonce počítá s tím, že člověk zde může prožít svůj konec života. Ať už se jedná o zdravotnické zařízení či o sociální služby, tyto instituce a formy pomoci většinou využívají senioři nebo lidé terminálně nemocní.

Domov pro seniory

Domov pro seniory je jedním ze systému služeb sociální péče, který bychom našli v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Sociální služby se zaměřují na to, aby byla u lidí zachována co nejvyšší kvalita a důstojnost života. Nejčastěji je využívají právě senioři, ale také lidé se zdravotním postižením nebo rodiny s dětmi. Mezi sociální služby řadíme **služby sociální péče**, kam patří již zmíněný domov pro seniory, dále **služby sociální prevence**, do kterých patří například domy na půl cesty či raná péče, a **sociální poradenství**, které může být základní nebo odborné (Krejčířová & Treznerová, 2011).

Domovy pro seniory poskytují **dlouhodobé pobytové služby** osobám se sníženou soběstačností, zejména z důvodu věku a kteří potřebují pomoc druhého člověka. Služba zahrnuje ubytování a stravu, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně, zprostředkovává kontakt se společností, zajišťuje aktivizaci a podobně (MPSV, nedat.). Matoušek, Koláčková & Kodymová (2010) uvádí, že domovy poskytují

nejrůznější programy aktivit, ale také náročnou ošetrovatelskou a rehabilitační péči o těžce zdravotně postižené seniory a péči o umírající. V domově pracovníci většinou sepisují individuální plán péče, který stanoví nejzávažnější problémy klienta a uvede postup, který by měl být dodržován, aby se zlepšil klientův aktuální stav nebo alespoň zlepšil kvalitu života seniora.

Podobnou službou poskytující dlouhodobé ubytování osobám se sníženou soběstačností, avšak z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách nebo demence je takzvaný *domov se zvláštním režimem* (MPSV, nedat.).

LDN

V léčebně dlouhodobě nemocných, tzn. LDN, je péče hrazena zdravotní pojišťovnou, jelikož se jedná o zdravotnické zařízení. Cílem je poskytování intenzivní doléčovací a rehabilitační péče, která by měla být do 3 měsíců a poté by pacient měl být přemístěn na doporučení sociálního pracovníka či propuštěn. Nepředpokládá se však velké zlepšení jejich zdravotního stavu. Pobyt v LDN bývá ve skutečnosti často prodlužován, mimo jiné kvůli tomu, že klient nemusí platit zdravotnickou péči. Prodlužování může nabývat až několik let, až se péče mění na péči paliativní. Obecně je přechod mezi zdravotní a sociální péčí stále předmětem diskuzí, není uspokojivě vyřešena právní úprava ani způsob financování (Matoušek, Koláčková & Kodymová, 2010).

Hospicová péče

O zlidštění procesu umírání se nejspíše nejvíce snaží hospice. Hospicové hnutí se objevilo počátkem 60. let 20. století v Anglii a dnes je hospicová péče čím dál více rozvíjena i v dalších zemích. Je určena pacientům s infaustní prognózou, péče zde poskytovaná je charakteru paliativního. K **základním principům** patří to, že pacient nebude trpět nesnesitelnou **bolestí**, za všech okolností bude respektována jeho **důstojnost** a v poslední chvíli **nebude osamocen** (Matoušek, Koláčková & Kodymová, 2010). V České republice patří k průkopníkům hospicového hnutí doktorka Marie Svatošová, která rovněž otevřela první hospic v Červeném Kostelci. Existuje zde Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, která je součástí Evropské asociace pro paliativní péči. Hospice získávají finance z vícero zdrojů. Většinou se jedná o kombinaci zdravotních a sociálních služeb. Zdravotní oblast je většinou hrazena pojišťovnami, sociální složka je však nedořešená. Klienti si často doplácí sami a roli hrají také různé dotace, příspěvky, sponzory a dary (Tomeš, Dragomirecká, Sedlářová & Vodáčková, 2015). Hospicová péče má několik

forem. Jednak existuje **hospic**, což je kamenné lůžkové zařízení, kde profesionálové poskytují paliativní péči. Některé nabízejí také respitní služby (odlehčovací), což je služba sociální péče dle zákona o sociálních službách. Dále existuje **mobilní hospic**, také domácí, kde je péče poskytována v domácnostech klientů, hlavními pečovateli jsou rodina a přátelé umírajícího (Umírání.cz, 21. září 2015). Další možnou verzí je **stacionární hospicová péče**, která je založena na denním pobytu klientů. Klient je přijat do hospice ráno a odpoledne nebo večer odjíždí domů za doprovodu rodiny (Svatošová, 2008).

Geriatric

Geriatric je samostatným lékařským oborem, který se zabývá specializovanou péčí o nemocné vyššího věku, konkrétně nad 65 let věku, zabývá se zvláštnostmi nemocí ve stáří a důsledky těchto nemocí. Cílem geriatrické péče je zajistit optimální zdravotní stav, dosáhnout co nejvyšší možné míry soběstačnosti a nezávislosti a popřípadě zavčas rozpoznat onemocnění (Topinková, 2005). V nemocnici bychom našli geriatrické oddělení. Není tedy určeno k dožití života, je zde ale zmíněno, jelikož vzhledem k věku pacientů není vyloučené jejich umírání ani na geriatrici.

Personál

V těchto zařízeních a službách pracuje různorodé spektrum pracovníků. Nachází se zde většinou ředitel, lékaři, někde i s vedením primáře, zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci, popřípadě aktivizační pracovníci, duchovní či pastorační pracovníci, ekonomové, zdravotničtí asistenti, pracovníci v sociálních službách, pečovatelé, ošetrovatelé, sanitárky, kuchaři, technici a uklízeč personál. Nelze zapomenout na práci dobrovolníků, jejichž práce je velmi uznávána. Svatošová (2008) například uvádí, že **v hospici** nemůže pracovat jen tak někdo. Musí to být člověk odborně vzdělaný, člověk, který má bezpodmínečně rád lidi. Aby práci v hospici člověk vydržel déle, je nezbytné, aby byl vyrovnán se svou vlastní smrtelností, s konečností života. Musí také vědět, jak energii, kterou vynakládá během práce, zase získat zpět.

2. SYNDROM VYHOŘENÍ

S termínem syndrom vyhoření se v poslední době častěji setkáváme i mezi laickou veřejností. Většina by nám asi dokázala říci, o čem se nejspíše jedná. Na představení pana Jaroslava Duška jednou zazněl krásný metaforický popis vyhoření, asi takto: Představte si čirý oheň. Oheň, který celkem bez potíží hoří. Pokud na ten oheň ale někdo začne přikládat

klády či velké kusy něčeho, oheň začne mít problémy a postupně jeho síla slábne. Až nakonec, pokud je oheň úplně zavalen, uhasíná, až uhasne poslední jiskra (Jaroslav Dušek, osobní sdělení - představení Pátá dohoda, 20. prosince 2016).

2.1. Charakteristika

Syndrom vyhoření, též „burnout syndrome“, je charakterizován jako doslovné fyzické, emocionální a mentální vyčerpání. Poprvé bylo na tento syndrom upozorněno v rámci zdravotnické péče, konkrétně u zdravotních sester v hospicích. Vyhoření se častěji vyskytuje také ve školství, hospodářské a administrativní oblasti, sféře sociální péče a sociálních služeb a dalších profesních zaměřeních. Vyhoření nás může potkat v podstatě v každé situaci. Může se objevit také v rodině (Křivohlavý, 1998). O definici se pokusilo několik autorů (Pines & Aronson, Maslach & Jacksonová, Cherniss, Alexandrová a další), poprvé tento termín ale použil Hendrich Freudenberger v 70. letech 20. století. Jev byl ale znám již dlouho předtím (Křivohlavý, 2012).

Burnout syndrom je nápadně podobný příznakům stresu. Dalo by se říci, že syndrom vyhoření je důsledek chronického stresu, v první fázi vyhoření lze ale jen velice těžko rozeznat, zda se jedná o stres nebo o vyhoření (Stock, 1). Křivohlavý (2012) vysvětluje, že burnout se na rozdíl od stresu objeví pouze u lidí s intenzivním zaujetím jejich práce, kteří mají vysoká očekávání a motivaci výkonu. Také uvádí, že burnout má kořeny v existenciální potřebě věřit, že náš život je smysluplný a věci, které děláme, jsou užitečné. V jistém smyslu se každý člověk potřebuje cítit trochu jako hrdina, pokud ale selhává, vyhoří. Často je tedy burnout důsledkem selhání při hledání životního smyslu.

2.2. Fáze vyhoření

Proces vyhoření je různými autory členěn na několik fází. Nejjednodušší **model** uvádí **Ch. Maslachová**, která hovoří o **4 fázích**. Prvním stádiem je idealistické nadšení z práce a přetěžování, poté přichází emocionální a fyzické vyčerpání, následuje dehumanizace druhých lidí jako obrana před vyhořením (napadání druhých). Vyvrcholením je takzvané terminální stadium, v kterém se dotyčný staví proti všem a všemu a burnout se naplno projevuje, dochází k sesypání se. Složitější podrobné členění publikoval **John W. James** v roce 1982, který rozlišuje **12 fází** procesu vyhoření. Nejprve se člověk snaží kladně osvědčit v práci, snaží se udělat vše sám, poté zapomíná na sebe a vlastní potřeby, práce se začíná stávat jedinou věcí, o kterou člověku jde. Následně je zmaten v hodnotovém

žebříčku, má nutkavé popírání příznaků vnitřního napětí, prožívá dezorientaci, mizí angažovanost. Chová se už i pro okolí značně jinak, nesnáší rady a kritiku. Dále je depersonalizován, ztrácí tak kontakt se sebou a se svými cíli a hodnotami. Prožívá prázdnotu, pocity zoufalství ze selhání. Následuje stísněnost – prožívá depresi a zoufalství. Poslední fází je totální vyčerpání – fyzické, emocionální a mentální. Autoři **Leiter & Maslachová** naznačují, že nejprve se v procesu vyhoření objevuje emocionální vyčerpání, které vede k depersonalizaci a následně ke snížení pracovního výkonu. **A. Längle** zase popisuje **3 fáze** vyhoření. Nejprve člověk prožívá fázi nadšení s určitými cíli, práce je smysluplnou činností. Ve druhé fázi je pro člověka cílem nějaký vedlejší produkt, původní cíle se postupně vzdalují. Jedná se například o peníze. Člověk pracuje kvůli těmto přínosům, není to již jeho smysl života. Poslední fází je takzvaně život v popeli, který je charakteristický ztrátou úcty k hodnotě druhých lidí, věcí a cílů a také ztrátou úcty k vlastnímu životu. Člověk se nachází v existenciálním vakuu, v pro něj bezsmyslném životě (Křivohlavý, 2012).

Známým modelem je 5fázový průběh burnout syndromu vytvořený **Edelwichem a Brodským**. První fází je **idealistické nadšení**. Člověk pracuje s nadměrným nasazením, má velké ideály, do práce dává velké množství energie, klade na sebe nereálné nároky. Dochází k nerovnováze mezi umírněností a odpovídající kompenzací. Druhou fází je **stagnace**. Zahrnuje přehodnocení daných ideálů, dotyčný prožívá i nějaká zklamání. Práce není pro člověka už tolik naplňující ani vzrušující. Dříve nedůležité věci jsou pro něj už důležité – jedná se například o plat. Pracovník zatím není nijak zasažen syndromem a pro okolí nevykazuje viditelné známky. Třetím stádiem je **frustrace**. Zde člověk už pochybuje o smyslu jeho nasazení do práce. Roste jeho zklamání, zjišťuje, jakým způsobem jsou jeho možnosti v práci v reálu omezené. Předposlední fází je **apatie**, která znamená vnitřní rezignaci. Člověk již dělá práci jen takovou, která je nezbytně nutná, často nemá vyhlídky na žádnou změnu. Nadšení se vytratilo, může se objevit spíše pocit zoufalství. Posledním stádiem je samotné **vyhoření**, kdy dochází k naprostému vyčerpání s rizikem suicidálních myšlenek (Sock, 2010).

Všechny tyto modely mají společné, že na začátku popisují určitý druh zaujetí z práce, nadšení, které ale v jistém momentě začíná upadat. A pokud vymizí úplně, dojde k úplnému vyčerpání člověka. Metafora vyhasínajícího ohně je tedy pěkným a výstižným popisem syndromu vyhoření pro laiky i odborníky.

2.3. Příčiny

Rush (2003) uvádí nejběžnější příčiny stavu vyhoření. Jedná se například o neschopnost přibrzdit, snahu udělat všechno sám, přehnanou pozornost cizím problémům, soustředěnost na detaily, nereálná očekávání. Může se také jednat o převládání rutiny, špatný tělesný stav a tak dále. Tyto příčiny bychom mohli vnímat spíše ze strany samotného jedince. Jsou ale i vnější faktory, které mají na tento stav vliv, například soutěživý charakter naší společnosti, snaha nebýt pozadu za ostatními, špatní nadřízení či nesmírný finanční tlak.

Faktorů, které mohou vést k vyhoření je nespočet. Ve zdravotnické oblasti bychom mohli jmenovat například dlouhodobé pracovní přetížení, což souvisí s nedostatkem pracovního personálu, diktátorský režim v práci, dlouhodobý osobní styk s lidmi, příliš přísná pravidla, chybějící respekt k lidem, chybějící kladné oceňování práce. Obecně se jedná také o situace, kdy pracovník více dává, než přijímá (Křivohlavý, 1998). Stock (2010) konstatuje, že vyhoření je ovlivněno délkou a intenzitou působení stresorů. Pokud je nějaký člověk vůči stresu celkem odolný, může se ale stát, že při chronickém stresu dojde jeho síla a vyhoří. Pokud je stresový faktor intenzivnější, například se jedná o vážné onemocnění, schopnost zvládnout situaci je nižší. Na druhou stranu nelze podceňovat vliv takzvaných *daily hassles*, které zahrnují každodenní maličkosti působící trable hlavně v rámci jejich souhrnu. Křivohlavý (2009) také uvádí, u kterých lidí se **nejčastěji** objevují příznaky psychického vyhoření. Jedná se například o lidi, kteří byli nejprve velice nadšeni prací, ale časem nadšení opadlo. Také o lidi, kteří na sebe kladou příliš vysoké nároky, pracují nad úroveň jejich kapacity, u lidí původně nejvýkonnějších, nejdopovědnějších a nejpečlivějších. Vyšší riziko vyhoření mají také lidé perfekcionisti, workoholici, ti, kteří berou neúspěch jako osobní porážku a ti, kteří přiměřeně nerelaxují. Riziko se také zvyšuje u člověka žijícího v dlouhodobých konfliktech s lidmi.

2.4. Příznaky

Mohli bychom popsat dva druhy příznaků vyhoření. Jednak vnější, které jsou viditelné a jedná se o první známky stavu vyhoření. Jednak také vnitřní symptomy, které je těžší identifikovat a většinou těm vnějším předcházejí (Rush, 2003).

Vnější symptomy zahrnují situaci, kdy aktivita vzrůstá, ale produktivita zůstává stejná. Znamená to, že když dotyčný vyvíjí větší aktivitu, nevidí produktivitu a narůstá tak jeho vyčerpanost. Očekávané výsledky se už nedostavují. K vnějším stavům se také řadí podrážděnost daného člověka a fyzická únava. K **vnitřním** symptomům se řadí ztráta

odvahy až rezignace, ztráta osobní identity a sebeúcty, ztráta objektivnosti ve smyslu pohledu na realitu, emocionální vyčerpání a negativní postoje. Každý problém nebo odmítnutí negativní postoj ještě posílí a potvrzuje člověku jeho selhání (Rush, 2003).

Křivohlavý (2009) dělí příznaky na subjektivní a objektivní. K **subjektivním** příznakům patří mimořádná únava, snížené sebehodnocení (self-esteem), pocit snížené profesionální kompetence, špatná koncentrace pozornosti, snadné podráždění, negativismus. Člověk má pocit, že nemá žádnou hodnotu, nemá sílu, energii ani nadšení. Neví, co se sebou dělat, neví, jak řešit problémy. I nenáročná činnost je pro něj nesmírně těžká a vše ho zatěžuje. Žije v napětí, chybí mu ideje, naděje, plány. K **objektivním** příznakům se řadí především snížená celková výkonnost, která probíhá řadu měsíců. Tento symptom pozoruje i okolí jedince.

K **důsledkům** syndromu vyhoření patří takzvaně Elijášovo rozhodnutí. Znamená rozhodnutí rezignovat na vše, co bylo pro člověka doposud důležité, zahrnuje ztrátu smyslu života, ztrátu naděje k dosažení cílů až vzdání se víry a důvěry v přátele, vzdání se víry v sám sebe i například v Boha. Člověk důsledkem vyhoření nevnímá sám sebe pozitivně, cítí se osamocen, prožívá pocity zášti a hořkosti, pocity beznaděje a bezmoci (Rush, 2003).

2.5. Prevence

Křivohlavý (2012) popisuje **interní individuální** a **externí** možnosti prevence vyhoření. Z těch interních se jedná o **smysluplnost žít** jako základní existenciální potřeby. Jedná se o jeden z hlavních faktorů při vzniku, ale také při zvládnání jevu. Tato potřeba je čistě subjektivní a vztahuje se k pocitu smysluplnosti práce a smysluplnosti života jako celku. Dalším faktorem je **úprava poměru mezi stresory a salutory**. Znamená to vyvážit faktory, které nás zatěžují (stresory) a ty, které nám přinášejí možnosti, dovednosti a sílu řešit danou situaci (salutory). Dále je veliký rozdíl v **osobnostních charakteristikách** jedinců, jelikož někdo bere překážku jako výzvu, jinému se podlamují kolena a upadá do obav. Co se týče **externích** možností prevence, hovoříme o **sociální síti – sociální opoře**. Ta hraje velkou roli v celém průběhu, jelikož poskytuje člověku ochranu, ale také oporu se zvládnáním jeho těžkostí a s krizí. Celkově je dobré mít **dobré vztahy s lidmi** na pracovišti i v domácím prostředí. Je ale těžké definovat dobré vztahy. Svou roli hraje také specifický vztah nadřízený – podřízený. Účinnou prevencí je **kladné hodnocení od jiných osob**. Projevem může být to, že si dotyčného někdo všimne, pozdraví ho, pochválí ho nebo uklidňuje, když je třeba. V neposlední řadě se jedná o **pracovní podmínky**. Jde o zajištění podmínek práce

motivovaným lidem tak, aby se jim pracovalo co nejlépe. Konkrétně jde o výchovu a výcvik, seznámení s tématem burnout, organizace práce (očekávání, pracovní úkoly, zpětná vazba, flexibilita, uznání, kompletizace – vidět konečný výsledek práce). Dále je vhodné upravit pracovní podmínky (uvolnit napětí, zjednodušit postupy, snažit se předejít administrativní únavě z papírování), obohatit práci, spolupracovat nebo upravit pracoviště.

Svatošová (2008) uvádí, že v hospici je základní prevencí syndromu vyhoření samotný výběr personálu. Aby personál časem nevyhořel, je vhodné vybírat ty pracovníky, kteří jsou vyrovnáni s vlastní smrtelností. Vybírat takové sestry, které nepatří mezi typy „záchranářky“ hodící se spíše na ARO oddělení. A důležité také je bránit se stereotypům, vymýšlet nové postupy, vylepšovat prostředí v práci, mít schopnost si odpočinout, pobavit se a odreagovat. Nelze si také nastavit jako jediný možný cíl klidné a důstojné umírání, to by pracovník vyhořel velice brzo.

Jedním z účinných prostředků prevence burnout syndromu je **supervize**. Jedná se o soubor interakcí mezi supervizorem, který celý proces facilituje, a těmi, kteří určují obsah a směr supervize. Supervizor by měl být někdo zvenčí, objektivní vyškolený odborník. Snaží se poskytnout zúčastněným nadhled nad situací v jejich organizaci. Supervize může být individuální či skupinová (Vávrová, 2012). Ze zkušeností je známo, že skupinová supervize může být i problematická, jelikož se pracovníci často bojí před skupinou o problémech mluvit, tím spíše, pokud se týkají kolegiálních vztahů.

2.5.1. Salutoprotektivní faktory

Salutogeneze zahrnuje procesy, které vedou k podpoře a rozvoji zdraví. Salutoprotektivní faktory jsou faktory, které pomáhají ke zvládnutí nepříznivé události, k využití všech pozitivních možností, přispívají ke zdravému překonání překážek bez nepřiměřených reakcí. Jinými slovy jde o to, co ovlivňuje způsoby zvládnání životních těžkostí. Hovoří se také o „*copingu*“, který označuje problematiku zvládnání a čelení stresu. Toto čelení (moderování) stresu je ovlivňováno několika faktory, například osobnostními charakteristikami, styly zvládnání, strategiemi a technikami zvládnání (Křivohlavý, 2009). Ve stručnosti bude popsáno několik faktorů na straně osobnosti.

Julian Rotter publikoval v roce 1966 svou teorii o **LOC – locus of control**, česky místo řízení. Podle něj existují lidé, kteří čerpají ze sebe, vycházejí z vlastních možností a dovedností, využívají vlastní iniciativu, mají chuť bojovat, mají vnitřní osobní ohnisko řízení vlastní aktivity. Tuto skupinu nazývá lidmi s interním LOC - místem řízení. Do

druhé kategorie spadají lidé, kteří věří, že jejich situace se vyřeší sama, že nezáleží na jejich jednání, řešení situace tedy očekávají z vnějšku. Nazývá je lidmi s externím LOC - místem řízení. Někde mezi těmito body leží všichni lidé. Na podkladě této teorie se například zjistilo, že míra svobody a odpovědnosti je v přímé úměře ke zdravotnímu stavu (Křivohlavý, 2009).

Resilience, česky **nezdolnosti**, má také vliv na zvládání těžkostí. Znamená pružnost, nezlomnost, schopnost rychle se vzpamatovávat. S termínem přišla E. Wernerová během výzkumu dětí na ostrově Kauai. Část dětí pocházela z chudých poměrů, po dlouhodobém sledování se ale zjistilo, že i přes toto dozrály v kompetentní občany a úspěšně zvládli těžkou situaci. Později se zjistilo, že v nezdolnosti jde o spojení autonomie dítěte a schopnosti požádat o pomoc druhé během těžké životní situace. Nezdolnost v určité oblasti ale neznamená automaticky nezdolnost v oblastech dalších (Křivohlavý, 2009).

Předpokladem resilience je určitý osobnostní styl, takzvaně **odolnost**. Člověk, který je odolný, využívá strategie specifické jejich kognitivní, emoční a behaviorální složkou. Charakteristickými rysy odolné osobnosti jsou angažovanost, pocit kontroly nad situací a vnímání výzvy (Maddi, 1987, in Thorová, 2015). Odolnost ale někteří autoři vnímají jako ekvivalent k resilienci (například Baštecká). „*Pojem resilience se rozumí proces, schopnost i výsledek úspěšné adaptace člověka, vzdor nepříznivým či ohrožujícím podmínkám*“ (Wernerová, 1997, in Baštecká, 2015, 686).

Se zajímavou teorií nezdolnosti přišel na základě výzkumu A. Antonovsky, který hovoří o osobnostní charakteristice **koherence** – smysl pro integritu, také **sense of coherence-SOC**. Koherenci chápe jako pospolitost sociální (soudržnost skupiny), také jako vnitřní soulad osobnosti člověka (jednotné srdce člověka). Termín definuje třemi základními dimenzemi. První, *srozumitelnost*, je kognitivní složka SOC. Jedná se o to, jak lidé chápou to, co je pochopitelné díky logice. Kladný pól dimenze znamená vidění celkového obrazu světa, určitého řádu a pořádku, vše se zdá poměrně konzistentní. Negativní pól srozumitelnosti způsobuje chaotické vnímání světa, bez řádu a pravidel, bez spolehlivosti, těžkou orientaci. Druhou dimenzí je *smysluplnost*. Je to motivace osoby k životnímu cíli. Kladný pól se projevuje přesvědčením člověka o smyslu situace, v které se nachází a také o smyslu jejího řešení. Chce se řešení účastnit, chce vynaložit energii, překážky vnímá jako výzvy. Negativním pólem druhé dimenze vzniká odcizení, nezájem o situaci, člověk je sociálně izolován. Vyhýbá se stýkání s druhými. Poslední dimenzí je *zvládnutelnost*. Jde

zde o to, jak osoba vnímá možnosti, které se jí naskytují ke zvládnutí požadavků. Zvládnutelnost je činnostní stránka SOC. Kladný pól představuje uvědomění si přiměřenosti sil jedince, možností ostatních lidí. Člověk si je jist, že situaci zvládne. Negativní pól naopak znamená nedůvěru v možnost zvládnutí situace, zvládnutí se zdá nedosažitelné a nemožné. Z těchto myšlenek pramení deprese, úzkosti a obavy. Antonovsky vyvinul i diagnostickou metodu zjišťující SOC a prokázal, že lidé s vyšším SOC zvládají stres a životní těžkosti lépe (Křivohlavý, 2009).

Nezdolnost je popisována ještě v pojetí **hardiness** autorky S. Kobasové. Nezdolnost charakterizuje třemi vlastnostmi a vnímá ji jako takzvaně osobnostní tvrdost. Prvním rysem je *vložení se, commitment*. Je to angažování se do věcí s vírou, smyslem práce, smyslem rodiny a života. Další charakteristikou je *vláda, control* neboli to, jakou má člověk kontrolu nad svým životem. Poslední vlastností je to, zda člověk chápe životní těžkost jako *výzvu* k boji – neboli *challenge*. Lidé s vyššími hodnotami hardiness rovněž zvládají těžkosti lépe. Na hardiness je nahlíženo jako na dispoziční složku resilience (Baštecká, Mach et al., 2015).

Friedman & Rosenman přišli s teorií určitých vzorců typů chování, které ovlivňují onemocnění a psychický stav. Hovoří tak o **chování typu A**, které představuje jednání a prožívání člověka, který se chronicky a nepřetržitě snaží dosáhnout více, nejlépe v čím dál kratším čase. Často mají také dobře odůvodněné nepřátelství. Jedná se o zlostné netrpělivé chování, které je spojeno s rizikem srdečních infarktů. Opačným jevem je **chování typu B**, kdy se člověk chová uvolněně, klidně, je spokojený, nespěchá. Intelktově jsou na tom stejně nebo i lépe než lidé s chováním typu A. Na druhou stranu tito lidé častěji vykazují sklony k depresi a neuróze. Někteří autoři tyto vzorce chování později začali pojmenovávat jako typy osobnosti – typ A, B. Vznikla také představa o osobnosti typu C a D. **Osobnost typu C**, s kterou přišla L. Temoshoková, byla zkoumána v souvislosti s rakovinou (melanomem). Lidé s touto osobností se emočně moc neprojevují. **Osobnost typu D** znamená osobnost depresivní, nositelé prožívají více ztrát v poměru k ostatním, mají narušené sebehodnocení, hůře zvládají zátěž, vyrůstají v izolované rodině bez dostatku pozornosti. Mělo se za to, že tento typ je spojen také s rakovinou a onou depresí, výzkumy ale nepotvrdily zaručený vztah (Baštecká, Mach et al., 2015). Stock (2010) shrnuje, že chování typu A podporuje vznik vyhoření, jelikož se dotyčný často sám přetěžuje a má nadměrné pracovní nasazení. Povahové faktory mohou burnout způsobit, zesílit, často ale působí spolu s vnějšími stresory.

Na straně osobnosti se také hovoří o **optimismu** a **humoru**. Lidé optimističtí se cítí lépe, podněcují svou zranitelnost nebo příznivě hodnotí svou schopnost prevence vůči zranitelnosti. Zdá se, že se optimismus váže ke zdraví. U humoru velice záleží na jeho stylu v konkrétních situacích. Prostřednictvím humoru lze přispět k osobní pohodě, může prospívat ostatním, ale může také škodit. Styly, které se vztahují ke zdraví a ke zvládnání stresu v pozitivním slova smyslu, jsou zaměřeny spíše na sebe a podporují zdraví, pokud přispívají k celkovému stylu osobnosti, který je založen na optimismu, štěstí a naději (Baštecká, Mach et al., 2015).

Důležitým protektivním faktorem je také **sociální opora** jedince. Cohen & Wills (1993, in Křivohlavý, 2009) definují sociální oporu jako jakýsi tlumící systém, který slouží jako ochrana lidí vůči potencionálnímu patologickému vlivu různých stresových událostí. Krause (1989, in Křivohlavý, 2009) zase hovoří o tom, že pokud jsme si vědomi toho, že jsou tu lidé, kteří jsou připraveni nám pomoci, vzniká u nás pocit jistoty. Ten nám usnadňuje podstoupení celého rizika a povzbuzuje nás, abychom se nebáli problém řešit sami. Sociální opora člověka motivuje ke zvládnutí zátěžové situace, posiluje sebedůvěru, zvyšuje celkové sebehodnocení, navozuje u jedince kladné emoce, odvádí jeho myšlenky na jiné, posiluje snahy o zvládnání situace. Důležitá je také funkce praktická, kdy sociální opora například umožní člověku prožití odpočinku, jiných aktivit, poskytne mu důležité informace, pomoc při získání různých služeb, které mu pomohou (Mareš et al., 2002).

2.6. Diagnostika a terapie

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) je syndrom vyhoření řazen do kategorie Z 73, což zahrnuje problémy spojené s obtížemi při vedení života. Konkrétní diagnózou je Z 73.0 neboli vyhasnutí (vyhoření). Je nezbytné ho v rámci diferenciální diagnostiky odlišovat od depresivních poruch, syndromu chronické únavy nebo například alexitymie (Kebza, 2009, in Baštecká, 2009).

Volně dostupným dotazníkem ke zjištění vyhoření je **dotazník BM** – psychického vyhoření od autorů A. M. Pines & E. Aronson z roku 1980, který obsahuje 21 tvrzení a výsledkem je hodnota BQ neboli Burnout Quotient. Týká se fyzického, emocionálního a psychického vyčerpání a je dále popsán ve výzkumné části práce. Další často používanou metodou je **MBI** – Maslach Burnout Inventory autorem S. Maslach a S. E. Jacksonem z roku 1981. Metoda zkoumá emocionální vyčerpání, depersonalizaci a snížený pracovní výkon. Obsahuje 22 položek a odpovědět lze na sedmibodové Likertově škále. Další možnou

testovou metodu vytvořili Hawkins, Minirth, Maier & Thursman v roce 1990. Obsahuje 24 tvrzení, je jednoduchá a vyhoření chápe jako proces, nikoliv jako aktuální stav. Jistě je vhodné během diagnostiky vyžívat **klinické metody**, například rozhovor. Dále je možností využití sémantického diferenciálu či subjektivního hodnocení vlastní situace v rámci **PSA** – *Personal Subjective Analysis*. Jedná se o nákres přímky, kde je bod A (například zcela bezcenný), bod C (například plně hodnotný) a bod B je bodem, kterým daný člověk označí místo na přímce podle toho, kde se momentálně cítí (Křivohlavý, 2012).

Nejlepší možností je, aby k syndromu vyhoření vůbec nedošlo. Pokud ale člověk vyhoří, dá se tato situace řešit. To, jakým způsobem se z takového stavu zotaví, je jistě závislé na jeho individuálních vlastnostech a dispozicích. Prvním předpokladem je to, aby byl schopen a ochoten se podřídit tomu, kdo mu má pomoci – například poradci. Musí být ochotný převzít osobní zodpovědnost. Vyhořelému člověku lze doporučit psychoterapii, důležitá je také týmová kolegiální podpora (Rush, 2003).

3. SOUČASNÝ VÝZKUM

3.1. Výzkum v oblasti postojů ke smrti

První psychologický zájem o postoje ke smrti se váže ke konci 50. let 20. století. Je spojen se jménem Feifel, který prováděl výzkumy postojů ke smrti na geriatrických a mentálně nemocných lidech. Od poloviny 60. let se zvýšil zájem populace na téma smrti, ale opravdový boom s publikacemi o smrti nastal až od poloviny 70. let, kdy se také začaly objevovat nástroje k hodnocení strachu ze smrti, ohrožení a úzkosti ze smrti. V 80. letech vědci jednak pokračovali ve vývoji metod k měření postojů ke smrti, jednak se je snažili validovat. Objevily se časopisy o smrti, například časopis *Death Studies* (Neimeyer, Wittkowski & Moser, 2004).

V původní studii zkoumání dotazníku DAP-R autora Wonga, Reker & Gessera z roku 1994 byly zkoumány postoje ke smrti na vzorku 300 osob. Během studie byly využity metody *Death Anxiety Scale* (Templer, 1970), *Death Perspective Scale* (Hooper & Spilka, 1970), sémantický diferenciál zkonstruovaný tak, aby měřil postoje k životu a smrti, dále *Perceived Well-Being Scale* (Reker & Wong, 1984), *Zung Depression Scale* (Zung, 1965) a především *Death Attitudes Profile-Revised* (1994). Pomocí metody hlavních komponent s varimax rotací bylo určeno 5 faktorů inventáře (strach ze smrti, vyhýbání se smrti, neutrální postoj, přijetí smrti, únikové přijetí – viz. výzkumná část). Z výsledků studie

například vyplynulo, že starší dospělí mají oproti mladším menší strach ze smrti a v postoji vstřícné přijetí smrti skórují oproti nim zase výše. To se ale nedá říci o skupině osob ve středním věku. Dále bylo zjištěno, že ženy skórují významně více v postojích vstřícné přijetí smrti a únikového přijetí smrti oproti mužům. U postoje strach ze smrti byl zjištěn vztah k psychologickému distresu a depresi, u postoje vyhýbání se smrti taktéž vztah k distresu. Neutrální postoj ke smrti byl pozitivně asociován s fyzickým i psychickým well-being a negativně s depresí. Postoj přijetí smrti byl u starších dospělých také pozitivně asociován s well-being, postoj únikového přijetí prokázal zase negativní korelaci s fyzickým well-being. Metoda DAP-R prokázala poměrně slušnou reliabilitu a validita byla ověřována zjišťováním korelací s dotazníky uvedenými výše. Korelace v této konvergentní validitě byly potvrzeny dle očekávání (Wong, Reker & Gesser, 1994).

V České republice se výzkumu postojů ke smrti věnovaly doktorky Klára Machů a Olga Pechová, které zároveň přeložily do češtiny dotazník *Death Attitudes Profile-Revised*. Z výsledků jejich práce vyplynulo, že nejsilnějším faktorem ovlivňující postoje ke smrti je náboženské přesvědčení. Ve škále vstřícné přijetí smrti byl například signifikantní rozdíl mezi osobami s náboženským přesvědčením a ateisty, rozdíl byl i v ostatních škálách. Také byla zjištěna například negativní korelace mezi věkem a mírou strachem ze smrti. Mezi muži a ženami se nepotvrdil signifikantní rozdíl v postoji strach ze smrti (Machů, 2012).

Studie z Univerzity z Belgie se zabývala tím, jak souvisí náboženství a postoje ke smrti u dospělých osob. Autoři využili dotazník *Death Attitudes Profile-Revised* (DAP-R) na postoje ke smrti a co se týče náboženství, stanovili si čtyři náboženské postoje, a to: doslovné začlenění (literal inclusion), doslovné vyloučení (literal exclusion), symbolické vyloučení (symbolic exclusion) a symbolické začlenění (symbolic inclusion). Autoři tyto náboženské postoje měřili dotazníkem *Post-Critical Belief Scale* (PCBS). Výsledky například ukázaly, že doslovné začlenění pozitivně koreluje se strachem ze smrti, doslovné začlenění i symbolické začlenění pozitivně koreluje s postojem vstřícné přijetí smrti, nebo že symbolické vyloučení negativně koreluje s postojem vyhýbání smrti (Dezutter et al., 2009).

3.2. Výzkum v oblasti syndromu vyhoření

Studií na téma syndrom vyhoření proběhla celá řada, s různým zaměřením na specifické skupiny. Zaměřuji se zde hlavně na výzkumy vyhoření související s paliativní péčí.

Kvalitativně-kvantitativní studie v USA se zabývala tím, jaká je míra vyhoření u sociálních pracovníků v hospicích a také, jaká je jejich úzkost ze smrti. Autoři oslovili pracovníky z hospiců ve Wisconsinu a Minnesotě a 290 souhlasilo s výzkumem. Byl využit Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey – MBI-HSS ke změření vyhoření a také dotazník DAQ – Death Anxiety Questionnaire k měření úzkosti ze smrti. Výsledky ukázaly slabé pozitivní korelace mezi skóry v DAQ a škálami emocionální vyčerpání a depersonalizace v MBI-HSS. Z rozhovorů vyplynulo několik témat, které souvisí s vyhořením. Například se zjistilo, že spíše, než okolnosti kolem umírání vede pracovníky ke stresu vysoká klientela, dlouhý pracovní týden nebo situace, kdy se sejde několik úkolů naráz a pracovník nemá možnost vyřešit je všechny s nejvyšší kvalitou. Dalším faktorem je podle výpovědí vysoká náročnost a požadavky rodiny či samotného klienta. Pro pracovníka se potom stává práce s nimi vyčerpávající. Na druhou stranu, někteří uváděli jako důležitější faktor ke stresu organizační problémy, kolegiální neshody či problémy s vedením dané instituce (Quinn-Lee, Olson-McBride & Unterberger, 2014).

Autoři z USA zkoumali rozdíly ve vyhoření mezi zdravotními sestrami z hospiců a sestrami z jednotek intenzivní péče. Použili k tomu dotazník MBI a vzorek byl o rozsahu 167 sester z JIP a 209 sester z hospiců. Výsledky jasně ukázaly, že zdravotní sestry z hospiců vykazovaly menší míru emocionálního vyčerpání, méně často se u nich projevovala depersonalizace a vykazovaly i menší znaky sníženého pracovního výkonu oproti sestrám z intenzivní péče (Mallett, Price, Jurs & Slenker, 1991). Podobné výsledky přináší i studie z UK zkoumající lékaře specializující se na paliativní péči oproti lékařům z ostatních specializací z nemocničního prostředí. Lékaři paliativní péče vykazovaly méně stresu a větší pracovní spokojenost hned v několika oblastech práce (Graham, Ramirez, Cull, Finlay, Hoy & Richards, 1996).

Výzkumníci z Univerzity v Torontu v Kanadě se zabývaly porovnáním míry stresu a pracovní spokojenosti u pracovníků jednotky paliativní péče (PCU – palliative care unit) a pracovníků jednotky onkologické (OIU – oncology inpatient unit) ve stejném centru zaměřeného na rakovinu. Vycházeli z poznatků, že byla zjištěna vyšší míra spokojenosti u pracovníků poskytujících paliativní péči a že tyto pracovníci mají nižší předpoklad ke stresu a burnout syndromu oproti pracovníkům z center, jakými jsou například onkologie nebo intenzivní péče. Ve výzkumu byl použit dotazník vlastní konstrukce. Autoři vytvořili dotazník s 53 položkami a výslednou škálou Likertova typu. Celkový počet respondentů byl poměrně limitující – činil 60 osob. Výsledky naznačují, že pracovníci onkologické

jednotky vykazují častěji míru stresu oproti zaměstnancům jednotky paliativní péče (procentuálně 71 % z PCU, 52 % z OIU). Na druhou stranu byla pracovní spokojenost u lidí z PCU i OIU podobná, a to velmi vysoká (100 % z PCU, 97 % z OIU). Velké procento osob uvedlo, že se do práce těší. V obou týmech pracovníci cítili dobrou podporu ostatních z pracovního týmu. Co se týče nalezeného vysokého stresu, velké procento lidí odpovědělo, že se umí se stresem dobře vypořádat (Pierce, Dougherty, Panzarella, Le, Rodin & Zimmermann, 2007).

Schaufeli, Leiter & Maslach v roce 2008 uvedli, že za posledních 35 let si syndrom vyhoření získal pozornost u mnoha výzkumníků, lidí z praxe a vlastně celé veřejnosti po celém světě. Výzkum je ovlivněn metodologickými problémy, jakými jsou například výběr vzorku. Burnout není záležitostí pouze západní společnosti a objevuje se tak v různých kulturách. Někde se burnout chápe trochu odlišně nebo se používá ekvivalentního označení – například exhaustion (vyčerpání). Někteří autoři pojmají burnout jako tzv. context-free fenomén, tudíž s ním počítají i mimo pracovní oblast a zde ho i zkoumají. Většina výzkumníků k výzkumu vyhoření využívá dotazník MBI. Autoři uvádí, že do budoucna bude pro výzkumníky výzvou odhalit, jak moc jsou psychologické procesy zodpovědné za vznik burnout syndromu (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2008).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4. VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE PRÁCE

Výzkumným problémem této práce bylo **zkoumání míry vyhoření a postojů ke smrti u pracovníků přímé péče z hospiců a pracovníků přímé péče z domovů pro seniory v České republice**. Především se jednalo o porovnání daných charakteristik mezi zařízeními. Zajímalo nás, v jakém z těchto zařízení mají pracovníci větší tendence k vyhoření, ve kterém se více smrti bojí, kde ji pojmají jako konec utrpení nebo kde ji více přijímají s vírou šťastného posmrtného života. Chtěli jsme také zjistit, zda vyhoření souvisí s některým z postojů ke smrti. Například, zda souvisí vyhoření se strachem ze smrti, jak ukázala studie řeckých autorů – viz. kap. 7 (Malliariou, Zyga, Fradelos & Sarafis, 2015). Dále nás na souboru všech pracovníků zajímalo, jestli má na jejich vyhoření a různé postoje ke smrti vliv jejich věk, délka jejich praxe v pečování o seniory a umírající, praxe absolvovaná jinde a víra.

Hlavní cíle této práce tedy byly:

- Zjistit a porovnat míru syndromu vyhoření u pracovníků přímé péče vybraných hospiců a domovů pro seniory.
- Porovnat postoje ke smrti mezi pracovníky přímé péče v hospicích a pracovníky v domovech pro seniory.
- Zjistit, zda existuje souvislost mezi syndromem vyhoření a určitými typy postojů ke smrti.
- Zjistit, zda existuje souvislost mezi charakteristikami věk, délka praxe, jiná praxe a víra s mírou vyhoření a postoji ke smrti.

5. METODOLOGICKÝ RÁMEC

Ve studii byl využit kvantitativní přístup. Konkrétně se jednalo o kombinaci dotazníkového šetření, diferenciační studie a korelační studie. **Dotazníkové šetření** využívá dotazníky ke zjištění určitých charakteristik. **Diferenciační studie** zpravidla pracuje se dvěma či více

vzorky, které se porovnávají vzhledem k proměnným. Ve studii je porovnána skupina pracovníků přímé péče (PPP) z domovů pro seniory se skupinou PPP z hospiců. **Korelační studie** zjišťuje těsnost vztahů mezi proměnnými (Ferjenčík, 2000). Zde se jednalo o proměnné míra vyhoření a postoje ke smrti. Dále byl zjišťován vztah mezi věkem/délkou praxe/jinou praxí/vírou a mírou vyhoření a postoji ke smrti.

Bylo osloveno 6 zařízení – **3 hospice a 3 domovy pro seniory (DPS)** z České republiky. Ředitel z jednoho hospice nesouhlasil s výzkumem kvůli zaneprázdněnosti pracovníků, se stejným důvodem výzkum odmítl ředitel z jednoho domova pro seniory. Dále pan ředitel z jiného domova pro seniory výzkum odmítl kvůli nesouhlasu s dotazníkem o postojích ke smrti – DAP-R. Byly tedy osloveny další 2 jiné domovy pro seniory a 1 hospic, tyto již s výzkumem souhlasily. V rámci zajištění anonymity nebudou uváděny jejich názvy.

6. TESTOVÉ METODY

Byly použity dva standardizované dotazníky a krátký dotazník vlastní konstrukce na sociodemografické údaje a údaje spojené s praxí. Celý testový sešit byl před použitím podroben malé pilotní studii, kdy si 5 osob různého věku zkusilo přečíst instrukci a položky v dotaznících. Díky připomínkám byly tak provedeny drobné změny v instrukci, které zvyšovali její srozumitelnost.

6.1 Dotazník vlastní konstrukce

První **dotazník vlastní konstrukce** se dotazoval na: pohlaví, věk, délku praxe v pečování o seniory či umírající, předchozí zkušenost v pečování o seniory či umírající a také, zda se dotyčný považuje za věřícího člověka a případně, jaké náboženství vyznává. Tento krátký dotazník je k dispozici v příloze č.2.

Proměnná pohlaví byla dichotomická (žena X muž), odpověď na věk byla otevřená – mělo být vypsáno číslo v letech, tudíž metrické povahy. Délka praxe v pečování o seniory či umírající byla také otevřenou položkou metrické povahy. To, zda má dotyčný pracovník předchozí praxi v pečování o seniory či umírající odjinud bylo vyhodnoceno dichotomicky, pokud pracovník odpověděl ANO, měl ještě zodpovědět, o jakou praxi se jednalo. Položka tázací se na víru daného člověka měla tři možnosti odpovědi: považuji se za věřícího, nepovažuji se za věřícího či nechci uvést odpověď. Pokud někdo zvolil poslední možnost, bylo to posuzováno, jako by položku nevyplnil. Položka se tak stala dichotomickou

nominální proměnnou. Pro účely deskriptivní statistiky byl ještě věřící člověk tázán, jaký směr náboženství vyznává.

6.2 Death Attitudes Profile-Revised

Dále osoby vyplňovaly dotazník **Death Attitudes Profile-Revised**, neboli Revidovaný profil postoje ke smrti od autorů Wong, Reker & Gesser z roku 1994. Do češtiny byl přeložen doktorkami Klárou Machů a O. Pechovou. Přeložený dotazník byl k účelům tohoto výzkumu poskytnut doktorkou O. Pechovou. Inventář obsahuje celkem 32 tvrzení, které se při vyhodnocování rozdělují a tvoří 5 škál. Vyplňující vždy u příslušného tvrzení vyznačí na Likertově škále číslo od 1 = zcela nesouhlasím až k 7 = zcela souhlasím. Mezi těmito body jsou odpovědi nesouhlasím, spíše nesouhlasím, nevím, spíše souhlasím, souhlasím. Všechny 5 škál obsahují určitý počet jich přidělených tvrzení. Po sečtení skóru u každé dimenze se tato hodnota dělí počtem všech položek dané dimenze (Reimer, 2007).

Škály jsou následující:

- **strach ze smrti** (7 položek) – měří pocit strachu, který v nás smrt vyvolává (od úzkosti ze smrti se liší svou specifičností a sebeuvědoměním tohoto strachu),
- **vyhýbavý postoj ke smrti** (5 položek) – měří to, jak se vyhýbáme myšlenkám na smrt kvůli úzkosti z nich,
- **neutrální přijetí smrti** (5 položek) – měří, jestli vnímáme smrt jako přirozenou součást života, jako nezměnitelný fakt, jako realitu, která nepůsobí obavy, ale ani není vítána,
- **vstřícné přijetí smrti** (10 položek) – měří pozitivní postoj ke smrti, jehož základ je ve víře v šťastný posmrtný život a má vztah k náboženské víře,
- **únikové přijetí smrti** (5 položek) – postoj brán také jako postoj pozitivní, jelikož měří, jestli je smrt vnímána jako vítaná alternativa k životu plnému bolestí a utrpení (Wong, Reker & Gesser, 1994).

V tabulce 1 jsou uvedeny příklady položek jednotlivých škál a naměřená vnitřní konzistence (Cronbachova α) z původní studie (Wong, Reker & Gesser, 1994).

Tab. 1: Škály s příkladovými položkami dotazníku DAP-R a naměřená reliabilita

škála	ukázka položky	α
strach ze smrti	<i>Smrt je bezpochyby hrozivá zkušenost.</i> <i>Téma života po smrti mě hodně znepokojuje.</i>	0,86
vyhýbavý postoj ke smrti	<i>Vyhýbám se myšlenkám na smrt za každou cenu.</i> <i>Snažím se nemyslet na smrt.</i>	0,88
neutrální přijetí smrti	<i>Smrt je přirozená součást života.</i> <i>Smrt není ani dobrá, ani špatná.</i>	0,65
vstřícné přijetí smrti	<i>Věřím, že po smrti budu v nebi.</i> <i>Vidím smrt jako přechod na věčné a požehnané místo.</i>	0,97
únikové přijetí smrti	<i>Smrt ukončí všechna moje trápení.</i> <i>Smrt je vysvobozením z bolesti a utrpení.</i>	0,84

6.3 Dotazník BM – psychického vyhoření

Druhým vyplňovaným dotazníkem byl **dotazník BM – psychického vyhoření**, v originále Burnout Measure, který v roce 1980 vytvořili A. Pines a E. Aronson. Do češtiny ho přeložil Jaro Křivohlavý, který dotazník uvádí ve svých publikacích. Dotazník obsahuje 21 tvrzení, na které respondent reaguje prostřednictvím sedmi bodové škály, kde 1 = nikdy, 2 = jednou za čas, 3 = zřídka kdy, 4 = někdy, 5 = často, 6 = obvykle, 7 = vždy. Pro vyhodnocení se sčítají určité položky, z čehož vzniknou součty A a B. Následně se pomocí dané konstanty zjistí hodnota C, poté se sečte A + C a vznikne hodnota D. Následný kvocient vyhoření (**BQ = Burnout Quotient**) se zjistí jako podíl hodnoty D a konstanty 21. Dotazník měří tři aspekty vyhoření: pocit fyzického vyčerpání, pocit emocionálního vyčerpání a pocit psychického vyčerpání (Křivohlavý, 2012). Tabulka 2 uvádí příklady položek těchto aspektů z dotazníku BM. Typy vyhoření ale nejsou samostatné škály dotazníku, metoda je jednodimenzionální a výsledkem je proto stále jeden hlavní skóre (Enzmann, Schaufeli, Janssen & Rozeman, 1998). Křivohlavý (2012) uvádí, že hlavním faktorem, který sytí dotazník, je faktor vyčerpání (sytí 69 %). Reliabilita jako vnitřní konzistence je dobrá, reliabilita jako shoda v čase (test-retest reliabilita) je vysoká.

Konkrétní hodnoty ale nejsou uvedeny. Česká verze dotazníku byla získána v monografii pana Křivohlavého (Křivohlavý, 2012).

Tab. 2: Oblasti dotazníku BM a příklady položek

oblast	ukázka položky
fyzické vyčerpání	<i>Cítil(a) jsem se vyřízen(a), zničen(a).</i> <i>Byl(a) jsem slabý/á a na nejlepší cestě k onemocnění.</i>
emocionální vyčerpání	<i>Byl(a) jsem v depresi (tísni).</i> <i>Cítil(a) jsem se jako bych byl(a) nula (bezcestný/á).</i>
psychické vyčerpání	<i>Byl(a) jsem nešťastný/á.</i> <i>Cítil(a) jsem se jakoby uvězněn(a) v pasti.</i>

7. HYPOTÉZY

Na základě některých faktů, výsledků studií a také zkušenosti byly stanoveny hypotézy, které se práce pokouší obhájit. Bylo stanoveno 6 hypotéz:

- **H1: Pracovníci přímé péče v domovech pro seniory vykazují statisticky významně vyšší míru vyhoření než pracovníci přímé péče v hospicích.**
- **H2: Pracovníci přímé péče v hospicích dosahují statisticky významně vyšší skóre na škále vstřícné přijetí smrti než pracovníci přímé péče v domovech pro seniory.**
- **H3: Pracovníci přímé péče v domovech pro seniory dosahují statisticky významně vyšší skóre na škále strach ze smrti než pracovníci přímé péče v hospicích.**
- **H4: Pracovníci přímé péče v domovech pro seniory dosahují statisticky významně vyšší skóre na škále únikové přijetí smrti než pracovníci přímé péče v hospicích.**
- **H5: Existuje statisticky významný vztah mezi škálou strach ze smrti a mírou vyhoření.**
- **H6: Existuje statisticky významný vztah mezi škálou vyhýbavý postoj ke smrti a mírou vyhoření.**

H1 se předpokládá na základě faktických údajů a osobních postřehů. Jednak je mezi zařízeními rozdíl v počtu lůžek, tudíž na pracovníka v domově pro seniory může připadat více klientů, o které se během služby stará. Například v této studii činí počet lůžek v domovech pro seniory vždy nad 80, v jednom případě dokonce nad 100 lůžek. Oproti tomu v hospicích se počet lůžek pohybuje kolem 30 lůžek. Dle názoru autorky je v hospici tedy větší šance na stoprocentní věnování se klientovi a zajištění tak jeho potřeb v co nejvyšší možné míře, což může ovlivnit spokojenost zaměstnance. Dále může mít vliv samotný režim zařízení. Jelikož v hospicích se v podstatě plní přání klientů tak, aby prožili poslední chvíle co nejlépe a většinou za přítomnosti svých nejbližších, pracovníci přímé péče mohou být spokojeni z toho, že udělali vše, co pro klienta mohli za daný krátký časový úsek. V domovech pro seniory si klienti musí jistým způsobem zvyknout na režim a chod zařízení, cíl užívání služby není tolik jednoznačný, jako je tomu v hospici. Jelikož jsou zde klienti dlouhodobě, pro pracovníky se práce může stát jistým stereotypem oproti práci v hospici. Studie uvedené v kap. 3.2 navíc připomínají, že některé výzkumy ukázaly vyšší míru stresu a méně spokojenosti z práce u pracovníků z nemocniční paliativní péče (zde tedy přirovnáno k domovu pro seniory, jelikož se také nejedná o specializovanou paliativní péči) oproti pracovníkům z hospiců a domácí péče (Graham, et. al., Pierce et. al.).

K H2: Machů (2012) zjistila, že mezi lidmi s náboženským přesvědčením a bez náboženského přesvědčení existuje významný rozdíl v hodnotách škály vstřícné přijetí smrti. Poskytovatelem hospiců je často církev a část personálu tak bývá věřící (Závorková, 2011). Náš soubor toto mimo jiné potvrzuje - 82 % věřících je z hospiců. Předpokládají se proto vyšší hodnoty škály vstřícné přijetí smrti právě u těchto lidí. Hospic jako místo určené k umírání se snaží o co nejdůstojnější odchod lidí ze světa, pracovníci se často setkávají se smrtí tváří v tvář a všichni zaměstnanci v tomto vlídném prostředí pracují denně. Předpokládá se tedy, že takový způsob umírání má vliv na jejich postoj vstřícného přijetí smrti, tudíž, že tito PPP mají větší víru ve šťastný posmrtný život.

K H3: Na základě principů hospice a domovu pro seniory, které byly vysvětleny v kap. 1.6.3, se předpokládá, že PPP v hospicích se díky častějšímu setkání se se smrtí bojí smrti méně než PPP z domovů pro seniory, kde většinou není umírání tolik frekventované.

H4 stojí opět na principech obou zařízení. Pracovníci v hospicích se mohou setkat i s mladým nemocným umírajícím, u kterého smrt většinou není brána jako únik

z útrpného života, spíše jako nespravedlnost. V domově pro seniory by na druhou stranu mohla být smrt pojímána u někoho jako vysvobození, pokud se například jedná o způsob bytí, který neumožňuje kvalitní uspokojující život. Tento pohled, předpokládáme, může poté ovlivňovat pracovníka v jeho vnímání smrti jako úniku z utrpení.

H5 a **H6** je inspirována výsledky studie o postojích ke smrti a syndromu vyhoření u řeckého ošetřujícího personálu. Studie zahrnovala 110 respondentů. Autoři u nich objevili signifikantní vztah mezi škálami dotazníku DAP-R strach ze smrti a vyhýbání se smrti a škálami dotazníku MBI depersonalizace a emocionální vyčerpání. Ve všech případech byly nalezené korelace negativní (Malliariou, Zyga, Fradelos & Sarafis, 2015). Na základě projevů vyhoření lze předpokládat, že se vyhořelý člověk bude zabývat otázkami smrti poměrně často, například v souvislosti s řešením smyslu života.

8. SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Studie je zaměřena na pracovníky přímé péče. Pracovník přímé péče není pojem využívaný v zákoně o sociálních službách ani v zákoně o zdravotních službách. Termín **pracovník přímé péče (PPP)** je využit, jelikož se z praxe ví, že se používá, a hlavně zobecňuje několik pozic – pracovníka v sociálních službách, ošetřovatele, pečovatele. V zařízeních zkoumaných v této studii, vykonávají lidé na těchto pozicích vesměs stejnou práci. V některých institucích do této kategorie spadá například také zdravotní sestra či sanitář, někde se setkáme i s označením pracovník obslužné péče, zařízení mají zkrátka svá organizační schémata nastavena podle sebe. Cílová populace, na kterou lze výsledky vztahovat, by měla být složena z pracovních pozic popsaných výše, a to pozic buď z hospiců nebo domovů pro seniory v ČR.

Ve studii byla oslovena zařízení s cílovou skupinou respondentů na základě **záměrného výběru přes instituce**. Jedná se o nepravděpodobnostní metodu výběru výzkumného souboru, která využívá určitý typ služeb nebo aktivity nějaké instituce s danou cílovou skupinou, která nás ve výzkumu zajímá (Miovský, 2006).

Zařízení byla oslovena v létě 2017, samotný sběr dat probíhal v říjnu 2017. Dotazníky byly v tištěné formě předány zařízením a vyplněné odeslány poštou zpět. Analýza a vyhodnocení dat probíhalo od listopadu 2017 do ledna 2018.

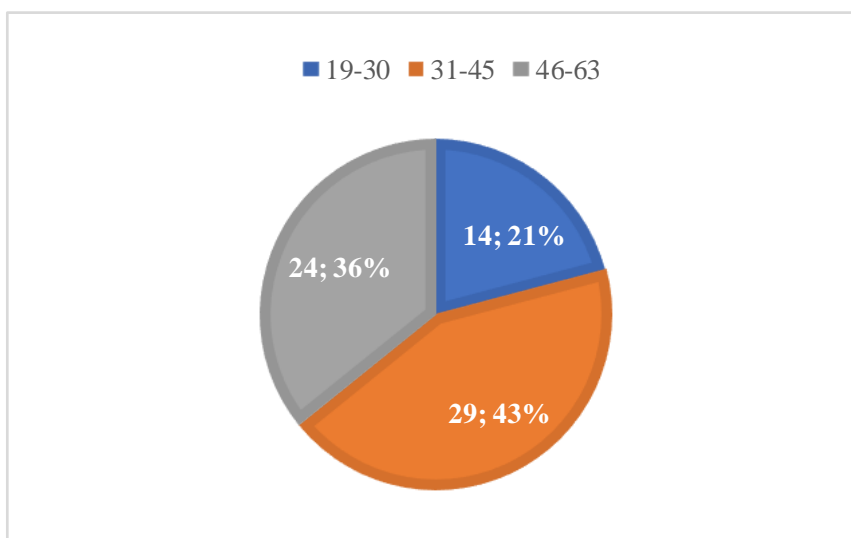
Z 90 oslovených respondentů vyplnilo dotazníky celkem **70** pracovníků přímé péče ze třech hospiců a třech domovů pro seniory. Tři respondenti museli být vyřaděni, jelikož na

první pohled zkreslili výsledky (hodnoty byly všechny stejné). Konečný **rozsah n** byl tedy **67**. Podařilo se, aby skupiny byly téměř vyrovnané, a to 34 pracovníků z hospiců a 33 pracovníků z domovů pro seniory. Proměnnou **pohlaví** nešlo moc dobře vyrovnat, jelikož drtivá většina personálu v tomto oboru jsou ženy. Proto mají ženy v souboru zastoupení v počtu 63 a muži pouze 4. V procentech je to **94 % žen** a **6 % mužů**. Konkrétně v hospicích se jednalo o poměr 31:3, v DPS byl poměr žen k mužům 32:1. Vzhledem k tomuto nepoměru není s proměnnou pohlaví dále pracováno. Následující tabulka 3 prezentuje shrnující informace o zkoumané populaci spojené s pohlavím a věkem. Graf 1 uvádí věkové zastoupení respondentů ve třech intervalech.

Tab. 3: Charakteristiky zkoumaného souboru – pohlaví, věk

	Respondenti	Pohlaví	Průměr věk	SD věk
PPP z hospiců	34	31 Ž / 3 M	43,88	10,10
PPP z DPS	33	32 Ž / 1 M	38,48	11,47
Celý soubor	67	63 Ž / 4 M	41,18	11,06

Graf 1: Zastoupení věkových skupin respondentů v absolutních četnostech a procentech



Co se týče **praxe** s péčí o seniory či umírající, **průměrem** mají respondenti **10,10** let praxe se směrodatnou odchylkou 6,41. U lidí pracujících v hospicích je to 12,60 let praxe (SD = 6,56) a u lidí z DPS je to průměrem 7,35 let praxe (SD = 5,05).

Dále mají respondenti v 37, tzn. **55 %** případech **praxi** se seniory či umírajícími i **odjinud**, 30 lidí, tzn. 45 % nemá žádnou jinou praxi. U lidí z hospiců je to 19 pracovníků, u lidí

z DPS má tuto praxi 18 lidí – rozložení je zde tedy téměř vyrovnané. Většinou byla uváděna praxe v rámci péče o umírajícího člena rodiny, praxe ze školy, z LDN nebo domácí péče.

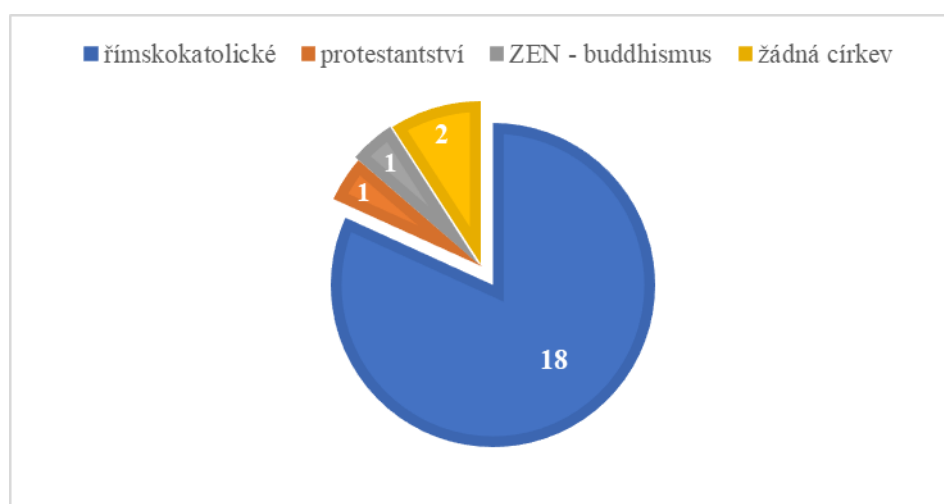
Co se týče charakteristiky **víra**, bylo tázáno, zda se dotyčný považuje za věřícího, případně v jaký směr věří či jaké náboženství vyznává. Za **věřící** se považuje celkem **28** PPP, z toho 23 z hospiců a pouze 5 z domovů pro seniory. Za nevěřící se považuje 31 lidí, 23 lidí je přitom z DPS a 8 nevěřících je z hospiců. Ostatní (8) nechtěli uvést odpověď. Pro přehled uvádím údaje souboru v tabulce č. 2.

Tab. 4: Charakteristiky zkoumaného souboru – praxe, víra

	Let praxe-průměr	Jiná praxe-počet	Věřící-počet
PPP z hospiců	12,60	19	23
PPP z DPS	7,35	18	5
Celý soubor	10,10	30	28

V rámci víry uvádím také graf 2 dle toho, **jaké náboženství** respondenti vyznávají. V 18 případech, tj. 82 % se jedná o římskokatolickou církev, ve 2 případech o žádnou konkrétní církev či sbor, v 1 případě o protestantství a v 1 případě o ZEN – buddhismus.

Graf 2.: Zastoupení náboženství u věřících respondentů



9. ANALÝZA DAT

K přepsání získaných dat do elektronické formy byl použit program Excel 2016. Data byla ručně zadána a následně upravena. K deskriptivní statistice se využívalo také Excelu. Ke zkoumání platnosti stanovených hypotéz čili k inferenční statistice, byl použit program Statistica 13 v anglické verzi.

K deskripci souboru bylo použito několik funkcí, například průměr, četnost, počet. K vyjádření se o platnosti hypotéz byly využity T-test pro dva nezávislé výběry, Mannův-Whitneyův U test, Spearmanův korelační koeficient a Pearsonův korelační koeficient. U chybějících hodnot z dotazníků byla použita imputace řádkovým průměrem respondenta (dle rozdělených škál).

T-test pro dva nezávislé výběry, který patří do velké rodiny T testů, pracuje se dvěma náhodnými nezávislými výběry a předpokládá stejné rozptyly skupin. **Pearsonův korelační koeficient** nabývá hodnot od -1 do 1 a vyjadřuje závislost dvou kvantitativních statistických znaků. Velikost hodnoty r se většinou interpretuje v rámci intervalů. Hodnota $r < 0,1$ znamená zanedbatelný vztah, $r < 0,3$ slabý vztah, $r < 0,5$ potom středně silný vztah a $r \geq$ silný vztah. Hodnota r rovna 1 značí přímou úměru mezi pozorovanými znaky, hodnota -1 značí úměru nepřímou. **Spearmanův korelační koeficient** odpovídá Pearsonovu r , ale používá se při práci s daty s nenormálním rozdělením nebo s daty ordinální povahy. Hodnoty převádí na pořadí podle jejich velikosti. **Mannův-Whitneyův U test** je neparametrickou metodou k výpočtu rozdílů hodnot mezi dvěma skupinami. Neklade na pozorovanou proměnnou podmínku normálního rozdělení (Dostál, 2017). Ve výpočtech byla použita korekce na spojitost.

Mimo určených hypotéz byly zkoumány další znaky a vztahy, použily se opět stejné testy. Hladina významnosti byla vždy stanovena na $\alpha = 0,05$. Počet stupňů volnosti byl v případě T-testu $n+m - 2$, v případě Pearsonova korelačního koeficientu $n-2$.

10. ETIKA VÝZKUMU

Etika jako nauka o morálce je důležitá v každém výzkumu včetně tom psychologickém. Americká psychologická asociace v roce 1982 přijala etické principy při výzkumu s lidmi, které lze shrnout do principů jakými jsou respekt a ohled vůči účastníkům výzkumu, právo na informace, právo na soukromí a důvěrnost informací a právo odstoupit z výzkumu (in Ferjenčík, 2010). Etický kodex ČMPS potvrzuje, že je psycholog povinen dodržovat

povinnou mlčenlivost a důvěrnost ve vzájemném vztahu s klienty (ČMPS, 2017). V tomto výzkumu byla většina etických principů uplatněna v rámci instrukce dotazníku, která je součástí přílohy 2.

V instrukci jsou uvedeny účel výzkumu, základní informace o výzkumníkovi, informace o dobrovolnosti účasti na výzkumu, informace o tom, že vyplněním respondent dává souhlas se zpracováním osobních údajů. Výzkum byl čistě anonymní, respondenti tudíž nikde nezadávali své jméno. Z praxe je známo, že se respondenti často bojí vyplnit dotazník pravdivě. Dotazníky totiž často vyplňují na sesternách, kde potom vyplněné dotazníky leží a pracovníci mají obavy, že jejich odpovědi budou spojeny s jejich jménem na základě vyplněného věku. Pro zvládnutí tohoto problému byla zařízením zaslána speciální obálka na již vyplněné dotazníky, z kterých by na ně již neměl mít nikdo po vyplnění přístup a byla tak zajištěna anonymita. Navíc zde nejsou uváděna ani jména zařízení, které jsou ve studii zahrnuta. Odměna za výzkum nebyla poskytována.

Respondenti také dostali kontakt na výzkumníka, který umožnil prostor pro případné dotazy, nejasnosti či zájem o výsledky výzkumu. Pokud by téma smrti bylo pro pracovníka citlivé, dotazník vyplňovat nemusel. Všichni měli informaci o dobrovolnosti zapojení se do výzkumu. Pokud by byly pro pracovníka dotazníky na téma smrti a vyhoření náročné a vyvolaly v nich nepříjemné pocity, mohli toto ventilovat vzkazem na konci dotazníku. V případě, že by si respondent uvědomil skrze dotazníky potřebu pomoci, v hospicích je většinou kontakt na psychologa, na kterého se může kdokoliv obrátit a v domovech pro seniory je často sociální pracovník, který by jim také poskytl případnou pomoc. Žádný takový případ se ale nevyskytl, tedy alespoň o tom nebyla podána žádná zpráva. Povaha výzkumu byla vyhodnocena jako neriziková bez nutnosti posouzení etické komise.

11. VÝSLEDKY

Nejprve byla zkoumána normalita daných výsledků. Dle histogramů odpovídají normálnímu rozložení výsledky BM dotazníku a škály přijetí smrti a únikové přijetí dotazníku DAP-R. Škály strach ze smrti a vyhýbání se smrti obsahují některé hodnoty, které lehce narušují normální rozdělení. V rámci působení centrální limitní věty se ale předpokládá, že u vyššího rozsahu by hodnoty měly normální rozdělení. Při výpočtu byly použity parametrické metody. U škály neutrálního přijetí byly výsledky značně kladně zešikmené (šikmost je rovna hodnotě -1,63), Shapiro-Wilkův test prokázal narušení

normálního rozdělení s p hodnotou rovnou nule. Při výpočtu zahrnujícím škálu neutrálního přijetí smrti byly vzhledem k rozdělení použity neparametrické metody.

Také byla vypočítána reliabilita jako vnitřní konzistence (Cronbachovo alfa) dotazníku BM a všech škál dotazníku DAP-R. V původní studii dotazníku DAP-R je zjištěná reliabilita uvedena v kap. 6.1. V tabulce 5 a 6 jsou uvedeny naměřené hodnoty reliability z našich hodnot. Hodnoty jsou si s těmi původními vcelku podobné, škála neutrální přijetí má nejnižší Cronbachovo alfa stejně jako v původní studii (Wong, Reker & Gesser, 1994). Reliabilita dotazníku BM je velmi uspokojivá. Pokud bychom za hranici nejnižší uspokojivé reliability počítali hodnotu 0,7, výsledky škály neutrální přijetí bychom považovali za limitující.

Tab. 5: Výpočet reliability (Cronbachovo alfa) škál dotazníku DAP-R

	α
DAP-R strach ze smrti	0,87
DAP-R vyhýbavý postoj	0,91
DAP-R neutrální postoj	0,55
DAP-R přijetí smrti	0,93
DAP-R únikové přijetí	0,77

Tab. 6: Výpočet reliability (Cronbachovo alfa) dotazníku BM

	α
BM dotazník	0,92

11.1 Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz

Následující část je zaměřena na zobrazení výsledků provedených statistických výpočtů vzhledem k hypotézám stanoveným v kapitole 7. Červená barva značí signifikantní vztahy.

H1: Pracovníci přímé péče v domovech pro seniory vykazují statisticky významně vyšší míru vyhoření než pracovníci přímé péče v hospicích.

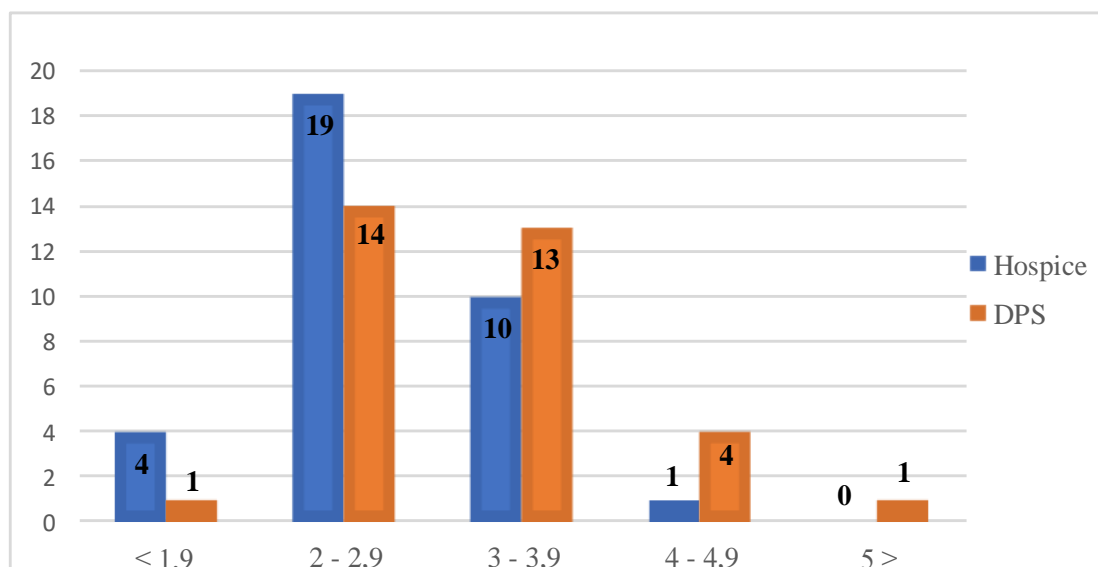
Na základě výsledků tuto hypotézu **PŘIJÍMÁME**.

Pracovníci přímé péče z domovů pro seniory ve srovnání s pracovníky z hospiců vykazují vyšší míru vyhoření, $t(65) = -2,53$; $p < 0,01$. Rozdíl ve SD = 0,16. Předpoklad stejných rozptylů byl ověřován Fisherovým F testem, jehož hodnota vyšla $F = 1,54$ a $p > 0,05$. Míra účinku Cohenova $d = -0,62$. Cohenovo d může nabývat hodnot od mínus nekonečna do plus nekonečna. Záporná hodnota Cohenova d značí, že v první skupině má sledovaná proměnná nižší hodnotu. Kladná hodnota značí opak. Pro absolutní hodnoty Cohenova d byla stanovena slovní označení, která naznačí velikost efektu. Lze z nich odvodit intervaly, do kterých hodnota spadá. Interval $< 0,2 - 0,5$ značí malý efekt, interval $< 0,5 - 0,8$ střední efekt a $0,8$ a vyšší znamená potom velký efekt (Soukup, 2013). Absolutní hodnota Cohenova d je v tomto případě tedy $0,62$ a znamenala by v rámci praktické významnosti efekt střední. V tabulce 7 jsou uvedeny hodnoty výpočtu t-testu. Graf 3 představuje absolutní četnosti hodnot vyhoření dle stanovených intervalů podle charakteristik Křivohlavého (2012). Legenda intervalů je uvedena v poznámce.

Tab. 7: Výpočet t-testu pro dva nezávislé výběry u dotazníku BM

Proměnná	Průměr hospice	Průměr DPS	SD - hospice	SD - DPS	t-hodnota	s.v.	p oboustr.	p pravoustr.
BM	2,68	3,14	0,68	0,84	-2,53	65	0,01	< 0,01

Graf 3: Vyhodnocení míry vyhoření u PPP z hospiců a domovů pro seniory



Pozn.: Hodnoty v jednotlivých sloupcích značí absolutní četnosti v intervalech.

Hodnoty $\leq 1,9$ = dobrý výsledek; interval 2 – 2,9 = uspokojivý výsledek; interval 3 – 3,9 = doporučuje se zamyslet nad smysluplností života, nad prací; 4 – 4,9 = přítomen syndrom vyhoření; 5 a více = alarmující stav, nutná psychologická pomoc.

H2: Pracovníci přímé péče v hospicích dosahují statisticky významně vyšší skóre na škále vstřícné přijetí smrti než pracovníci přímé péče v domovech pro seniory.

Na základě výsledků tuto hypotézu **PŘIJÍMÁME**.

Pracovníci přímé péče z hospiců ve srovnání s pracovníky domovů pro seniory vykazují vyšší skóre ve škále vstřícné přijetí smrti dotazníku DAP-R, $t(65) = 3,42$; $p < 0,001$. Rozdíl ve SD = 0,16. Fisherův F test vyšel $F = 1,41$ a $p > 0,05$. Míra účinku Cohenovo $d = 0,84$, jedná se tedy o velký efekt. V tabulce 8 jsou uvedeny hodnoty výpočtu t-testu.

Tab. 8: Výpočet t-testu pro dva nezávislé výběry u škály vstřícné přijetí smrti

Proměnná	Průměr hospice	Průměr DPS	SD - hospice	SD - DPS	t-hodnota	s.v.	p oboustr.	p pravostr.
Vstřícné přijetí smrti	4,60	3,61	1,10	1,28	3,42	65	< 0,01	< 0,001

H3: Pracovníci přímé péče v domovech pro seniory dosahují statisticky významně vyšší skóre na škále strach ze smrti než pracovníci přímé péče v hospicích.

Na základě výsledků tuto hypotézu **NEPŘIJÍMÁME**.

Pracovníci přímé péče z domovů pro seniory ve srovnání s pracovníky z hospiců nevykazují vyšší skóre ve škále strach ze smrti dotazníku DAP-R, $t(65) = -1,55$; $p = 0,06$; $d = -0,38$. Rozdíl ve SD = 0,16. Fisherův F test vyšel $F = 1,18$ s p hodnotou $> 0,05$. Tabulka 9 uvádí hodnoty výpočtu.

Tab. 9: Výpočet t-testu pro dva nezávislé výběry u škály strach ze smrti

Proměnná	Průměr hospice	Průměr DPS	SD - hospice	SD - DPS	t-hodnota	s.v.	p oboustr.	p jednostr.
Strach ze smrti	2,85	3,27	0,68	0,84	-1,55	65	0,13	0,06

H4: Pracovníci přímé péče v domovech pro seniory dosahují statisticky významně vyšší skóre na škále únikové přijetí smrti než pracovníci přímé péče v hospicích.

Na základě výsledků tuto hypotézu **NEPŘIJÍMÁME**.

Pracovníci přímé péče z domovů pro seniory ve srovnání s pracovníky z hospiců nevykazují vyšší skóre ve škále vyhybavý postoj ke smrti dotazníku DAP-R, $t(65) = -0,24$; $p = 0,10$; $d = -0,06$. Rozdíl ve SD = 0,12. Fisherův F test opět obhájil použití t-testu – jeho hodnota je rovna 1,21 a $p > 0,05$. Tabulka 10 zobrazuje hodnoty výpočtu.

Tab. 10: Výpočet t-testu pro dva nezávislé výběry u škály únikové přijetí smrti

Proměnná	Průměr hospice	Průměr DPS	SD - hospice	SD - DPS	t-hodnota	s.v.	p oboustr.	p jednostr.
Únikové přijetí smrti	4,03	4,11	1,25	1,37	-0,24	65	0,81	0,10

Pro výpočet posledních dvou hypotéz soubor nebyl již rozdělován na PPP z hospiců a PPP z DPS. Tedy celkový rozsah $N = 67$.

H5: Existuje statisticky významný vztah mezi škálou strach ze smrti a mírou vyhoření.

Na základě výsledků tuto hypotézu **NEPŘIJÍMÁME**.

Mezi proměnnými strach ze smrti dotazníku DAP-R a míra vyhoření dotazníku BM je Pearsonovo $r(65) = 0,20$, avšak p hodnota $> 0,05$; $r^2 = 0,04$. Vztah tudíž není signifikantní.

H6: Existuje statisticky významný vztah mezi škálou vyhýbavý postoj ke smrti a mírou vyhoření.

Na základě výsledků tuto hypotézu **NEPŘIJÍMÁME**.

Mezi proměnnými strach ze smrti dotazníku DAP-R a míra vyhoření dotazníku BM je Pearsonovo $r(65) = 0,17$, avšak p hodnota $> 0,05$; $r^2 = 0,03$. Vztah tudíž není signifikantní.

11.2 Další výsledky

Mimo hypotézy, které byly zodpovězeny v předešlé kapitole, byla věnována pozornost dalším zajímavým výsledkům a souvislostem. Nejprve byly zkoumány rozdíly mezi zařízeními ve zbylých škálách dotazníku DAP-R. Poté jsou uvedeny výsledky vztahů proměnných získaných z dotazníku vlastní konstrukce a hodnot z dotazníků BM a DAP-R.

U škály vyhýbavý postoj ke smrti byl nalezen signifikantní rozdíl mezi zařízeními. Hodnota $t(65) = -2,41$; $p = 0,01$; $d = -0,60$. Výsledky prezentuje tabulka č. 11. U zbývajících škály dotazníku DAP-R, neutrální přijetí, nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi zařízeními.

Tab. 11: Výpočet t -testu pro dva nezávislé výběry u škály vyhýbavý postoj ke smrti

Proměnná	Průměr hospice	Průměr DPS	SD - hospice	SD - DPS	t-hodnota	s.v.	p oboustr.	p jednostr.
Vyhýbavý postoj	2,94	3,87	1,44	1,71	-2,41	65	0,02	0,01

Nyní jsou zde výsledky toho, zda má věk, praxe v letech, jiná praxe a to, zda je člověk věřící vztah k vyhoření a postojům ke smrti. Ve výsledcích jsou prezentovány výsledky

obsahující signifikantní vztahy. První dvě proměnné, věk a praxe v letech, byly zkoumány Pearsonovým a Spearmanovým korelačním koeficientem. Posledními proměnnými z dotazníku vlastní konstrukce byly praxe získaná odjinud a víra. Vztah byl zkoumán u obou těchto proměnných t-testem pro dva nezávislé výběry a Mannův-Whitneyovým testem (v případě škály neutrálního přijetí).

Proměnná věk nemá na základě výpočtů významný vztah ani k jedné ze škál dotazníku DAP-R ani k hodnotám dotazníku BM.

Jako významný se naopak ukázal vztah mezi proměnnou roky praxe se škálami strach ze smrti a vyhýbání se smrti, jak prezentuje tabulka 12. Vztah je v obou případech slabý. Se škálou neutrálního přijetí nebyla nalezena signifikantní souvislost.

Tab. 12: Korelace proměnných roky praxe s dotazníkem BM a škálami dotazníku DAP-R (Pearsonův koeficient)

Proměnné	r(X,Y)	r ²	p oboustr.	N
Roky praxe				
BM	-0,05	< 0,01	0,69	65
Roky praxe				
Strach ze smrti	-0,29	0,09	0,02	65
Roky praxe				
Vyhýbavý postoj	-0,28	0,08	0,02	65
Roky praxe				
Vstřícné přijetí smrti	0,07	< 0,01	0,59	65
Roky praxe				
Únikové přijetí	-0,02	< 0,01	0,87	65

Pozn.: Uvedené korelace jsou na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Také se objevil významný vztah mezi proměnnou jiná praxe a škálou vyhýbavý postoj ke smrti (tabulka 13). Cohenovo $d = 0,65$. Se škálou neutrální přijetí opět nebyla nalezena významná souvislost.

Tab. 13: Výpočet t -testu pro dva nezávislé výběry proměnné jiná praxe s dotazníkem BM a škálami dotazníku DAP-R

Proměnné	Průměr jiná praxe	Průměr bez jiné praxe	SD - jiná praxe	SD - bez jiné praxe	t- hodnota	s.v.	p oboustr.
BM	3,06	2,71	0,88	0,65	-1,84	65	0,07
Strach ze smrti	2,95	3,18	1,08	1,16	0,86	65	0,39
Vyhýbavý postoj	2,95	3,96	1,32	1,83	2,64	65	< 0,05
Vstřícné přijetí smrti	3,95	4,31	1,31	1,23	1,15	65	0,26
Únikové přijetí	3,91	4,27	1,30	1,29	1,12	65	0,27

Pozn.: Uvedené korelace jsou na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Rozsah skupiny s jinou praxí $N_1 = 37$, rozsah skupiny bez jiné praxe $N_2 = 30$.

Dále se prokázala významná souvislost mezi proměnnou víra a škálami strach ze smrti ($d = -1,08$), vyhýbavý postoj ($d = -0,94$) a vstřícné přijetí smrti ($d = 1,86$) - tabulka 14. U škály neutrální přijetí smrti nebyl nalezen významný vztah.

Tab. 14: Výpočet t -testu pro dva nezávislé výběry proměnné víra s dotazníkem BM a škálami dotazníku DAP-R

Proměnné	Průměr věřící	Průměr nevěřící	SD - věřící	SD nevěřící	t- hodnota	s.v.	p oboustr.
BM	2,77	3,07	0,79	0,81	-1,47	57	0,15
Strach ze smrti	2,46	3,49	0,77	1,10	-4,14	57	< 0,001
Vyhýbavý postoj	2,63	4,06	1,44	1,58	-3,62	57	< 0,001
Vstřícné přijetí smrti	5,06	3,25	0,97	0,98	7,14	57	< 0,001
Únikové přijetí	4,11	3,97	1,22	1,23	0,42	57	0,67

Pozn.: Uvedené korelace jsou na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Výsledek F testu opravňuje užití T -testu. F hodnota u dotazníku BM = 1,06 s $p > 0,05$; u škály strach ze smrti $F = 2,04$ s $p > 0,05$; u škály vyhýbavý postoj $F = 1,21$ s $p > 0,05$; u škály vstřícné přijetí smrti $F = 1,03$ s $p > 0,05$ a škály únikové přijetí je $F = 1,03$ s $p > 0,05$.

Rozsah souboru věřících $N_1 = 28$, rozsah souboru nevěřících $N_2 = 31$.

V tabulce 15 jsou uvedeny korelace všech proměnných kromě škály neutrálního přijetí. Některé korelace jsou zmíněny již ve vyjádření o platnosti hypotéz. Signifikantní vztah vyšel mezi hodnotami dotazníku BM a škálou vstřícné přijetí smrti. Jedná se o negativní středně silný vztah. Hodnota $p < 0,01$ a koeficient determinace r^2 se zde rovná 0,11, tedy 11% společně sdíleného rozptylu. Škály dotazníku DAP-R mezi sebou navzájem nekorelují, vyjma škály vyhýbavý postoj a strach ze smrti, kde je nalezena pozitivní silná korelace. Koeficient determinace $r^2 = 0,37$ a $p < 0,001$.

Tab. 15: Korelace hodnot dotazníku BM a hodnot škál dotazníku DAP-R (Pearsonův koeficient)

Proměnná	BM	Strach ze smrti	Vyhýbavý postoj	Vstřícné přijetí smrti	Únikové přijetí
BM	1,00	0,20	0,17	-0,34	0,09
Strach ze smrti	0,20	1,00	0,61	-0,14	-0,06
Vyhýbavý postoj	0,17	0,61	1,00	-0,21	0,12
Vstřícné přijetí smrti	-0,34	-0,14	-0,21	1,00	0,23
Únikové přijetí	0,09	-0,06	0,12	0,23	1,00

Pozn.: Uvedené korelace jsou na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Následující tabulka 16 prezentuje korelace škály neutrálního přijetí a ostatních škál dotazníku DAP-R a také dotazníku BM. Signifikantní vyšel pouze vztah mezi škálou neutrálního přijetí a škálou strach ze smrti, a to středně silný negativní vztah.

Tab. 16: Korelace škály neutrálního přijetí s dotazníkem BM a ostatními škálami dotazníku DAP-R (Spearmanův koeficient)

Proměnné	Spearmanovo r	p oboustr.
Neutrální přijetí & BM	0,04	0,77
Neutrální přijetí & Strach ze smrti	-0,42	< 0,001
Neutrální přijetí & Vyhýbavý postoj	-0,21	0,08
Neutrální přijetí & Vstřícné přijetí smrti	0,11	0,37
Neutrální přijetí & Únikové přijetí	0,15	0,23

Pozn.: Uvedené korelace jsou na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

12. DISKUZE

V této práci byl zkoumán syndrom vyhoření a postoje ke smrti u pracovníků přímé péče v hospicích a domovech pro seniory. Zaměřili jsme se na to, jak se liší míra vyhoření a určité postoje ke smrti mezi těmito pracovníky a také na to, jestli vyhoření souvisí s některými z postojů ke smrti. Jako poslední bylo zkoumáno, zda souvisí charakteristiky jako věk, délka praxe, jiná praxe a víra s vyhořením či postoji ke smrti.

Někteří respondenti do testových sešitů vypisovali námitky k položkám dotazníku Death Attitudes Profile-Revised. Problematická byla například položka „*Jsem rozrušený/á z konečnosti smrti*“. Respondenti uváděli, že by položka měla znít spíše: *Jsem rozrušený/á z konečnosti života*. Původní formulace se pro některé stávala nesrozumitelnou. Také některé pracovníky překvapila položka: „*Smrt je sjednocení se s Bohem a věčné blaho*“. Považovali ji za silně pobožnou a často byla odpovědí na tuto položku odpověď *nevím*. Odpověď *nevím* se také z velké části objevovala u položky „*Smrt nabízí úžasné osvobození duše*“. Občas se také vyskytl komentář s tím, že byl pro respondenta dotazník DAP-R náročný. S tím se zde objevuje limit výzkumu, že někteří respondenti mohli odpovědět zkresleně, jelikož správně nerozuměli položce či raději zatrhli odpověď *nevím*. S dotazníkem Burnout Measure neměli respondenti problémy.

Rozložení naměřených hodnot kromě škály neutrálního přijetí dotazníku DAP-R se podobalo normálnímu rozdělení. Škála neutrálního přijetí byla záporně zešikmená, což znamená, že se náhodná veličina častěji realizovala s nadprůměrnými hodnotami (Dostál, 2017). Výpočty pracující s touto škálou byly tedy jako jediné provedeny neparametrickými metodami. Z tohoto lze usuzovat, že většina lidí spíše souhlasí s tvrzeními, které škála obsahuje. Při administraci testů během pilotní studie se též potvrdilo, že položky této škály byly pro respondenty nejvíce srozumitelné a nejvíce s nimi souhlasili.

12.1 Diskuze stanovených hypotéz

Budou zde diskutovány výsledky stanovených hypotéz. Ze šesti hypotéz jsme přijmuli 2. U ostatních nelze na základě námi získaných dat rozhodnout. Hypotéza 1 byla přijata. V námi zkoumaném souboru vykazují pracovníci přímé péče z domovů pro seniory vyšší míru vyhoření než pracovníci přímé péče z hospiců. Jak je uvedeno ve studiích v kap. 3.2, pracovníci na různých pozicích vykazují menší známky stresu a vyhoření a větší spokojenost, pokud se jedná o paliativní péči. U pracovníků z domovů pro seniory tedy

očekávaně vyšly vysoce signifikantně vyšší hodnoty v dotazníku vyhoření než u těch z paliativní péče. Rozdíl mezi zařízeními byl celkem malý, praktická významnost je zde ale střední. Jsou také uvedeny četnosti pro jednotlivé intervaly míry syndromu vyhoření. Kategorie „alarmující stav“ je zastoupena pouze jednou, a to u pracovníků v domově pro seniory. Počet lidí se syndromem vyhoření se vzhledem k dotazníku BM dá stanovit na 6. Dvacet tři lidí celkem má takový výsledek, kdy by bylo dobré se již zamyslet nad smyslem života a nad prací. To je již poměrně vysoký počet. Zbytek má dobré či uspokojující výsledky. Přítomnost vyhoření je u pracovníků z DPS vyšší než u těch z hospiců, což je v souladu s potvrzením hypotézy 1. Výsledný počet šesti vyhořelých pracovníků však není vyloženě vysoký, což je vcelku pozitivním výsledkem.

Jako jeden z hlavních faktorů spokojenosti se ve studii, z které byla hypotéza 1 inspirována, objevily například dobré vztahy s pacienty, příbuznými a personálem (Graham et al., 1996). Jelikož jsou v hospici jedněmi z principů osobní přístup (Svatošová, 2008), pracovníci mají většinou dobré vztahy s pacienty i s příbuznými. Dalo by se tak předpokládat, že by tento faktor mohl hrát roli v míře vyhoření. Dále by na pracovníky mohla mít vliv cílová doba pobytu pacientů. Domov pro seniory je služba určená pro dlouhodobý pobyt uživatelů (MPSV, nedat.). Klienti tam proto často bydlí i roky, oproti hospici, kde jsou pacienti většinou na krátkodobý pobyt, ať už na ten respitní či na dožití v terminálním stadiu nemoci (Svatošová, 2008). Pro pracovníky v hospicích tak nemocní většinou nepředstavují stereotypii v práci, je nutné se přizpůsobovat novým podmínkám. V DPS je tedy větší šance na monotónnost práce, což je dle Kebzy a Šolcové (2003) jeden z rizikových faktorů syndromu vyhoření. Dalšími faktory by dle předpokladů mohl být účel pobytu pacientů, jelikož v hospici je naprosto zřejmý a také počet klientů na jednoho pracovníka, který je v hospicích často menší než v DPS. Pracovníci tak mohou služby poskytovat v nejvyšší možné kvalitě všem nemocným, což může ovlivňovat jejich pracovní spokojenost. Na druhou stranu by přihlížení časté smrti a umírání mohlo působit jako velmi rizikový faktor pro vyhoření u pracovníků v hospicích, navíc, pokud prokazují vysokou dávku empatie a čelí také dlouhodobému stresu (když se například potýkají s rodinami v truchlící fázi). Jak ale uvádí doktorka Svatošová (2008), v hospici by měl pracovat pouze ten, kdo je vyrovnán se svou smrtelností a umí si vynaloženou energii zase vzít zpět. Dle výsledků hypotézy 1 můžeme tak faktory vyhoření u pracovníku domovů pro seniory považovat za rizikovější, ale bylo by jistě třeba prozkoumat toto téma i kvalitativně. Samozřejmě, že nelze vyrovnat podmínky a okolnosti práce s těmi u PPP

v hospicích, jelikož se jedná o jiný účel služby. Lze si ale uvědomit některé postupy, na kterých lze pracovat. Jedná se například o monotónnost práce. Pokud PPP v hospicích jsou zvyklí na měnící se klienty v krátkých časových údobích, PPP v domovech pro seniory by si alespoň mohli spravedlivě střídat oddělení, na kterých během služeb pracují či si jinak rozdělovat konkrétní klienty na jednom oddělení. V některých zařízeních je tento způsob již prováděn. Jelikož PPP v hospicích často zároveň poskytují dle mého názoru určitou laickou formu psychologické pomoci rodinám i samotným pacientům, mají s nimi většinou dobrý, důvěrnější vztah. Doporučením pro pracovníky v DPS by tak mohlo být rozvíjení i těchto vztahů. Hospic většinou poskytuje méně lůžek než DPS, pracovník má tak během služby na starost méně klientů. Do budoucna by bylo tak jistě vhodné řešit počet klientů na jednoho pracovníka a v neposlední řadě i jejich finanční ohodnocení.

Hypotézu druhou jsme také správně predikovali. Pracovníci přímé péče v hospicích skórují výše ve škále vstřícné přijetí smrti než pracovníci přímé péče v domovech pro seniory. Nebyl ale nalezen příliš velký rozdíl. Praktická významnost je zde však uspokojující, je zde velký efekt, stejně jako statistická významnost, která je velmi vysoce signifikantní. Jak zjistila Machů (2012), lidé s náboženským přesvědčením skórují ve škále vstřícné přijetí smrti dotazníku DAP-R výše než lidé bez náboženského přesvědčení. Jelikož je v tomto výzkumu 82 % věřících pracujících v hospici, zdá se, že na signifikantní rozdíl v hodnotách této škály mezi zařízeními poukazuje právě víra. Vyšší četnost věřících v hospici jsme předpokládali, jelikož poskytovatelem hospiců jsou často církve (Závorková, 2011). Je zde tudíž určitá pravděpodobnost častějšího výskytu věřících lidí. V tomto výzkumu jsou všechna hospicová zařízení poskytována církví, naproti tomu domovy pro seniory jsou státními organizacemi. Pokud bychom nebrali v potaz pouze charakteristiku víra, svou roli ve skórech vstřícné přijetí smrti by mohl hrát i princip zařízení. Škála vstřícné přijetí smrti je brána jako postoj pozitivní a v zařízení, jakým je právě hospic, se jistě celý tým specializovaných zaměstnanců snaží o tento pozitivnější náhled na smrt a umírání, jelikož je k umírání určen.

Hypotézu třetí jsme nepřijmuli. Nebylo prokázáno, že by pracovníci přímé péče z domovů pro seniory skórovaly ve škále strach ze smrti výše než pracovníci přímé péče z hospiců. Náš předpoklad inspirovala například studie z USA, která zkoumala postoje ke smrti u zdravotních sester z onkologických a chirurgických oddělení. Ukázalo se, že sestry, které trávily s terminálně nemocnými pacienty a umírajícími více času, skórovaly více v pozitivních postojích ke smrti (Dunn, Otten & Stephens, 2005). Logicky by potom sestry

ze zařízení, kde se s umírajícími nesetkávají tak často, a tudíž s nimi netráví tolik času (v domově pro seniory není cíl služby pro terminální klienty), mohly vykazovat vyšší skóre v negativních postojích ke smrti. Jedním z nich je onen strach ze smrti. Předpoklad ale potvrzen nebyl. Je například možné, že díky povinnému celoživotnímu vzdělávání, které je v současné době stanoveno na 24 hod. za 1 kalendářní rok pro jednoho pracovníka (MPSV, nedat.), se pracovníci přímé péče v DPS vzdělávají i v tématech blízkým smrti a umírání a jejich strach ze smrti se díky tomu snižuje. Je zde ale pravděpodobnost, že u většího souboru by rozdíly vyšly signifikantní. Náznak rozdílu mezi skupinami totiž je a navíc, škála strach ze smrti koreluje se škálou vyhýbavý postoj ke smrti (jak bude dále popsáno), což vzhledem k výsledkům škály vyhýbavý postoj pravděpodobnost zvyšuje.

Čtvrtou hypotézu jsme nebyli schopni přijmout. Nebyl prokázán významný rozdíl ve škále únikového přijetí smrti mezi skupinami pracovníků přímé péče. Častou odpovědí na položky této škály byla u respondentů odpověď „nevím“. Možná proto zde nevyšel žádný signifikantní rozdíl mezi skupinami. Možností by bylo snažit se více motivovat pracovníky, aby neodpovídali „nevím“ a více se zamysleli nad položkami. V instrukci však již byli požádány, aby tuto odpověď uváděli co nejméně. Možné také je, že s nějakou formou trápení se pracovníci mohou u svých pacientů setkat v obou zařízeních a pracovníci tak vnímají smrt jako pozitivní únik z tohoto světa stejně.

Pátá i šestá hypotéza se opírala o výzkum zaměřený na vztahy mezi postoji ke smrti a vyhořením a pracovalo se již s celým souborem respondentů. V jedné studii byly u škál strach ze smrti a vyhýbavý postoj ke smrti nalezeny negativní vztahy ke dvěma typům vyhoření dotazníku MBI (Malliarou, Zyga, Fradelos & Sarafis, 2015). Rush (2003) uvádí jako jeden z důsledků vyhoření ztrátu smyslu života, víry, i té v Boha, a ztrátu naděje. Při těchto ztrátách lze předpokládat, že člověk při pomýšlení na smrt bude zažívat úzkost, strach a také se bude vyhýbat myšlenkám na ní. Vztahy mezi dotazníkem BM a škálami strach ze smrti a vyhýbavý postoj ke smrti v tomto výzkumu ale nevyšly signifikantní, hypotézy jsme tudíž nepřijali. Jelikož vyhořelý člověk nemá energii ani sílu (Křivohlavý, 2009), je možné, že na přemýšlení o smrti ani není prostor nebo ona energie. Anebo se smrti nevyhýbá a ani nebojí, což by bylo nebezpečnější zjištění, pokud by šlo například o sebevražedné tendence, které v souvislosti se ztrátou smyslu života nejspíše hrozí.

12.2 Diskuze dalších výsledků

Dále jsme se zaměřili na zjištění mimo stanovené hypotézy. Ve zbylé škále neutrální postoj dotazníku DAP-R nebyly v hodnotách nalezeny významné rozdíly v rámci hospiců a DPS. Tento výsledek není zvláště překvapující, celkově zde všichni skórovali spíše vysokými hodnotami. Byl však prokázán významný rozdíl ve škále vyhýbavého postoje ke smrti mezi skupinami pracovníků. Pracovníci z domova pro seniory zde skórují signifikantně výše. Praktická významnost má střední efekt. Lze se odkázat opět na studii autorů Dunn, Otten & Stephens (2005). Vyhýbavý postoj ke smrti je jeden z negativních postojů ke smrti v dotazníku DAP-R a předpokládá se, že osoby, které se se smrti nesebkávají tak často, budou právě zde skórovat více. Navíc, ředitel jednoho z domovů pro seniory výzkum neschválil s tím, že nesouhlasí s dotazníkem DAP-R u jeho pracovníků. Položky mu připadaly nepatřičné. Nejspíše by toto mohlo svědčit i o tom, že pro někoho je téma smrti stále poměrně tabu a raději se mu vyhýbá, což odpovídá výsledkům tohoto výpočtu.

Zkoumali jsme, jaká je souvislost charakteristik zjištěných dotazníkem vlastní konstrukce s hodnotami dotazníku BM a hodnotami škál dotazníku DAP-R. Zde se pracovalo se souborem neděleným na skupinu PPP z hospiců a PPP z domovů pro seniory. Poměrně překvapující je, že proměnná věk zde nemá žádný statisticky významný vztah. Domnívali jsme se, že například škála strach ze smrti dotazníku DAP-R bude negativně korelovat s věkem, jak zjistila Machů (2012). Žádný významný vztah zde ale nebyl nalezen. Proměnná roky praxe, která udává počet let praxe s pečováním o seniory či umírající u daného respondenta, má významný negativní vztah se škálami strach ze smrti a vyhýbavý postoj ke smrti dotazníku DAP-R. Oba vztahy by byly označeny za slabé (Dostál, 2017). Tyto výsledky nejsou překvapující, jelikož s počtem let zkušeností v této oblasti se dá předpokládat menší strach ze smrti i menší snaha o vyhýbání se tomuto tématu. Pracovník se po setkávání tváří v tvář smrti a nemocnému vystavuje náročnější situaci a jak uvádí Kübler-Rossová (1995), člověk se se svou smrtelností vyrovnává po prožití kritické situace nebo ztrátě blízké osoby lépe. A nejspíše o to více, pokud se jedná o dlouholetou zkušenost s prací s umírajícími.

Další zkoumanou proměnnou byla zkušenost s pečováním o seniory či umírající odjinud (= jiná praxe). Byl zjištěn signifikantní vztah mezi proměnnou jiná praxe a škálou vyhýbavého postoje dotazníku DAP-R. Pracovníci, kteří uvedli zkušenost s pečováním i odjinud, vykazovali nižší skóre v této škále než pracovníci bez jiné praxe. Pracovníci často uváděli zkušenost s pečováním o rodinného příslušníka. Dá se tudíž předpokládat, že

po ztrátě blízké osoby nemají již tendence se tématu smrti příliš vyhýbat, jak je naznačeno i v předchozím odstavci.

Také byly zkoumány vztahy proměnné víra a ostatních škál dotazníku DAP-R a dotazníku BM. Byly nalezeny významné vztahy mezi vírou a škálou vstřícný postoj ke smrti, škálou strach ze smrti a škálou vyhýbavý postoj ke smrti. Jednalo se o velmi vysoce signifikantní statistickou významnost. Vztah mezi vírou a vstřícným přijetím smrti byl očekávaný vzhledem k hypotéze č. 2. Věřící pracovníci skórují v této škále výše. K nalezenému vztahu víry a strachem ze smrti dospěla i Machů (2012), přičemž věřící lidé prokazovali významně nižší míru strachu ze smrti. Zde se tento vztah prokázal též, a navíc se u škály vyhýbavý postoj ke smrti objevily také signifikantně nižší hodnoty skupiny věřících pracovníků. Jelikož po korelaci všech škál dotazníku DAP-R a dotazníku BM vyšlo najevo, že škála strach ze smrti silně pozitivně koreluje se škálou vyhýbavý postoj ke smrti, podobné hodnoty škál vzhledem k víře nás nepřekvapují. Míry účinku jsou u všech tří vztahů velice uspokojivé, zaměření autorů (např. Machů, 2012; Pavelková, 2014) na vztah religiozity a postojů ke smrti je tak pochopitelný.

Dalším zajímavým vztahem, který se ve výpočtech prokázal, byl například středně silný negativní vztah mezi dotazníkem BM a škálou vstřícného přijetí smrti dotazníku DAP-R. Statistická významnost byla vysoce signifikantní. Výsledek je v souladu s tvrzením Rushe (2003), které zde již bylo prezentováno. Říká, že vyhořelý člověk ztrácí víru v sebe, víru v naději a někdy i víru v Boha. Víra ve šťastný posmrtný život vesměs související i s vírou v Boha je základ škály vstřícné přijetí smrti. Proto není tento vztah překvapující.

Posledním významným zjištěným vztahem je korelace škály neutrálního postoje ke smrti a škály strach ze smrti. Byla zjištěna středně silná negativní souvislost. Statistická významnost zde byla velmi vysoce signifikantní. Při zamyšlení se nad tímto vztahem je výsledek logický, nepřekvapující. Pokud pracovník vnímá smrt jako přirozenou součást života, nezpůsobuje mu téma smrti tak velký strach.

Výsledky výzkumu jsou zajímavé. Dá se odhadovat, že vyhoření nejspíše nesouvisí s tím, zda pracovník pracuje s umírajícími či ne. Celkově byly přijaty 2 hypotézy ze 6 stanovených a byly zde diskutovány další výsledky, které práce přinesla. Kvalitativním překvapujícím zjištěním bylo, že téma smrti je pro mnoho lidí stále opravdu citlivé téma ne-li přímo tabu vzhledem k odmítnutí výzkumu jedním zařízením a komentářům o náročnosti položek. Jak uvádí Hříbalová (2011), smrt je pro lidi často tabu v případě, že se

jedná o smrt blízkého či jich samých. Smrt tabu většinou není, pokud se hovoří o smrti cizí, anonymní či veřejné. Nejspíše by bylo vhodné pracovat s tímto tématem u pracovníků přímé péče, jelikož by bylo dobré mít během pečování o seniory a umírající vyřešenou otázku vlastní smrtelnosti či ji alespoň řešit a nebát se jí řešit nebo o ní třeba mluvit.

Limity práce jsou jednak v možném zkreslení odpovědí kvůli nesrozumitelnosti dotazníku DAP-R pro některé respondenty, jak je zde již nastíněno. Dále může samotný rozsah souboru respondentů působit nepřesnosti ve výsledcích. Pro účely této práce byl však dostačující, jelikož se jedná o specifickou skupinu v populaci (navíc hospiců není v ČR mnoho). Pro příští výzkum by přesto bylo vhodné kontaktovat větší množství zařízení a zařadit tak do výzkumu vyšší počet pracovníků. Zdrojem zkreslení by také mohlo být to, že vyhořelí pracovníci vzhledem k příznakům vyhoření (ztráta energie, síly, motivace, ...) by dotazník nejspíše ani nechtěli vyplňovat. Dotazníkové šetření bylo dobrovolné, a proto nevíme, zda se ho neúčastnili pouze specifictí respondenti. Do příštích výzkumů na toto téma lze doporučit kombinaci kvantitativně-kvalitativní studie. Vzhledem k vysokému riziku vyhoření u zaměstnanců, které jsou zkoumány v této studii, je vhodné se výzkumem dále zabývat a v praxi se zaměřit na prevenci vyhoření a práci s tématem smrti.

13. ZÁVĚRY

U pracovníků přímé péče v hospicích a domovech pro seniory byla zkoumána míra vyhoření, postoje ke smrti a jejich osobní charakteristiky. Byly použity tři dotazníky: dotazník vlastní konstrukce, dotazník BM psychického vyhoření a dotazník Death Attitudes Profile-Revised. Hodnoty byly porovnány mezi zařízeními, byly korelovány různé proměnné a zjišťovány další zajímavé výsledky práce. Celkový soubor tvořilo 67 pracovníků přímé péče, z toho 34 z hospiců a 33 z domovů pro seniory.

Hlavními výsledky práce jsou:

- Bylo zjištěno, že pracovníci přímé péče v domovech pro seniory vykazují statisticky významně vyšší hodnoty vyhoření oproti pracovníkům přímé péče v hospicích. Z celkového počtu pracovníků byl z dotazníku BM zjištěn syndrom vyhoření u 6 lidí, u jednoho z tohoto počtu se jedná o alarmující stav s nutností psychologické pomoci.
- Postoje ke smrti se mezi pracovníky vzhledem k zařízením liší pouze některé. Významně se liší postoj vstřícného přijetí smrti (výše skórují PPP z hospiců)

a postoj vyhýbavého přijetí smrti (výše skórují PPP z domovů pro seniory). Postoje strach ze smrti, neutrální přijetí smrti a únikové přijetí smrti se významně mezi pracovníky neliší.

- Hodnoty dotazníku BM – psychického vyhoření významně nesouvisí s postoji strach ze smrti, vyhýbavý postoj, únikové přijetí ani neutrální přijetí smrti. Hodnoty dotazníku BM významně souvisí pouze se škálou vstřícné přijetí smrti dotazníku DAP-R. Byla zde nalezena středně silná negativní korelace.
- U proměnné věk nebyl nalezen významný vztah s dotazníkem BM ani se škálami dotazníku DAP-R. U proměnné počet let praxe byl nalezen slabý negativní vztah ke škále strach ze smrti a vyhýbavý postoj ke smrti. Také byl nalezen rozdíl ve škále vyhýbavý postoj ke smrti vzhledem k proměnné jiná praxe (praxe získána odjinud). Pracovníci s jinou praxí mají významně nižší hodnoty na této škále než pracovníci bez jiné praxe.
- Významný rozdíl se ukázal mezi věřícími a nevěřícími pracovníky ve škálách vstřícné přijetí smrti (zde věřící mají vyšší hodnoty než nevěřící), strach ze smrti (zde věřící mají nižší hodnoty než nevěřící) a vyhýbavý postoj ke smrti (věřící mají opět nižší hodnoty než nevěřící).
- Ukázalo se, že škála strach ze smrti dotazníku DAP-R silně pozitivně koreluje se škálou vyhýbavý postoj ke smrti dotazníku DAP-R. Dále se ukázalo, že škála neutrální přijetí smrti středně silně negativně koreluje se škálou strach ze smrti dotazníku DAP-R.

SOUHRN

Bakalářská práce je zaměřena na míru vyhoření a postoje ke smrti pracovníků přímé péče z hospiců a domovů pro seniory. Postoje ke smrti se měnily v průběhu minulosti. Vnímáním smrti, umírání a pohřbívání v historii se zabýval například Ariès. Dle jeho terminologie se s 20. stoletím objevuje smrt převrácená (Ariès, 2000b). Na postoje ke smrti lze nahlížet také z ontologického hlediska, jelikož se pohled na smrt mění v závislosti na věkovém období, které zrovna prožíváme. Zaměření autorů je často na úzkost ze smrti nebo strach ze smrti, na který se zaměřil například Yalom (2014). Umíráním se zabývala Kübler-Rossová, která mimo jiné stanovila 5 fází prožívání procesu umírání. V České republice se smrtí a umíráním zabývají například paní profesorka Haškovcová a paní doktorka Svatošová. Jak uvádí paní Haškovcová (2000), v České republice je smrt tabuizovaným tématem. Říčan (2006) potvrzuje, že lidé nejsou o smrti zvyklí mluvit. První zájem o téma postojů ke smrti se váže ke jménu Feifel na konci 50. letech 20. století (Neimeyer, Wittkowski & Moser, 2004).

Na syndrom vyhoření bylo poprvé upozorněno u zdravotních sester z hospiců. Jedná se o doslovné fyzické, emocionální a mentální vyčerpání. Poprvé ho v 70. letech 20. století pojmenoval Freudenberger. Rizikovými faktory vzniku vyhoření ve zdravotnictví jsou například diktátorský režim v práci, dlouhodobý kontakt s lidmi, nedostatek personálu, rutina či chybějící kladné ohodnocení (Křivohlavý, 1998).

Bylo provedeno několik výzkumů na témata postoje ke smrti a syndrom vyhoření. Ve studii Wonga, Rejera & Gessera (1994) byl například zjištěn vztah mezi věkem a postojem strach ze smrti a postojem vstřícné přijetí smrti u jejich dotazníku Death Attitudes Profile-Revised. Také zjistili, že postoje strach ze smrti a vyhýbavý postoj ke smrti mají vztah k distresu. V České republice se postoji ke smrti významně zabývaly doktorky O. Pechová a K. Machů. Machů (2012) ve svém výzkumu zjistila, že nejvýznamnější vztah k postojům ke smrti má náboženské přesvědčení. Ve výzkumech syndromu vyhoření bylo například zjištěno, že personál pracující ve sféře paliativní vykazuje většinou menší míru vyhoření a větší pracovní spokojenost oproti personálu z jiných oddělení (např. výzkum Mallett et al., 1991, Graham et al., 1996).

V této práci byl proveden kvantitativní výzkum, konkrétně dotazníkové šetření, diferenciační studie a korelační studie. Nepravděpodobnostním výběrem přes instituce bylo osloveno 6 zařízení, 3 hospice a 3 domovy pro seniory z České republiky. Celkový počet

respondentů byl 67, z toho 34 z hospiců a 33 z domovů pro seniory. Syndrom vyhoření a postoje ke smrti byly zkoumány dotazníkem *Burnout Measure* autorů Pines & Aaronson a dotazníkem *Death Attitudes Profile-Revised* autorů Wonga, Reker a Gessera. Výsledky byly vypočítány, až na škálu neutrálního přijetí dotazníku DAP-R, parametrickými metodami. Data byla zpracována v programu Excel 2016 a výpočty byly provedeny v programu Statistica 13.

Ze stanovených 6 hypotéz jsme byli schopni přijmout 2. Hypotézy byly testovány na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Výpočty byly prováděny T-testem pro dva nezávislé výběry, Mannův-Whitneyovým U testem, Pearsonovým korelačním koeficientem a Spearmanovým korelačním koeficientem.

Prvním cílem práce bylo: Zjistit a porovnat míru syndromu vyhoření u pracovníků přímé péče vybraných hospiců a domovů pro seniory. **H1** potom zněla: Pracovníci přímé péče v domovech pro seniory vykazují statisticky významně vyšší míru vyhoření než pracovníci přímé péče v hospicích. Tato hypotéza byla přijata, $t(65) = -2,53$, $p < 0,01$ a $d = -0,62$. Dle vyhodnocení Křivohlavého (2012) do kategorie, kde je prokázána přítomnost syndromu vyhoření spadá 1 člověk z hospice, 4 lidi z DPS. Do kategorie alarmujícího stavu s nutností psychologické pomoci potom pouze 1 člověk z domovu pro seniory. Celkem 23 lidí spadá do kategorie, kde je doporučeno se již zamyslet nad smysluplností života a práce. Celkem 33 lidí mělo poté uspokojivý výsledek a 5 lidí dobrý výsledek.

Dalším cílem práce bylo: Porovnat postoje ke smrti mezi pracovníky přímé péče v hospicích a pracovníky v domovech pro seniory. S tím souvisely další tři hypotézy: **H2** zněla: Pracovníci přímé péče v hospicích vykazují statisticky významně vyšší skóre na škále vstřícné přijetí smrti než pracovníci přímé péče v domovech pro seniory. Hypotézu jsme přijali, $t(65) = 3,42$, $p < 0,001$ a $d = 0,84$. **H3** byla: Pracovníci přímé péče v domovech pro seniory vykazují statisticky významně vyšší skóre na škále strach ze smrti než pracovníci přímé péče v hospicích. Tento předpoklad jsme přijmout nemohli, $t(65) = -1,55$, $p = 0,06$ a $d = -0,38$. **H4** zněla: Pracovníci přímé péče v domovech pro seniory vykazují statisticky významně vyšší skóre na škále únikové přijetí smrti než pracovníci přímé péče v hospicích. Hypotézu jsme nepřijali, $t(65) = -0,24$, $p = 0,10$ a $d = -0,06$. Jako významný se naopak ukázal rozdíl mezi zařízeními ve vyhýbavém postoji ke smrti, kde $t(65) = -2,41$, $p = 0,01$ a $d = -0,60$. V postoji neutrální přijetí smrti nebyl nalezen žádný významný rozdíl.

Následujícím cílem práce bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi syndromem vyhoření a určitými typy postojů ke smrti. V rámci toho byly stanoveny 2 hypotézy a počítalo se již s celým souborem. **H5** zněla: Existuje statisticky významný vztah mezi škálou strach ze smrti a mírou vyhoření. Hypotézu jsme nepřijali, $r(65) = 0,20$, $p > 0,05$. **H6**: Existuje statisticky významný vztah mezi škálou vyhýbavý postoj ke smrti a mírou vyhoření, jsme také nepřijali, $r(65) = 0,17$ a $p > 0,05$. Významně souvisí s vyhořením pouze škála vstřícného přijetí smrti, a to $r(65) = -0,34$ a $p < 0,01$. Jedná se o negativní středně silný vztah.

Posledním cílem práce bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi charakteristikami věk, délka praxe, jiná praxe a víra s mírou vyhoření a postoji ke smrti. Byl nalezen významný slabý vztah mezi délkou praxe a škálou strach ze smrti $r(63) = -0,29$, $p = 0,02$ a škálou vyhýbavý postoj ke smrti $r(63) = -0,28$ a $p = 0,02$. U proměnné jiná praxe byl nalezen signifikantní vztah se škálou vyhýbavého postoje ke smrti $t(65) = 2,64$ a $p < 0,05$. Proměnná víra má významný vztah ke škále strach ze smrti ($t(65) = -4,14$, $p < 0,001$ a $d = -1,08$), ke škále vyhýbavý postoj ke smrti ($t(65) = -3,62$, $p < 0,001$, $d = -0,94$) a škále vstřícné přijetí smrti ($t(65) = 7,14$, $p < 0,001$ a $d = 1,86$).

Výsledky výzkumu lze aplikovat u pracovníku přímé péče v hospicích a domovech pro seniory v České republice. Omezením je zde rozsah souboru, který by bylo dobré do příštích výzkumu zvětšit.

V souladu s výzkumy zde bylo prokázáno, že pracovníci paliativní péče vykazují menší míru vyhoření oproti pracovníkům z jiných pracovišť (Mallett et al., 1991) a také, že víra má významný vztah k postojům ke smrti (Machů, 2012). Oproti výzkumu Malliarou et al. (2015) zde nebyl zjištěn vztah mezi škálami strach ze smrti a vyhýbavý postoj ke smrti a vyhořením. Naproti tomu zde byl objeven vztah, který naznačuje, že čím vyšší míra vyhoření, tím menší víra ve šťastný posmrtný život. Výsledky lze přenést do praxe – lze se zaměřit na eliminaci příčin vyhoření v těchto zařízeních, jeho prevenci a vzdělávání pracovníků v tématech vyhoření, smrt a smrtelnost tak, aby smrt mezi nimi nebyla stále tabu. Tím spíše, když se ve své práci tyto lidé setkávají se smrtí poměrně často.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- Abdel-Khalek, A. M. & Neimeyer, R. A. (2017). Death Anxiety Scale. In Zeigler-Hill, V. & Shackelford, T. K. (Eds.) *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. DOI: 10.1007/978-3-319-28099-8_21-1
- Ariès, P. (2000a). *Dějiny smrti I*. Praha: Argo.
- Ariès, P. (2000b). *Dějiny smrti II*. Praha: Argo.
- Baštecká, B. & Mach, J. et al. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
- Baštecká, B. (Ed). (2009). *Psychologická encyklopedie*. Praha: Portál.
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
- Clements, R. & Rooda, L. A. (2000). Factor structure, reliability, and validity of the death attitude profile-revised. *Omega*. 40 (3). 453 - 463.
- ČMPS. (2017). Etický kodex psychologické profese. Získáno 24. ledna 2018 z ČMPS <https://cmeps.ecn.cz/?page=eticky-kodex>.
- Dezutter, J., Soenens, B., Luyckx, K., Bruyneel, S., Vansteenkiste, M., Duriez, B. & Hutsebaut, D. (2009). The Role Of Religion in Death Attitudes: Distinguishing Between Religious Belief and Style of Processing Religious Contents. *Death Studies*. 33, 73 - 92. DOI: 10.1080/07481180802494289
- Dostál, D. (2017). *Statistické metody v psychologii*. Získáno 23. ledna 2018 z http://www.dostal.vyzkum-psychologie.cz/skripta_statistika.pdf
- Dudová, I. (2013). Smutek a truchlení dítěte. *Pediatric pro praxi*, 14 (4), 248 – 251.
- Dunn, K. S., Otten, C. & Stephens, E. (2005). Nursing Experience and the Care of Dying Patients. *Oncology Nursing Forum*, 32 (1), 97 – 104. DOI: 10.1188/05.ONF.97-104
- Enzmann, D., Schaufeli, W. B., Janssen, P. & Rozeman, A. (1998). Dimensionality and validity of the Burnout Measure. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71, 331 – 351.
- Fendrychová, J. & Klimovič, M. et al. (2005). *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně.

- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- Graham, J., Ramirez, A.J., Cull, A., Finlay, I., Hoy, A. & Richards, M.A. (1996). Job stress and satisfaction among palliative physicians. *Palliative Medicine*, 10: 185 – 194. DOI: 10.1177/026921639601000302
- Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.
- Haškovcová, H. (1975). *Rub života – líc smrti*. Praha: Pyramida.
- Haškovcová, H. (2000). *Thanatologie*. Praha: Galén.
- Hytych, R. (2010). *Sociální reprezentace smrti v České republice a na Srí Lance*. (Diplomová práce). Masarykova Univerzita.
- Hříbalová, M. (2011). *Vnímání fenoménu smrti: výzkum pohřebních rituálů*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze.
- Jaffé, A. (2015). *Vzpomínky, sny, myšlenky C. G. Junga*. Praha: Portál.
- Kebza, V. & Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření. 2., rozšířené a doplněné vydání*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Krejčířová, O. & Treznerová, I. (2011). *Malý lexikon sociálních služeb*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Křivohlavý, J. (2012). *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. & Kaczmarczyk, S. (1996). *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Kupka, M. (2008). Klinická smrt jakožto změněný stav vědomí. *E-psychologie*, 2 (3). Získáno 25. října 2017 z <https://e-psycholog.eu/pdf/kupka-ps1.pdf>
- Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada.
- Kübler-Rossová, E. & Kessler, D. (2013). *Lekce života: O tajemstvích lidského bytí*. Brno: JOTA.

- Kübler-Ross, E. (2015). *O smrti a umírání. Co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál.
- Kübler-Ross, E. (1995). *Odpovědi a otázky o smrti a umírání: etický manuál pro mediky, sestry a lékaře*. Praha: Tvorba.
- Loučka, M. (2009). *Koncepce smrti u dětí – souvislosti vývoje*. (Diplomová práce). Masarykova Univerzita.
- Machů, K. (2012). *Postoje ke smrti*. (Diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Mallett, K., Price, J.H., Jurs, S.G. & Slenker, S. (1991). Relationships among burnout, death anxiety, and social support in hospice and critical care nurses. *Psychological reports*, 68, 1347 – 1359. DOI: 10.2466/pr0.1991.68.3c.1347
- Malliarou, M., Zyga, S., Fradelos, E. & Sarafis, P. (2015). Measuring death attitude and burnout of Greek nursing personnel. *American Journal of Nursing Science*, 4(2-1), 74-77. DOI: 10.11648/j.ajns.s.2015040201.23
- Mareš, J. et al. (2002). *Sociální opora u dětí a dospívajících II*. Hradec Králové: Nucleus.
- Matoušek, O., Kodymová, P. & Kolářková, J. (2010). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. (nedat.). Pracovník v sociálních službách. Získáno 2. února 2018 z MPSV website <https://www.mpsv.cz/cs/8108>.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. (nedat.). Sociální služby. Získáno 31. května 2017 z MPSV website <http://www.mpsv.cz/cs/18661>.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie. Rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Academia.
- Navrátilová, A. (2004). *Narození a smrt v české lidové kultuře*. Praha: Vyšehrad.
- Neimeyer, R. A., Wittkowski, A. & Moser, R. P. (2004). Psychological Research On Death Attitudes: An Overview And Evaluation. *Death Studies*, 28, 309-340. DOI: 10.1080/07481180490432324

- O'Connor, M. & Aranda, S. (2005). *Paliativní péče – pro sestry všech oborů*. Praha: Grada.
- Paul, J. (2011). *O štěstí v umírání*. Brno: Barrister & Principal.
- Pierce, B., Dougherty, E., Panzarella, T., Le, L. W., Rodin, G. & Zimmermann, C. (2007). Staff Stress, Work Satisfaction, and Death Attitudes on an Oncology Palliative Care Unit, and on a Medical and Radiation Oncology Inpatient Unit. *Journal of Palliative Care*, 23, 32-39.
- Quinn-Lee, L., Olson-McBride, L. & Unterberger, A. (2014). Burnout and Death Anxiety in Hospice Social Workers. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 10, 219-239. DOI: 10.1080/15524256.2014.938891
- Reimer, S. E. (2007). *A test of a model of positive and negative death attitudes among family caregivers of the elderly* [electronic form]. The Ohio State University.
- Rush, M. D. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů.
- Ruiz, M. (2001). *Čtyři dohody: Praktický průvodce osobní svobodou*. Praha: Pragma.
- Říčan, P. (2006). *Cesta životem: vývojová psychologie*. Praha: Portál.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. & Maslach, Ch. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*. 14 (3), 204-220. DOI: 10.1108/13620430910966406
- Schopenhauer, A. (1996). *O smrti*. Brno: „Zvláštní vydání...“.
- Sígl, M. (2006). *Co víme o smrti*. Praha: EPOCH.
- Soukup, P. (2013). Věcná významnost výsledků a její možnosti měření. *Data a výzkum – SDA info*. 7 (2), 125-148. DOI: 10.13060/23362391.2013.127.2.41
- Stock, Ch. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada.
- Svatošová, M. (2008). *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Špatenková et al. (2014). *O posledních věcech člověka. Vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén.
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.
- Thorson, J. A. & Powell, F. C. (2000) A revised death anxiety scale. *Death Studies*. 16:6, 507-521. DOI: 10.1080/07481189208252595

- Tomeš, I., Dragomirecká, E., Sedlářová, K. & Vodáčková, D. (2015). *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum.
- Topinková, E. (2005). *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén.
- Umírání.cz. (21. září 2015). *Hospic a mobilní hospic*. Získáno 2. listopadu 2017 z <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/hospic-a-mobilni-hospic>
- Vávrová, S. (2012). *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
- Výrost, J. & Slaměnik, I. (2008). *Sociální psychologie. 2., přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Grada.
- Wong, P. T. P., Reker, G. T. & Gesser, G. (1994). Death Attitudes Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitudes Toward Death. In Neymer, R. A. (Ed.), *Death Anxiety Handbook* (121-148). Washington, D.C.: Taylor & Francis.
- Yalom, I. D. (2012). *Chvála psychoterapie*. Praha: Portál.
- Yalom, I. D. (2014). *Pohled do slunce*. Praha: Portál.
- Závorková, P. (2011). Smrt očima personálu hospice. *Sociální studia. Katedra sociologie FSS MU*. 2, 137-150.
- Žmolík, M. (2005). *Postoje ke smrti v různých životních období zejména v mladé dospělosti*. (Diplomová práce). Pražská vysoká škola psychosociálních studií.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Abstrakt bakalářské práce

Příloha č. 2: Dotazník vlastní konstrukce a instrukce k vyplňování

Příloha č. 3: CD - Přepis dat v Excelu + Statistické výpočty

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Míra vyhoření a postoje ke smrti u pracovníků hospice a domova pro seniory v přímé péči

Autor práce: Tereza Šrajeroová

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 66 stran; 135 129 znaků

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 72

Abstrakt: Práce se zabývá syndromem vyhoření a postoji ke smrti. Výzkumným problémem je zkoumání míry vyhoření a postojů ke smrti u pracovníků přímé péče z hospiců a domovů pro seniory v České republice. V teoretické části je popsáno vnímání smrtelnosti v minulosti a dnes, postoje ke smrti, umírání a syndrom vyhoření (jeho příčiny, projevy, důsledky a prevence). Bylo stanoveno 6 hypotéz a přijaty byly 2. Soubor respondentů zahrnoval 67 pracovníků – 34 z hospiců a 33 z domovů pro seniory. Výběr vzorku byl proveden nepravděpodobnostní metodou přes instituce. Byly použity dotazníky *BM psychického vyhoření* (Pines & Aaronson) a *DAP-R* (Wong, Reker & Gesser). Byla zjištěna statisticky významně vyšší míra vyhoření u pracovníků z domovů pro seniory, významně vyšší skóre škály vstřícné přijetí smrti u pracovníků z hospiců a významně vyšší skóre škály vyhýbavý postoj ke smrti u pracovníků z domovů pro seniory. Signifikantní negativní vztah byl nalezen také mezi dotazníkem BM a škálou vstřícné přijetí smrti. Také byly nalezeny další významné vztahy mezi charakteristikami pracovníka a škálami dotazníku DAP-R.

Klíčová slova: smrt, postoje ke smrti, syndrom vyhoření, pracovník přímé péče

ABSTRACT OF THESIS

Title: The rate of burnout syndrome and death attitudes at care workers from hospice and nursing house

Author: Tereza Šrajerová

Supervisor: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Number of pages and characters: 66 pages; 135 129 characters

Number of appendices: 3

Number of references: 72

Abstract: The thesis deals with burnout syndrome and death attitudes. The research problem is to analyse the rate of burnout and death attitudes at care workers from hospices and nursing houses from the Czech Republic. The theoretical part details how people perceived death in the past and how they do nowadays, death attitudes, dying and burnout syndrome (causes, symptoms, consequences and prevention). The second part is about quantitative research. We identified 6 hypotheses and could accept 2. In total, 67 respondents participated (34 of them from hospices and 33 from nursing houses). We applied nonprobability sampling across institutions. Two questionnaires were used: *Burnout Measure* (Pines & Aaronson) and *DAP-R* (Wong, Reker & Gesser). We found that carers from nursing houses have significantly higher rate of burnout than those from hospices, carers from hospices significantly higher score of approach acceptance and carers from nursing house significantly higher score of death avoidance. Moreover, we found negative correlation between BM questionnaire and approach acceptance. Additionally, we found significant correlations between characteristics of carers and scales of DAP-R.

Key words: death, death attitudes, burnout syndrome, care worker

Dotazníkové šetření

Syndrom vyhoření a postoje ke smrti u pracovníků přímé péče

Vážení respondenti,

mé jméno je Tereza Šrajeroová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku. **Cílem** je zmapovat témata vyhoření a postoje ke smrti ve vybraných hospicích a domovech pro seniory z České republiky. Vyplnění mi velmi pomůže k získání údajů potřebných k bakalářské práci a zároveň Vám umožní zamyslet se nad některými otázkami. **Odpovědi** na této straně **vyplňujte dle pokynů** u každé otázky, v samotných dotaznících na dalších stranách vybírejte číslo na škále 1 - 7 dle vysvětlivek a **zakroužkujte** Vámi zvolenou odpověď. Pokud chcete **změnit** svou **odpověď**, zakřížkujte tu původní a novou zakroužkujte. Neexistuje žádná správná ani špatná odpověď, vše je na Vašem názoru.

Dotazníkové šetření je zcela dobrovolné a **anonymní**, tudíž ho **nepodepisujte**. Po vyplnění uložte dotazník do obálky. Vyplněním mi dáváte souhlas ke zpracování vyplněných údajů pro účely mé práce. Vyplnění Vám zabere **asi 10 – 15 minut**. V případě dotazů mne neváhejte kontaktovat.

Velmi si vážím Vašeho času a děkuji za vyplnění,

Tereza Šrajeroová

E-mail: tereza.srajerova@seznam.cz

1. Pohlaví: (Zakřížkujte)

₁ Žena

₂ Muž

2. Věk: (Vypište celé číslo) _____

3. Jaká je délka Vaší praxe v pečování o seniory či umírající? (Odpověď vypište v letech)

4. Máte předchozí zkušenost v pečování o seniory či umírající? (Odpověď zakroužkujte, v případě odpovědi ANO vypište, jakou zkušenost)

₁ Ano – vypište jakou?

₂ Ne

5. Považujete se za věřícího člověka? (Zakřížkujte, v případě odpovědi ANO vypište, který směr či náboženství)

₁ Ano – v jaký směr či náboženství věříte?

₂ Ne

₃ Nechci uvést