

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Psychosociální stav pracovníků
Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích**

bakalářská práce

Autor práce: Monika Levá
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory
Vedoucí práce: doc. PhDr. Jiří Jankovský, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 3. 5. 2013

ABSTRAKT

Klíčová slova:

Hospic sv. Jana N. Neumanna

Pomáhající pracovníci

Psychosociální zátěž

Syndrom vyhoření

Tato bakalářská práce se zabývá psychosociálním stavem pracovníků Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích.

Teoretická část práce je zaměřena na důležitost životní etapy stáří a následné prožití smrti, její tabuizaci a mylné představy společnosti o umírání a paliativní léčbě. Popisuje koncept a cíle paliativní léčby a hospiců jako vyvedení umírajících ze slepých uliček.

Práce je zaměřena na pracovníky hospice, kteří jsou vystaveni zátěžovým situacím, typickým pro doprovázení umírajících. Hospicová péče vyžaduje přístup multidisciplinárního týmu. Ten předpokládá týmovou spolupráci lékařů, zdravotních sester, ošetřovatelů, sociálních pracovníků, duchovních a počítá též se zapojením rodiny a dobrovolníků.

Zátěžové situace mohou mít podstatný vliv na vznik syndromu vyhoření. Často vedou k narušení psychické rovnováhy, což se projevuje změnou prožívání, uvažování i chování.

Vůči zátěžovým situacím je každý člověk jinak odolný, každý má jinou frustrační toleranci. Tato míra odolnosti závisí na intrapsychických a externích zdrojích zvládnutí.

Léčba syndromu vyhoření není jednoduchá, a jako u každé nemoci je důležité včasné rozpoznání problému. Jeho léčba prezentuje pravidla změn v chování a konkrétní praktická opatření pro jeho potlačení.

Práce obsahuje seznam protektivních zdrojů zvládnutí zátěžových situací, které jsou efektivně využitelné již při přípravě na budoucí pomáhající profesi.

V metodologické části práce je obhájen výběr kvalitativní výzkumné strategie a případové studie.

Dotazovací technikou je polostrukturované interview. Data byla získána metodou audiozáznamu. Metoda kódování mi pomohla zanalyzovat získaná data do kategoriálních a typologických trsů. Pozornost věnuji charakteristice záměrně zvoleného případu- Hospici sv. Jana N. Neumanna a šesti respondentkám, které byly vybrány kritériální technikou. V závěru metodologické části práce je uvedena hlavní výzkumná otázka a objasněny tři vedlejší výzkumné otázky:

HVO: Jaké zdroje a strategie zvládnání zátěžových situací pomáhají pracovníkům hospice zachovat a posilovat jejich psychosociální stabilní stav?

Cílem práce bylo:

- Proniknout do hloubky problému, hledat souvislosti v pracovním a rodinném životě pomáhajících pracovníků.
- Detailně rozebrat zátěžové situace, které pracovníci hospice vnímají jako zátěžové.
- Věnovat pozornost zásadám psychohygieny, vnitřním a vnějším zdrojům zvládnání, které pracovníci uplatňují jako prevenci syndromu vyhoření.

Empirická část práce prokazuje existenci a typizaci zátěžových situací. Pracovníci záměrně uplatňují zásady psychohygieny jako prevenci syndromu vyhoření, využívají svých vnitřních a vnějších zdrojů zvládnání.

Výzkum přináší celistvý obraz na psychosociální stav pracovníků hospice. Poodkrývá místa, na která je vhodné se zaměřit, aby bylo dosaženo stabilního psychosociálního stavu pracovníků a následně co nejlepší kvality služeb.

Výsledky mohou sloužit jako cenné informace a praktické rady pro budoucí i nynější pracovníky v pomáhajících profesích pro zachování stabilního psychosociálního stavu.

ABSTRACT

Key words:

Helping workers

Psychosocial load

Syndrome of burning out

The Hospice of St Jan N. Neumann

This bachelor work deals with psycho-social condition of people working in the Hospice of St Jan N. Neumann in Prachatice.

The work is aimed at hospice workers who are exposed to load situations which are typical for providing accompaniment for the dying. Hospice care needs the admittance of a multidisciplinary team. It requires cooperation of physicians, nurses, hospital attendants, psychologists, social workers, clergies. Family and volunteers should also be included.

The theoretical part is directed at the importance of living stage of the old age and the following death experience, a taboo process associated to death and wrong conception of our society regarding dying process and palliative treatment. It describes the concept and goals of palliative treatment and hospices like taking a dying person out from the false lines.

Load situations can essentially influence the formation of the syndrome of burning out. It often leads to disruption of psychical balance, which is usually manifested by change in experiencing, thinking and behaviour as well.

Each person is differently immune to load situations, each of us has different frustrating tolerance. The immunity rate depends on internal psychical and external sources of dealing with the situations.

The treatment of the syndrome of burning out is not easy and therefore the well-timed recognition of the problem is important. The treatment presents rules of behavior changes and concrete practical measures of its suppression.

The bachelor work support list practically usable pieces of advice-how to fight with stress of everyday life and how to prevent the syndrome of burning out.

The selection of qualitative explorative strategy and a case study is detended in the methodological part of the work.

A semi-structural interview is used like the technique of questioning. All data were received by the method of audio recording. The method of coding helped to analyze and divide the received data into categorial and typological clusters. The attention is paid to the characteristics of deliberately chosen case in the Hospice of St Jan N. Neumann and to six respondents who were chosen by the criterial technique. The main explorative question and eplanation of three supplementary explorative questions are mentioned in the ending of the methodological part.

MRQ: Which sources and strategies of dealing with load situations help the Hospice workers to maintain and strengthen their psycho social stable condition?

The aim of the work was:

- Was to break into the depth of the problem, to look for the connection in work and family life of the helping workers.
- To analyze the details of load situations which the hospice workers perceive like load ones.
- To pay attention to the psychohygiene principles, introvert and external coping sources, which the hospice workers use like prevention against the syndrome of burning out.

The empirical part of the work proves the existence and standardization of load situations. The workes intentionally keep the rules of psychohygiene against burnout. They make use of introvert and external sources.

The research brings compact reflection of psycho-social condition of the hospice workers. It shows the places, which are suitable to aim at to receive stable psycho-social condition of workers and subsequently the best quality of services.

The results can help like valuable information and practical advice for future and contemporary workers in helping professions for keeping stable psycho-social condition.

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2013

.....

Monika Levá

Poděkování

Děkuji panu doc. PhDr. Jiřímu Jankovskému, Ph.D. za odborné vedení mé práce, poskytnutí cenných rad a ponechání volného prostoru v tvorbě.

Ráda bych také poděkovala pracovníkům Hospice sv. Jana N. Neumanna za jejich ochotu zúčastnit se výzkumu a otevřenost při rozhovorech.

OBSAH

Úvod	10
1 Současný stav	11
1.1 Umírání a smrt	11
1.1.1 Mýty o umírání a paliativní péči	13
1.2 Paliativní léčba.....	14
1.2.1 Hospice.....	15
1.3 Pracovníci multidisciplinárního týmu v rámci hospicové péče.....	16
1.4 Zátěžové situace a jejich působení.....	17
1.4.1 Zátěžové situace u pracovníků hospice	19
1.4.2 Způsoby zvládnání zátěžových situací	20
1.5 Charakteristika syndromu vyhoření.....	25
1.5.1 Vznik a vývoj syndromu vyhoření	26
1.5.2 Příznaky syndromu vyhoření.....	28
1.5.3 Léčba syndromu vyhoření	28
1.5.4 Prevence syndromu vyhoření	30
2 Metodologická část	32
2.1 Výběr případu	32
2.2 Charakteristika výběrového souboru	33
2.3 Výzkumná strategie	33
2.4 Typ výzkumu	34
2.5 Metoda získání kvalitativních dat.....	35
2.6 Metoda zpracování kvalitativních dat.....	36
2.7 Metoda analýzy kvalitativních dat.....	36
2.8 Operacionalizace výzkumu.....	36
3 Empirická část.....	38
3.1 Situace ohrožující psychosociální stav	38
3.1.1 Specifičnost zátěžových situací v hospici	38
3.1.2 Vztah k práci v hospici	40
3.1.3 Zkušenosti se syndromem vyhoření a jeho prevence	40

3.1.4 Psychosociální stabilita	42
3.1.5 Dílčí závěr	43
3.2 Intrapsychické zdroje zvládání pracovních zátěžových situací	45
3.2.1 Osobnostní charakteristiky pracovníků Hospice	45
3.2.2 Spiritualita jako faktor pro zachování psychosociální stability	47
3.2.3 Motivy pro práci s umírajícími	48
3.2.4 Dílčí závěr	48
3.3 Externí zdroje zvládání pracovních zátěžových situací	49
3.3.1 Pozitivní faktor sociální opory pro zvládání zátěžových situací	50
3.3.2 Důležitost vzdělávání a supervize jako ochranný faktor	51
3.3.3 Pracovní podmínky a multidisciplinární tým jako faktor zvládání	52
3.3.4 Dílčí závěr	54
3.4 Zdroje a strategie zvládání zátěžových situací	55
4 Diskuze	60
5 Závěr	66
6 Seznam použitých zdrojů	68

ÚVOD

Téma bakalářské práce „Psychosociální stav pracovníků Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích“ jsem si vybrala proto, že čím déle se pohybuji ve zdravotně sociálním prostředí, tím více si všímám zátěžových, stresujících, frustrujících a konfliktních situací, které pracovníci musí umět řešit. Jakmile se v zátěžových situacích přestanou orientovat a účinně je zpracovávat, dostávají se do bezvýchodného kolotoče, ve kterém se problémy prohlubují. Obtížné vyrovnávání se s typickou zátěží, kterou povolání přináší, může být buďto nezvládnutím sféry introvertní, nebo extravertní. Chtěla bych proto zjistit, jaké zátěžové situace vedoucí ke stresu a v posledních fázích až k syndromu vyhoření, jsou typické pro pracovníky Hospice sv. Jana N. Neumanna. Jaké zdroje zvládnutí z vnitřních a vnějších zdrojů pracovníci uplatňují. V neposlední řadě bych tyto informace chtěla propojit s prevencí syndromu vyhoření a jeho léčbou.

Dodávat odvalu a sílu neodvracet se od terminálně nemocných, ale naopak se k nim přiblížit, učit se dávat i přijímat energii jedinců v terminálním stádiu onemocnění, poznávat sebe sama, přimknout se k nemocným v jejich posledních chvílích života, mít svou práci ráda a umět se lépe vyrovnat s náročnými životními situacemi, takovým návodem by se měla stát tato bakalářská práce. Pomáhající pracovníci, kteří vydrží, přijdou na to, že taková služba je oboustranně obohacující, prohloubí své myšlenky o aspektech našeho bytí, často se stávají i méně znepokojenými nad tou nejlidštější otázkou vůbec, a to nad smyslem života a nad smířením se se smrtí. Mohou pozorovat, že každé období života má svůj smysl, že smrt zaokrouhluje život do smysluplné celistvosti. Smrt je nejnáročnější pro umírajícího a jeho blízké, málokdo si uvědomuje, že tento doprovod pacienta a truchlících je psychosociálně velmi náročný i pro jejich pečující. Domnívám se, že bychom měli věnovat větší pozornost doprovázejícím, protože jakmile budou psychosociálně vyrovnání pracovníci hospiců, tak pro ně bude práce s umírajícími znamenat smysluplné poslání, které bude pracovníkům přinášet více uspokojení a dobrý pocit z dobře odvedené, potřebné práce, než smutek, stres, vyčerpání a psychickou i sociální nerovnováhu.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Umírání a smrt

„Všechno má určenou chvíli a veškeré dění pod nebem svůj čas: Je čas rození i čas umírání, čas sázet i čas trhat; je čas zabíjet i čas léčit, čas bořit i čas budovat; je čas plakat i čas smát se, čas truchlit i čas poskakovat; je čas kameny rozhazovat i čas kameny sbírat, čas objímat i čas objímání zanechat; je čas hledat i čas ztrácet, čas opatrovat i čas odhazovat; je čas roztrhávat i čas sešívát, čas mlčet i čas mluvit; je čas milovat i čas nenávidět, čas boje i čas pokoje (39).“

Smrt je přirozeným důsledkem života, je od něj neoddělitelná. Společnost téma smrti vytěšňuje, protože pro ni smrt znamená ohrožení. O smrti se nemluví, zato o stáří se v poslední době mluví více než kdysi. Zejména proto, že se mění struktura společnosti. Stárnoucích a starých lidí na celém světě přibývá (26). Nejistota života a jistota smrti, které prožíval člověk v minulosti, byly vystřídány jistotou života a nejistotou smrti, které prožívá člověk v dnešní době. Regresivní populační typ převládá nad progresivním i stacionárním. Každý člověk si v průběhu svého vývoje myšlenky na smrt uvědomí, ale současně je ze svého vědomí vytěšňuje, vytěšnění ale není úplné, a proto člověk prožívá v různých obdobích svého života strach ze smrti. Obecně platí, že větší strach zažívá starý člověk z obavy před bezmocností, před úplnou závislostí, před potížemi chronické nemoci, než před smrtí (21). Podle Tošnerové (46) je strach ze smrti, smrt a pohled na stáří jako na finanční závazek i zdroj zásadního sociálního problému, a to ageismu.

V minulých dobách si epidemie vyžádaly mnoho životů. Smrt v raném dětství byla častá a lidé v mladém či středním věku umírali na nemoci, které se dnes dají úspěšně léčit. Za posledních několik desetiletí se medicína výrazně změnila. Rozsáhlá očkování téměř zlikvidovala řadu nemocí. Používání synteticky připravených léků, zejména antibiotik, přispívá ke stále nižší úmrtnosti na infekční nemoci. Lepší péče o děti a lepší osvěta vedou k menšímu počtu chorob a podstatně nižší úmrtnosti v dětském věku. Tím

pádem roste počet starých lidí, a tak vzrůstá i množství těch, kteří trpí poruchami a chronickými potížemi spojenými se stářím.

Z historie smrti z mnoha různých zemí a kontinentů vyplývá, že se člověk v podstatě nezměnil. Smrt pro něho stále znamená hroznou a děsivou událost a strach z ní je obecný a univerzální, jakkoli si myslíme, že jsme jej již na mnoha úrovních zvládli. Změnil se ale způsob, jakým se se smrtí vyrovnáváme, přístup k umírání a přístup k umírajícím pacientům.

Stále platí fakt, že smrt je vnímána jako tabu, diskuze o ní je považována za morbidní a děti jsou z kontaktu s ní vylučovány, vyprovázeny k příbuzným nějakou nepřiliš přesvědčivou lží. Přitom skutečnost, že děti smějí zůstat doma, i když je rodina zasažena očekáváním smrti, že sdílejí společnou úzkost a obavy, jim dává pocit, že na prožívaný zármutek nejsou samy. A taková zkušenost je potom formuje, pomáhá jim vidět smrt jako součást života a pomáhá jim také růst a zrát.

Mohlo by se zdát, že postupující emancipace, pokrok ve vědách o světě i o člověku, nám poskytnou nějaké účinnější způsoby, jak sebe a své rodiny připravit na událost, která jednou musí přijít. Místo toho však jen minuly doby, kdy člověk směl zemřít v klidu a důstojnosti svého vlastního domova. Čím větších úspěchů věda dosahuje, tím více nás smrt děsí, připadá nám vzdálenější a snažíme se jí popírat. Smrt bereme často jako selhání medicíny. Umírání se stává osamělé, protože pacient je často vytržen ze známého prostředí a ve spěchu přepraven na jednotku intenzivní péče nebo na jiné nemocniční oddělení. Měli bychom více vnímat individuální přání umírajících, neměli bychom se přespříliš orientovat na techniku, přístroje, sledování krevního tlaku a jen zoufalým pokusem popírat blížící se smrt, neměli bychom zapomínat na to, že nejsme všemocní, že nejsme nesmrtelní (20). Utrpení bychom měli chápat jako událost v životě člověka, ze které lze těžit lidskost, pokoru a životní moudrost. Smrt je přece poslední a přirozená etapa života (18).

1.1.1 Mýty o umírání a paliativní péči

V myslích široké veřejnosti žije mnoho mýtů, domněnek a omylů, které vznikly z mlčení a nevědomosti a vynoří se ve chvíli, kdy se opravdu ocitneme nablízku této konečné životní etapě.

V následujícím textu jsou uvedeny na pravou míru nejčastější mylné představy spojené s umíráním a paliativní péčí.

„Umírání je plné bolesti, osamění a neporozumění, s tím se nedá nic dělat.“

Paliativní péče nabízí cestu, kdy se nemocný člověk smí plně spolehnout na to, že nebude trpět velkými bolestmi, nebude opuštěn a lidé kolem něho se budou snažit vyjít vstříc všem jeho přáním. Nablízku jsou mu doma příbuzní a přátelé, kteří mají odbornou i lidskou oporu v zaměstnancích a dobrovolnících hospice, mohou u umírajícího v hospici kdykoli přespát a trávit s ním celé poslední dny (27).

„Umírání člověk prožívá raději sám, bez společnosti svých nejbližších, bez pohledů na jeho zubožené tělo.“

Když pacient může zakončit svůj život v důvěrně známém a milovaném prostředí, neklade to na něho tak velké nároky, nemusí se přizpůsobovat cizímu, neznámému a neosobnímu prostředí a okolí. Trpělivost, známé tváře, pokrmy i vůně jsou často nezbytné a nenahraditelné. Především proto se hospice snaží o co nejbližší spolupráci s rodinou klienta (20).

„Lidé mají umírat v nemocnici proto, aby jejich nemohoucnost neviděli jejich nejbližší, zvláště pak malé děti.“

Když se člověk narodí na svět, umějí se o něho nejlépe postarat jeho nejbližší. Podobně je tomu i na konci života. Umírající člověk potřebuje ty, kteří jej mají rádi a rozumějí mu. Těm, kteří se v této důležité době o něho starají, pomáhá tato zkušenost vyrovnat se nejen s jeho smrtí, ale i se svou vlastní smrtelností. A děti, které vidí své rodiče pečovat trpělivě a s láskou o babičku nebo dědečka, budou schopny v budoucnu podobně posloužit rodičům nebo jiným blízkým lidem (20).

„Paliativní péče je určena pouze nemocnému členu rodiny.“

Paliativní péče je péčí komplexní a je zaměřena na celou rodinu. Hospic poskytuje zdravotnické, sociální, duchovní i psychologické služby rodině v době pacientovy nemoci a ani po jeho smrti péče nekončí. Různě dlouhou dobu se pracovníci a dobrovolníci hospice věnují doprovázení pozůstalých v jejich truchlení a pomáhají jim hledat nové jistoty a naděje (27).

„Hospic je moc drahý, normální člověk na zaplacení péče nemá peníze.“

Pacient platí zlomek ceny celkové péče, hospice vynakládají velké úsilí při získávání zdrojů státních i soukromých proto, aby péče v hospici byla dostupná pro každého, kdo ji potřebuje (1).

„Bolest se dá léčit pouze opioidy. Ty jsou však návykové, pacienta omámí a on pak bude zmatený.“

Paliativní péče skutečně pracuje s opioidy tehdy, kdy je třeba zvládat bolest. Dokonale zvládnutá terapie bolesti pacientovu psychiku neničí, ale naopak napomáhá tomu, aby nemusel být vyčerpáván bolestmi, mohl komunikovat se svými blízkými a žít i poslední období svého života co nejlépe. Pokud bolest odezní, je možno dávky léků snížit či zcela vysadit beze strachu z abstinčních příznaků (27).

1. 2 Paliativní léčba

Paliativní medicína vyvádí umírající ze slepých uliček, do kterých se vlivem odmítání a nepochopení smrti dostávají. Mohou se uchýlit k úvahám o euthanasii nebo naopak k náruživé léčbě, tedy oživovat umírajícího za každou cenu, jak vyřkla Haškovcová (13, s.32) *„Oddalovat smrt je ušlechtilý a vysoce hodnotný čin. Nebrat na vědomí konečnost lidského osudu je projevem lidské i profesionální neodpovědnosti, která se vymstí, a to nejméně dvakrát.“* Umírající se také mohou dostat do uličky opuštění, kdy své poslední dny musí prožít v osamění.

Koncept paliativní medicíny vychází z filozofického přesvědčení, že smrt je součástí našich životů. Principem, kterým se paliativní medicína řídí, je etická dimenze - bezpodmínečná úcta k člověku jako komplexní a jedinečné bytosti. Dalším

východiskem tohoto směru je praktická péče o fyzické pohodlí a psychosociální podpora nemocného (21).

Dříve byla paliativní péče spojována jen s terminální fází onkologických chorob, dnes je ale čím dál tím zřejmější, že má co nabídnout i v mnohem dřívějším průběhu progresivních chorob. Nejzákladnějším úkolem je dosáhnout co nejlepší kvality života nemocného. *„Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin, a který čelí problémům spojeným s život-ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení, a to časným zjištěním stavu, dokonalým zhodnocením situace a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních (24, s.22).“* Paliativní léčbě jde především o zklidnění bolesti a úzkosti umírajícího, nabízí pohodlí a útěchu, i na konci života s člověkem zachází jako se svobodnou a odpovědnou bytostí, pomáhá rodině vyrovnávat se s odchodem jejich nejbližších, integruje do péče psychologické a spirituální aspekty (45). Představuje tedy určitou filosofii péče, kdy klade důraz na biopsychosociospirituální jedinečnost každého člověka a na důležitou propojenost somatických a psychosociálních aspektů zdraví, nemoci a umírání (37).

Přestože organizační schéma poskytovatelů paliativní péče není jednotné a liší se v různých zemích, dá se říct, že typickými a specializovanými poskytovateli paliativní péče jsou nepochybně hospice.

1.2.1 Hospice

O vznik prvního hospice v Čechách se zasloužila lékařka Marie Svatošová, která v roce 1993 založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí Ecce homo, v současné době je i prezidentkou Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (13). První hospic Anežky České v Červeném Kostelci byl otevřen v roce 1995. V dnešní době je v ČR otevřeno 14 lůžkových a několik hospiců domácích (1).

„Hospic poskytuje pacientovi paliativní, především symptomatickou léčbu a péči a současně se snaží uspokojit i jeho potřeby psychické, sociální a spirituální. Neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Neslibuje vyléčení, slibuje léčitelnost (50, s. 449).“

Hospic přichází na řadu ve chvíli, kdy medicína vyčerpala veškeré možnosti vedoucí k vyléčení a nepostačuje, či není možná péče v domácím prostředí. V poskytování hospicové péče můžeme rozlišit tři formy: Domácí, stacionární a lůžkovou hospicovou péči. Z časového hlediska lze hospicovou péči rozdělit do třech období: Období pre finem, in finem a post finem.

MUDr. Marie Svatošová (42) říká, že hospic je umění doprovázet. Velmi tedy záleží na „*umělcích*“, kteří umírající doprovází v jejich poslední etapě života.

1.3 Pracovníci multidisciplinárního týmu v rámci hospicové péče

V případech, kdy práce nepřináší žádný pocit naplnění, je vina na straně člověka. Povolání nedělá člověka ještě nenahraditelným a nezastupitelným, dává k tomu jen příležitost. Například ošetřovatelky vyvaňují stříkačky, vynášejí nočníky, dělají osobní hygienu, práce, které sotva přinášejí uspokojení, ale tam, kde ošetřovatelka koná nad své víceméně předepsané povinnosti něco osobního, kde například prohodí několik slov s terminálně nemocným pacientem, tam teprve začíná šance dát životu povoláním smysl. A tuto šanci dává každé povolání. Záleží na individu, ke každé práci se více, či méně hodí jiný člověk (11).

Oddělit lékařskou profesionální suverenitu od osobních postojů k fenoménu konečnosti lidského života je prakticky nemožné. Smrt každého pacienta je také konfrontací s naší osobní smrtí. Nepomůže, když myšlenku na vlastní smrt odsuneme stranou. Pro šťastný život je důležité se s ní vyrovnat. Pokud sami vnímáme smrt jako něco strašného, děsivého a je pro nás tabu, pak nikdy nebudeme schopni dodat klid a účinnou pomoc ani pacientovi. V životě nastávají situace, kdy je léčba marná, a proto by měla být ukončena. Nikdy by však neměla končit péče. Má-li se realizovat kvalitní péče, musí se od počátku dbát na to, aby byla vedle dominantní lékařské strategie věnována soustavná pozornost duševním, duchovním a sociálním potřebám nemocných (50).

Pracovníci se potýkají s utrpením nemocných, jejich blízkých, ale často i vlastním. Naplňování principů hospicové péče je v praxi založeno především na kvalitě práce poskytovatelů této péče, na které jsou v tomto smyslu kladeny vysoké požadavky. Práce s umírajícími je specifická a náročná, vyžaduje hluboce lidský a současně profesionální přístup a dobrou týmovou spolupráci všech zapojených profesionálů. Hospicová péče tak vyžaduje přístup multidisciplinárního týmu. Předpokládá týmovou spolupráci lékařů, zdravotních sester, ošetřovatelů, sociálních pracovníků, psychologů, duchovních a počítá též se zapojením rodiny a dobrovolníků. Členové týmu plní úkoly nejen vůči konkrétním pacientům, nýbrž také vzájemně mezi sebou. Měli by se vzájemně podporovat tak, aby napomáhali vnitřnímu růstu všech členů pracovní skupiny a zamezili tak vyčerpání a syndromu vyhoření. Osobnost pomáhajících pracovníků vyžaduje ještě cosi navíc než jenom znalosti, zkušenosti a dovednosti. Předpokládají ryze charakteru, mravní čistotu a vědomí odpovědnosti vůči vyššímu mravnímu řádu (12). Péče o umírající tedy může způsobovat chronickou zátěž, jejíž důsledky se mohou projevit ve své extrémní podobě syndromem vyhoření, který pak může mít negativní dopad nejen na samotné pracovníky, ale také na kvalitu péče o klienty.

1.4 Zátěžové situace a jejich působení

Zátěžové situace mohou mít podstatný vliv na vznik syndromu vyhoření, bývají i jednou z hlavních příčin. Často vedou k narušení psychické rovnováhy, což se projevuje změnou prožívání, uvažování i chování. Zátěžové situace lze rozdělit z hlediska jejich závažnosti, vzniku a možných následků (47).

Stres je stav nadměrného zatížení či ohrožení. Znaky stresových situací jsou například pocity neovlivnitelnosti, nezvládnutelnosti a nepředvídatelnosti situace. Člověk fyziologicky reaguje na stres třemi následujícími reakcemi. Fáze obranných reakcí, uvědomění si zátěže. Následuje fáze hledání účelných strategií pro zvládnutí zátěžové situace a nakonec člověk stres buďto zvládne, vyrovná se, nebo nastávají stresem podmíněné poruchy. Stres nemusí být vždy jen škodlivý, stres dělíme na

emočně negativní distres (stresory), který má nepříznivé až škodlivé důsledky pro organismus a eustres (salutory), jehož působení je spojováno s pozitivními emocemi, které nemusí, ale mohou mít neblahé důsledky pro lidský organismus (47).

Frustrace je neočekávaná ztráta šance na uspokojení. To vyvolává prožitek zklamání a stimuluje reakce na vyrovnání se s nepříznivou situací. Pokud je ale frustrace příliš častá, člověk začne ztrácet pozitivní očekávání a řídí se tak pravidlem, pokud člověk nic dobrého nečeká, nebývá také zklamán (19).

Konflikt začíná mít negativní vliv tehdy, jestliže je skutečně závažný, trvá příliš dlouho a člověk jej není schopen řešit. Závažné jsou především vnitřní konflikty, které se odehrávají ve vědomí člověka a znamenají střetnutí dvou vzájemně neslučitelných, přibližně stejně silných tendencí. Nadměrná kumulace nezvládnutých konfliktů může působit jako stresující faktor (19).

Trauma je náhle vzniklá situace, která vede k umělému poškození nebo ztrátě jistoty a bezpečí. Člověk prožívá obavy z budoucnosti, úzkost, smutek. Trauma se projevuje především v chování člověka, vyskytují se deprese, panické a neadekvátní chování. Jedinec ztrácí um objektivitu, je ovlivněn především svými citovými prožitky (47).

Krize je narušení psychické rovnováhy v důsledku náhlého vyhocení situace či dlouhodobé kumulace a nárůstu problému. Selhávají adaptační mechanismy a tělo si říká o nutnou změnu (47).

Deprivace je stav, kdy významné potřeby nejsou uspokojovány v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu. Významným jevem deprivace je dlouhodobost. Deprivace patří k nejzávažnějším zátěžovým jevům, může nepříznivě ovlivnit jak aktuální psychický stav jedince, tak i jeho psychický vývoj do budoucna (28).

Zátěžové situace a jejich následné řešení se liší i podle jejich vzniku, podle pracovního zaměření i podle pracovního vedení.

1.4.1 Zátěžové situace u pracovníků hospice

Výkon pomáhajících profesí všeobecně bývá spojován s celou řadou obtíží, problémů a zklamání. Služba druhým vyžaduje od pracovníků určité osobnostní dispozice, vzdělání a mnohdy i ochotu přinášet oběti. Poměrně náročné požadavky na pomáhající profese mohou představovat pro některé pracovníky nepřiměřenou zátěž, jež může vést, ve spojení s psychickou, emocionální a popřípadě i fyzickou náročností výkonu takového povolání, až k naprostému vyčerpání, k tzv. syndromu vyhoření, vyhaslosti, vyprahlosti (18).

Hlavním specifikem práce v hospicích je každodenní setkávání se s umírajícími a se smrtí, což s sebou přináší neodlučitelnost stresu a emocí. Pracovníci se potýkají s utrpením nemocných, jejich blízkých, ale často i svým vlastním. Lidé v hospici umírají i přes tu nejlepší péči, která je jim věnována. Po smrti klienta, kterému pracovník věnoval péči, do které vložil veškeré úsilí, může snadno nabýt dojmu, že selhal. Již samotné nároky jsou stresovou záležitostí, nejen případné selhání. Je proto nutné upozorňovat na nezbytnost důkladné přípravy pomáhajících pracovníků. Tato příprava, i když nemůže zcela vyloučit přítomnost stresu, jej může do značné míry alespoň eliminovat. Pomáhající pracovník by měl být smířený se svou vlastní smrtí a měl by umět najít v každém období lidského života něco smysluplného.

Dle Atkinsona (2) vedou ke stresu ty události, jež by mohly ohrozit naši tělesnou nebo duševní pohodu. Již zmíněné charakteristiky stresu, tedy neovlivnitelnost, nepředvídatelnost a míra schopností, jsou typickými problémy v péči o umírající. Další zdroj stresu může představovat rozpor mezi hodnotami a životním přístupem pomáhajících pracovníků a společností. Již byla v práci zmíněna problematika tabuizované smrti. Zatímco společnost obecně chápe smrt jako negativní zážitek, paliativní ošetřovatelé přijali hodnotový systém, který staví význam smrti do odlišného, pozitivnějšího světla a dělá z ní přirozenou součást života, jež není veskrze negativní. Paliativní ošetřovatelé se v důsledku toho cítí izolovaní a zdá se jim, že je okolí nechápe. Následně tak pro ně může být obtížné vzniklý stres vyventilovat, jelikož okolí

odmítá hovořit o této problematice nebo se nedokáže vžít do pocitů pečujícího. Zdroje stresu v paliativní péči lze rozdělit do tří hlavních skupin. Tedy faktory spojené s prostředím, s pacientem a s vlastní osobou pracovníka. Payneová, Seymourová, Inglitenová (36) zmiňují konkrétní zdroje stresu: Špatné pracovní podmínky, nedostatečná pracovní příprava, nedostatek času na oddech nebo zármutek, slabé nebo negativní vztahy mezi personálem, vysoká míra organizačních změn, nedostatek podpory nebo uznání ze strany managementu, rozpory mezi ideály, pocity nedostatečnosti, osobnostní poruchy, identifikace s pacientem.

1.4.2 Způsoby zvládnání zátěžových situací

Vůči těmto zátěžovým situacím je každý člověk jinak odolný, každý má jinou frustrační toleranci. Tato míra odolnosti závisí na vrozených předpokladech, na individuálních zkušenostech i celkovém aktuálním stavu jedince. Pokud zátěž překročí frustrační toleranci, nastupují různé způsoby, jak navodit opět psychickou rovnováhu. Obvykle se člověk vyrovnává se zátěžovými situacemi útokem, agresí nebo únikem. Mezi ty méně uvědomované patří popření, potlačení, vytěsnění, racionalizace, projekce, opojení, rezignace a další.

Nastane-li situace, kdy se pracovník cítí vyprahle, pod stresem a jeho životní filosofie a myšlení se začínají ubírat negativním a bezesmyslným přístupem ke svému poslání, nastává také doba, kdy jedinec musí zmobilizovat své síly pro boj se stresem a opětovné nastolení rovnováhy. V této obraně volí různé strategie chování, tedy copingové strategie, přičemž každý člověk má tendenci ve stresové situaci jednat sobě vlastním, specifickým způsobem (3). Existuje mnoho způsobů, jak čelit stresovým situacím. Individuum je klient i pracovník, který o něj pečuje. Každý by si proto měl zvolit takový způsob jak udržovat v rovnováze svou duševní hygienu, který vyhovuje především jemu. Člověk, který se rozhodl pro poslání hospicového pečovatele, by měl od prvního dne své služby myslet na to, že je důležité umět účinným způsobem předcházet syndromu vyhoření. Pracovník by měl především znát sám sebe a vědět, co od sebe může očekávat.

Celý proces zvládání těžkostí je označován termínem „moderování stresu“ neboli „stress management“, což znamená řízení toho dění, kterým by se měl nepříjemný a nepříznivý stav stresu změnit. Pro moderování stresu se užívá řada různých faktorů - osobnostní charakteristiky, styly, strategie a techniky zvládání. Stres ovlivňují i vnější zdroje, jako např. sociální opora, profesionální pomoc, vzdělávání, pracovní podmínky atd (19).

1.4.2.1 Intrapsychické zdroje zvládání zátěžových situací

Osobnostní charakteristiky

Velmi důležitou roli při zvládání stresových a krizových situací hraje osobnost jedince, jeho vrozené dispozice a zkušenosti, které získal v průběhu zvládání stresových situací.

Každý člověk se učí zkušenostmi, pokud se opakují, může dojít k naučenému pesimismu nebo optimismu. S učením, předvídáním situací, předsudky a stereotypizací bychom měli umět pracovat. Jádrem bezmocnosti bývá naučený pesimismus. Naopak naučený optimismus, smysl pro humor a naděje zvyšují pracovní výkon a posilují tělesné a duševní zdraví. Pozitivní emoce ve vztahu k budoucnosti je možné zintenzivnit, pokud se člověk naučí pesimistické myšlenky rozpoznávat, polemizovat s nimi a zpochybňovat tak zkreslená katastrofická vysvětlení nepříznivých životních situací (34). Velmi důležitá je sebedůvěra, síla vlastního já a sebepoznání, poznávat sama sebe jednáním, nikoli především pozorováním.

Spiritualita

S pojmem spirituality je spojována myšlenka intenzity prožitku. Spirituální prožitek by měl svého nositele duchovně posilovat, existenciálně proměňovat nebo také osvětlit novým poznáním (33). Spiritualita je spojována s vírou a náboženstvím, která člověka posiluje, a když se cesta zdá jako neřešitelná, člověk má svého nejlepšího přítele, se kterým může kdykoli promlouvat, svou vnitřní víru. Dodává nám sílu, díky níž můžeme přijít na mnohé odpovědi, dokážeme se smířit a hledat smysl i v náročných životních situacích. Lidé, kteří jsou obdarováni hlubším náboženským přesvědčením, vykazují

vyšší míru spokojenosti se životem, vyšší kvalitu života, také vyšší míru osobního štěstí a podstatně menší negativní důsledky traumatických zkušeností (8).

Smysluplnost

Otázka uspokojení či neuspokojení tzv. existenciální potřeby-smysluplnosti bytí, je jedním z hlavních faktorů jak při vzniku, tak při zvládnání syndromu vyhoření. Smysluplnost je centrálním faktorem pro zvládnání všech životních těžkostí. Frankl (10), rozlišuje tři kategorie hodnot, jejichž naplněním může člověk dospět ke smysluplnosti. Jsou to hodnoty tvůrčí, které lze uskutečnit prostřednictvím vlastní práce nebo jiné tvůrčí činnosti. Dále hodnoty zážitkové, které jsou realizovány a přijímány v tom, co člověk dostává od vnějšího světa např. v podobě individuálně životně významných poznatků, vztahů a emočních zážitků, subjektivně vnímaných jako klady či zápory. A hodnoty postojové, záleží na tom, jaký člověk zaujme postoj a vztah vůči nezměnitelnému osudu. Jde o postoje jako statečnost v utrpení, důstojnost i v záhubě a ztroskotání. Frankl (10) dokazuje, že lidská existence nemůže být nikdy zcela bezsmyslná. Tyto kategorie hodnot jsou významné právě v oblasti péče o umírající, kdy se otevírají otázky po smyslu lidské existence i postoje, jaké k finalitě lidského života zaujmají jak samotní umírající, tak lidé, kteří o ně pečují a doprovázejí.

„Život člověka má svůj smysl, dokud dýchá, je při vědomí, nese odpovědnost vůči hodnotám, i kdyby to byly pouze hodnoty postoje. Realizovat postojové hodnoty je tedy vždy možné (10).“

Pokud již problém v emocionální vyrovnanosti pečujícího nastane, je možné pracovníkovi poskytnout pomoc prostřednictvím logoterapie, která mu poskytne onu zvlášť pevnou duchovní oporu, kterou duševně nejistý naléhavě potřebuje, totiž nejen k vysvětlení smysluplnosti dané situace, ale i ke kompenzaci své nejistoty. Důležité jak pro pacienta, tak pro jeho pečujícího je, aby dokázali vnímat život jako úkol, který by měli splnit, za který jsou odpovědni, ukázat, že život každého člověka má jedinečný cíl. Neměli bychom chtít vidět smysl života v pouhé slasti, v takovém případě by se musel život jevit jako bezsmyslný. Takové pojetí života je třeba zhodnotit jako bezúčelné (10). Slast totiž není nic jiného, než jistý proces v gangliových buňkách mozku. Měli bychom se proto vyvarovat dalšímu způsobu zvládnání zátěžových situací, a to opojení.

Opojení

Každý člověk, nejen pomáhající pracovník by si měl uvědomovat, že lidská rasa má tendence uchylvat se v náročných životních situacích k podnětům, které mu uleví. Záměrné a uměle navozené sebezapomenutí ulevuje příliš velkému tlaku vlastní odpovědnosti. Přístup, kdy člověk celý týden namáhavě pracuje a v neděli, tváří v tvář prázdnotě a pustotě, bezobsažnosti svého života otevírá své vědomí a dostává se tak do depresí, nebo utíká do jakýchsi stavů opojení a zapomíná na reálný život, je velmi nebezpečný. Stres, nakumulované problémy a negativní emoce nebyly vyřčeny nahlas a nebyly vyventilovány, tedy nedošlo k žádné nápravě, očistě duše, ani terapii. Člověk se dokáže snadno uchýlit k závislostem, které poté psychickou rovnováhu narušují o to více.

Payneová, Seymourová a Inglitenová (36) shledávají zásadním zdrojem zvládnání zátěže duševní hygienu. Poukazují na důležité střídání rolí nebo odpočinek od role. Zabývání se dalšími mimopracovními zájmy. Velmi důležité je vytvoření vyváženosti práce a osobního života. Umět se odměnit, nalézt smysl ve své práci.

1.4.2.2 Externí zdroje zvládnání stresu

Mezi nejvýznamnější vnější zdroje ve vztahu k jedinci patří především sociální opora, dobré mezilidské vztahy, kladné hodnocení druhých lidí, fungující multidisciplinární tým, supervize, výcvik, profesní rozvoj a příznivé pracovní podmínky.

Sociální opora

Každý člověk se rodí do různě velkých skupin lidí, vzniká kolem něho takzvaná sociální síť. S tímto souborem lidí je daná osoba v kontaktu a očekává od něho také určitou pomoc a oporu v případě potřeby. Širší pojetí sociální opory pojednává o tom, jak tuto sociální síť rozdělujeme. Celospolečenská forma pomoci představuje například sociální a ekonomickou pomoc potřebným. V takzvané mezoúrovni se již sociální skupina snaží pomoci jednomu konkrétnímu členu skupiny, nebo i jiné skupině, která se dostala do nějaké nouze. A v mikroúrovni se jedná o pomoc osobě potřebné člověkem

nejbližším. V psychologii zdraví se setkáváme s rozlišováním čtyř druhů sociální opory podle jejího obsahu a charakteru. Instrumentální opora zahrnuje praktické druhy pomoci - hmotnou a materiální pomoc. Informační opora spočívá ve zprostředkování informací a rad, které pomáhají vyrovnat se s osobními problémy. Emocionální opora představuje poskytování empatie, lásky, víry a dalších důležitých emocí. Hodnotící opora zprostředkovává komunikaci relevantní pro sebehodnocení. Měli bychom si také uvědomovat, že sociální opora nám umožňuje uspokojování důležitých životních potřeb, například potřeba afiliace, potřeba vzájemnosti, potřeba sociální komunikace, potřeba přátelského vztahu, potřeba sociální identity, potřeba lásky atd (43).

Příznivé pracovní podmínky

Je zjištěno, že úroveň syndromu vyhoření se na jednotlivých pracovištích liší. Vzniklá úroveň závisí na kultuře a pracovních podmínkách jednotlivých organizací. Kulturu lze chápat jako jednu z řady okolností, které ovlivňují přístup pomáhajících pracovníků ke klientům, a také jako vztahy, které vytvářejí atmosféru mezi pracovníky akceschopného kolektivu. Pokud jsou pracovní podmínky nejednoznačné, neurčité a nejisté, představují pro pracovníka jednu z mnoha dalších každodenních zátěží. Mezi tyto nesourodé pracovní podmínky patří například dlouhodobě nedostatečné finanční a materiální zdroje, nejasné nebo konfliktní cíle organizace či obtížně měřitelný výkon pomáhajících pracovníků (25).

Má-li se účinně předcházet chronickým stresům, psychickému vyčerpání pracovníků a napjaté atmosféře v organizaci, je třeba ujasnit, co se od koho očekává, pracovní úkoly stanovovat přiměřeně k nárokům práce a možnostem daného pracovníka, najít rovnováhu mezi stresory a salutory. Pracovníci by měli dostávat důslednou zpětnou vazbu a také přiměřené uznání. Ve zdravotně sociálních organizacích by měly být poskytovány různé zdroje pro vzdělávání a čas, který mohou pracovníci smysluplně prožívat na společných supervizích a výcvicích, kde se rozvíjí kooperace mezi pracovníky, která je důležitou prevencí před psychickým vyčerpáním. I přes použití veškerých technik a způsobů zvládnání stresu může dojít k syndromu vyhoření, který není radno podceňovat.

1.5 Charakteristika syndromu vyhoření

Žít kvalitní, smysluplný život, žít pro něco, je snovou představou ne jednoho člověka, o to více u člověka pracujícího v pomáhající profesi. Může se stát, že snaha žít plnohodnotně, pracovat a plnit poslání na plný výkon se přežene. A tento psychický následek lze přirovnat k fyzickému následku, způsobenému tak, že člověk chce zvedat břemeno nad jeho síly a porouchá si páteř nebo běží tak daleko, až se zcela vyčerpá. Rovněž v psychické oblasti je možno přehnat úsilí a může tak dojít k újmě na psychickém i fyzickém zdraví. Může tak dojít k naprostému vyčerpání, které se českým termínem nazývá „vyhoření“ a pochází z anglického překladu „burn-out“ (19).

Burn-out byl jako jev rozpoznán a identifikován poprvé v průběhu osmdesátých let 20. století. Byl původně spojován se stavem alkoholiků, kteří kromě alkoholu o vše ostatní ztratili zájem. Poprvé tento pojem použil psycholog H. J. Freudenberger ve své knize *Burnout: The Cost of High Achievement*, kde syndrom burn-out definoval jako vyhasnutí motivace a stimulujících podnětů v situaci, kde péče o jedince a neuspokojivý vztah jsou příčinou, že práce nepřináší očekávané výsledky (30).

Rush (32, s.7) popisuje syndrom vyhoření jako „*druh stresu a emocionální únavy, frustrace a vyčerpání, k nimž dochází v důsledku toho, že sled (nebo souhrn) určitých událostí týkajících se vztahu, poslání, životního stylu nebo zaměstnání dotyčného jedince nepřinese očekávané výsledky.*

Syndrom vyhoření je tedy soubor typických příznaků vznikajících především u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku nevládnutelného pracovního stresu. Téměř žádný pracovník se po nějaké době nevyhne některému z příznaků syndromu vyhoření. Nеспецифickou, obecnou příčinou jeho vzniku jsou zvláštní nároky, které na pracovníka klade intenzivní kontakt s lidmi využívajícími sociální služby. Profesionální sociální práce přináší pracovníkům nepřetržitý kontakt se skupinami lidí, jejichž potřeby jsou výrazné, psychika je v nerovnováze a jejich představa o přiměřené pomoci není vždy realistická.

Více než u jiných profesí je sociální pracovník angažován ve své pracovní činnosti svou osobností, přichází s určitými ideály, s novými nápady a vizemi, jak jeho služba

změní dosavadní výkon organizace. To se ale ve většině případů setká s nezdarem, a tak na pracovníka opět naléhá nepřiměřená pracovní zátěž, která má navíc dlouhodobější charakter. Spojení velkého očekávání s chronickými situačními stresy snadno způsobuje emocionální náročnost až vyčerpanost. Ti nejnadšenější pracovníci upadají nejčastěji do nejtěžších forem vyhoření. Křivohlavý říká, že závažnost jejich fyzického i psychického stavu je do určité míry ukazatelem jejich původního nadšení (19).

Ve zkrácené podobě můžeme říci, že syndrom vyhoření je definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, citového a duševního vyčerpání, způsobeného dlouhodobým prožíváním emocionálně mimořádně náročných situací. Vzniká všude tam, kde člověk více emocionálně dává, než přijímá, nebo tam kde je příliš velký rozdíl mezi představami člověka a životní realitou. Konkrétně v péči o umírající se jedná o situace, ve kterých pečující opakovaně projevují umírajícímu a jeho blízkým soucit a empatii i situace, kdy pracovníci stojí bezmocně proti kruté bolesti, či neodvratné smrti (49).

1.5.1 Vznik a vývoj syndromu vyhoření

Hlavním spouštěčem syndromu vyhoření je stres a pracovní frustrace. Rizikové faktory, které se podílejí na tomto spouštěči lze rozdělit do třech hlavních skupin.

Individuální faktory jsou jisté osobnostní predispozice, mezi které patří například neschopnost požádat jiné o pomoc, sklony k workoholismu, vysoké nároky na sebe sama a celkově zvýšená náchylnost k prožívání stresových situací. Náchylnější je člověk, který žije v dlouhotrvajících mezilidských konfliktech, který není s to přiměřeně si odpočinout. Člověk, který byl původně nejodpovědnější, nejpečlivější, nejproduktivnější.

Pracovní faktory. Jedná se o určité vlastnosti konkrétního zaměstnání. Zvýšený výskyt burn out syndromu je pozorován v zaměstnáních, kde se jedná o každodenní rutinní vykonávání stejných procesů, o pomáhající profese, kde se pracovníci denně stýkají a komunikují s lidmi.

Organizační faktory. Nedostatky ze strany vedení, kumulování a zvyšování nároků na pracovníky či práce bez dostatečného odpočinku hrají taktéž významnou roli při rozvoji syndromu vyhoření. K rozvoji vyčerpání přispívají pracoviště, kde není věnována pozornost potřebám personálu, kde noví pracovníci nejsou zacvičeni personálem zkušeným, kde neexistují plány osobního rozvoje, kde chybí supervize, v nichž vládne soupeřivá atmosféra.

Proces vývoje syndromu vyhoření může mít povahu lineárního stupňování nebo se může vyvíjet v cyklech, během nichž pracovník někdy nachází řešení svých těžkostí a poté opět propadá do obranné pasivity.

U syndromu vyhoření se obvykle jedná o dlouhodobý plynulý proces, při kterém lze popsat pět typických fází:

Fáze nadšení, kdy pracovník zpočátku překypuje elánem a energií. Je ochoten pro svoji novou práci mnoho obětovat. V práci nachází uspokojení a naplnění, a proto tedy zapomíná na své koníčky a volnočasové aktivity.

Fáze stagnace, která je typická tím, že počáteční nadšení opadá a jedinec začíná zjišťovat, že ne vše jde tak snadno a ideálně, jak si původně myslel. Dotyčný se ve své profesi už trochu zorientoval a zjistil, že má svá omezení a že ne všechny ideály půjdou naplnit. V této fázi se také objevuje potřeba vykonávat volnočasové aktivity.

Fáze frustrace nastává ve chvíli, kdy jedinec začne pochybovat nad smyslem své práce. Tyto pochybnosti jsou nejčastěji založeny na špatných zkušenostech s nespolupracujícím klientem nebo nadřízenými.

Fáze apatie přichází po delší době frustrace a je jejím přirozeným východiskem. Pracující již vykonává pouze nejnutnější povinnosti a svoje zaměstnání považuje za pouhý přísun peněz pro obživu.

Fáze vyhoření je posledním stádiem a u pracujícího jsou již viditelné příznaky syndromu vyhoření. Je to období emocionálního i tělesného vyčerpání (49).

1.5.2 Příznaky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se projevuje v rovině biopsychosociální. Křivohlavý (19) rozděluje příznaky do dvou skupin.

Subjektivní příznaky. Důležitým příznakem je taktéž pocit nedocenění odvedené práce. Velmi nebezpečné jsou pak tělesné příznaky, které se vyznačují například poruchami spánku, ztrátou chuti k jídlu, zvýšenou náchylností k nemocem, svalovým napětím, vzestupem krevního tlaku. Pracovník má dojem, že jako člověk nemá žádnou hodnotu. Prožívá odliv veškeré energie, síly a nadšení. Ztratil veškeré iluze, ideje, naděje, plány a žije v neustálém napětí.

Objektivní příznaky zahrnují dlouhodobě sníženou celkovou výkonnost. Tohoto projevu si mohou dobře všimnout i členové rodiny, spolupracovníci i příjemci služeb. Mezi takové příznaky patří především viditelná nechut' a lhostejnost k práci, ztráta pracovního nadšení a nasazení, ztráta schopnosti tvořivě přistupovat k práci, snaha vyhýbat se intenzivním a delším kontaktům s klienty. Cynický a neangažovaný přístup ke klientům, chladný vztah ke kolegům a problémy v osobním životě. Vyvrcholením je pak agresivita a popudlivost vůči okolí. Pozorovatelný je i kladený důraz na pracovní pozici, na služební postup, na formální pravomoci, na mzdu a na jiné výhody plynoucí ze zaměstnání. Časté bývají pracovní neschopnosti a žádosti o neplacené volno (19).

1.5.3 Léčba syndromu vyhoření

Tak jako u jiných nemocí, i u syndromu vyhoření je velice důležité začít s léčbou co nejdříve. Nejjednodušší a nejefektivnější je syndromu vyhoření předcházet, pokud prevenci zanedbáme, je dobré bojovat s vyhořením už ve fázi stagnace. Bohužel jde však o plíživý proces, a proto si mnoho lidí ani neuvědomí, že se blíží nějaké nebezpečí. Zásadním podnětem pro vyhořelého člověka je uvědomění si svého závažného stavu, uvědomit si, že se syndromem vyhoření není radno si zahrávat a dále dostatečně

motivace ke změně dané situace. Pro trpícího jedince je velmi těžké přiznat okolí, zvláště poté sám sobě, že se něco děje, něco je v nepořádku, že se mu problém vymkl z rukou a svou situaci nezvládá. Přiznat si problém a převzít nad ním veškerou zodpovědnost je zásadním a počátečním úkolem při řešení problému vyhasnutí. Naslouchat více než kdy předtím svému tělu a duši, poznávat sám sebe je jeden z neúčinnějších léků, na které člověk kdy přišel. Pokud tedy problém dospěje až do konečné fáze vyhoření, je nejefektivnější svěřit se do odborné péče psychologů či psychiatrů, v méně závažných situacích pomáhá aktivita na supervizích nebo alespoň dočasná restrukturalizace pracovního místa. Úspěchy jsou pozorovány u kognitivně-behaviorální terapie či logoterapie. Zvolený postup však závisí především na domluvě mezi terapeutem a postiženým jedincem. Terapie se pak zabývá především otázkami zdravého životního stylu, posílení mezilidských vztahů a získání realističtějšího postoje k zaměstnání. Bohužel, někdy nezbyvá nic jiného, než se pracovního místa vzdát a přijmout fakt, že existuje možnost se ve své budoucí profesi přeorientovat.

Důležitá je i pomoc ze strany zaměstnavatele, který může přistoupit k určitým opatřením, jako například snížení požadavků na pracujícího a vytvoření nesoutěživého prostředí na pracovišti. Dalšími kroky může být změna pracovní pozice či nové vymezení pracovních povinností (23).

Syndrom vyhoření je postupný proces, do kterého se dá více či méně účinně vstoupit ve kterékoli fázi. Prevence proti němu je zásadní jak pro začátečníky, kteří se na profesi připravují, tak pro nadšené pracovníky v začátcích svého zaměstnání, kterým se nesplnily sny a touhy, i pro zkušené zaměstnance, ve kterých se začalo kumulovat příliš mnoho problémů a neumí je řešit.

Pokusit se na syndrom vyhoření nahlédnout jako na něco, co neznáme, co se nás zatím netýká a čemu bychom chtěli co neúčinněji předcházet a proti čemu umět co nejlépe bojovat, to je nejefektivnější začátek úspěšného a spokojeného pracovního života. Následující kapitola je věnována základním preventivním zásadám chování, které pomáhají předcházet syndromu vyhoření.

1.5.4 Prevence syndromu vyhoření

Každý z nás je do určité míry odpovědný za to, jak probíhá a končí jeho boj se stresem a zátěžovými situacemi. Způsob, jak bojovat proti stresu, si volí každý individuálně. Důvodem je, že každý z nás je jinak citlivý na tentýž druh stresoru. Někdo je více, jiný méně přizpůsobivý, někdo jedná více úzkostně nebo naopak impulzivně, každý prožívá zátěžové situace svým, pro něho specifickým způsobem. Proto, než dojde k předcházení či zvládnutí vyhoření, je nejprve nezbytné poznat sama sebe a zamyslet se nad celkovou životní spokojeností z hlediska dimenzí, jako je práce a seberealizace, partnerské soužití, rodina, zdravotní stav, ekonomická situace a hlavní životní plány. Několik bodů je však možno efektivně využít akutně ohroženými stresem i těmi ohroženými méně (30).

1. Vytvořit si pořadí důležitosti nadcházejících úkolů. Využívat techniky Coping. Naučit se umění oddělovat věci podstatné od nepodstatných v osobním i profesionálním životě.
2. Vyhnout se stresu. Udělat si v pravidelných intervalech s nadhledem a sebekritikou inventuru, revizi opakujících se denních nepříjemných záležitostí a naleznout cestu, jak se jim vyvarovat, být na ně připraven a efektivně s nimi pracovat.
3. Naučit se vypnout znamená aktivně se věnovat svým zájmům a odpočinkově trávit svůj volný čas.
4. Pohybovat se. Pohyb je právě ta činnost, která okamžitě mírní negativní účinky stresu díky endorfinům. Pozitivně působí na naši oběhovou soustavu, a tak snižuje reaktivitu na negativní psychické stresory.
5. Pěstovat své vztahy s druhými lidmi, vytvářet nová přátelství. Od přátel máme možnost získat nejen pocity podpory, solidarity a porozumění, ale i zpětnou vazbu, která nás může naučit vyvarovat se konfliktnímu jednání.
6. Dbát na správnou výživu. Harmonie těla pozitivně působí i na harmonii psychiky, sebevědomí a aktivní přístup k životu.

7. Naučit se relaxovat. Relaxace vytváří vnitřní atmosféru pohody a snižuje nepříjemné pocity. Relaxační techniky, například meditace, imaginace, jóga, přispívají k vyplavování serotoninu, který příznivě ovlivňuje pocity klidu a spokojenosti (30).

K těmto obecným zásadám platným pro každého člověka lze připojit několik konkrétních rad pro pracovníky hospice.

- U poskytovatelů služeb hospice je velice důležité stanovit si realistické cíle. Takovým cílem by měla být kvalita života umírajícího, ne zbytečný boj se smrtí.
- Nikdy nebrat na svá bedra více, než je skutečně možné vykonat, a umírajícímu dávat tolik podpory, kolik je možné dávat bez újmy na vlastním duševním zdraví.
- Nekumulovat stres. Poskytovatelé hospicové péče by se měli pravidelně scházet na skupinovém sezení a diskutovat o svých prožitcích a pocitech, které se v průběhu posledních dní nahromadily. Sezení nemusí být vždy formálního charakteru, přínosné jsou i volné společné chvíle strávené na sesterně (23).
- Uvědomovat si, že pláč je naprosto přirozenou reakcí. Reakcí, kterou nemusí dávat najevo jen umírající a rodina, ale i sám pracovník.
- Jeden z nejdůležitějších faktorů prevence je pomoc zvenčí, a to sociální opora. Nejefektivnější je sociální opora malých sociálních skupin, jako je pracovní tým hospice, rodina, blízcí přátelé, ale například i domácí zvířata.
- Neměli bychom spoléhat pouze na rozmluvu se sociálním okolím, ale věřit i tzv. tiché osobní řeči, tedy promlouvání sám se sebou. Do této kategorie zvládání stresu lze zařadit i tvorbu příkazů pro vlastní činnost, uzavírání smluv sám se sebou a sebeodměňování (19).

2 METODOLOGICKÁ ČÁST

Praktická část práce je postavena na kvalitativním výzkumu, ve kterém byl pomocí polostandardizovaného rozhovoru a pozorování zjišťován subjektivní psychosociální stav pracovníků, faktory, které pracovníci vnímají jako zátěžové, působení faktoru smrti a praktický boj pracovníků proti syndromu vyhoření. Tato část je zaměřena na dílčí výzkumné otázky, které prakticky podkládají předešlou teorii, na popis výzkumné metody, jednotky zkoumání, na dotazovací techniku a techniku sběru dat, na operacionalizaci výzkumných otázek, na pracovníky a jejich praktické rady a informace, jak se vyrovnávat s psychosociální zátěží související s výkonem jejich profese.

2.1 Výběr případu

Pro výzkumné šetření byl vybrán Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích (dále jen „hospic“). Zvolena byla metoda záměrného výběru, kdy jsou účastníci cíleně vyhledáváni podle jejich určitých vlastností. Na základě stanoveného kritéria jsou vybráni pouze ti jedinci, kteří toto kritérium nebo soubor kritérií splňují a jsou ochotni se do výzkumu zapojit (22).

Kritériem výběru pro respondenty výzkumu bylo zaměstnání v Hospici sv. Jana N. Neumanna, člena multidisciplinárního týmu na pozici zdravotnického nebo ošetrovatelského personálu, tedy toho, kteří jsou umírajícím na jejich poslední cestě nejbližší.

První kontakt s hospicem probíhal přes sociální pracovníci, které bylo objasněno téma práce, účel, předpokládaný průběh a podmínky výzkumu. Sociální pracovnice posléze zprostředkovala kontakt s některými ošetrovatelkami a zdravotními sestrami a zajistila tak především vhodné načasování rozhovoru, aby nebyl nijak narušen denní chod hospice. Do mého výzkumu se nezapojil žádný muž. Mými respondentkami je šest

pracovníc hospice, jejichž osobní údaje zůstanou kvůli konkrétnímu zkoumanému vzorku v anonymitě.

2.2 Charakteristika výběrového souboru

Paliativní péče a hospice jsou popsány již v teoretické části, následuje tedy pouze krátký konkrétní popis vybraného případu Hospice sv. Jana N. Neumanna.

Hospic je nestátní neziskové zdravotnické zařízení. Podmínky pro přijetí do hospice jsou jasně stanoveny: Nemoc ohrožuje pacienta na životě, kurativní tedy „vítězná“ medicína vyčerpala veškeré možnosti vedoucí k vyléčení, není možná či nepostačuje domácí péče.

Návštěvy jsou možné 24 hodin denně 365 dní v roce. Kapacita hospice je 30 lůžek. 22 pokojů jednolůžkových, 4 dvoulůžkové. Na každém pokoji je přistýlka pro blízkou osobu pacienta.

Kromě lůžkové hospicové péče, na kterou se bakalářská práce zaměřuje, hospic dále poskytuje domácí hospicovou péči, odlehčovací služby, terénní odlehčovací služby, odborné sociální poradenství a vzdělávání.

Zřizovatelem hospice je občanské sdružení „Hospic sv. Jana N. Neumanna“ založené v roce 2000, tehdy pod názvem Sdružení svatého Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích (15).

2.3 Výzkumná strategie

Pro zkoumání způsobů zvládnání krizových a obtížných situací, které situace to jsou a jak jim předcházet, byl zvolen kvalitativní přístup. Ten se podle Strausse a Corbinové (40) používá mimo jiné k získání nového nebo neobvyklého pohledu či názoru na jevy, o kterých již existují nějaké poznatky, nebo také k detailnímu prozkoumání a poznání některého vybraného jevu v jeho specifických podmínkách. Tyto detailní informace o

subjektivním stavu pracovníků hospice by byly kvantitativním způsobem jen velmi těžko prozkoumány. Jedná se o podrobný pohled na zvládání zátěžových situací, což je téma v literatuře podrobně zpracované, jak je zřejmé z teoretické části. Cílem práce však bylo detailně poznat tento jev specificky u hospicových pracovníků, především u těch, kteří jsou s pacienty nejvíce v kontaktu, zaměřit se na popis situací, které pracovníci v hospici subjektivně vnímají jako obtížné, jak se jim daří je zvládat a jaké konkrétní způsoby zvládání používají. Proniknout do hloubky problému, hledat souvislosti v pracovním a rodinném životě pomáhajících pracovníků. Kvalitativní výzkum poskytuje mnoho informací o malém množství jedinců. Jsem si vědoma i nedostatků kvalitativního výzkumu. Hendl (14) mu vytýká, že jeho výsledky představují sbírku subjektivních dojmů. Právě ty jsou pod drobnohledem mé práce. Dále jsou mu vytýkány slabiny jako obtížná zobecnitelnost výsledků, neprůhlednost, malá transparentnost nebo replikovatelnost, i přesto pro mne vyvažují tyto nedostatky výhody kvalitativního výzkumu.

2.4 Typ výzkumu

Pro účely mého výzkumu byl zvolen jeden ze základních typů výzkumů v kvalitativním přístupu - případová studie, která má rozsáhlou tradici využívání při analýze a popisu typického případu jako zástupce určité skupiny. Téma mé práce splňuje podmínky aktuálnosti a reálnosti. V hlavní i vedlejších výzkumných otázkách dominuje příslovce příčiny a způsobu. Případová studie bývá charakterizována jako výchozí bod pro hledání, popis a vysvětlování vlivu různých faktorů a souvislostí v kontextu daného případu. Bylo využito dvou základních zdrojů dat - rozhovory a pozorování.

2.5 Metoda získání kvalitativních dat

Pozorování patří spolu s rozhovorem mezi nejstarší metody získávání psychologických poznatků. Hospicová problematika se pro můj výzkum stala vhodnou díky předchozí spolupráci, načtené literatuře a nadcházející praxi, ve které bylo plánovitě využito selektivní pozorování. Ferjenčík (9) toto pozorování od běžného odlišuje právě tím, že si vědec dopředu určuje, co a jak bude pozorovat, nikoli že by se odlišoval schopností pozorovat více jevů, než běžný člověk.

Po určité době byla použita další metoda - polostrukturované interview. To je zřejmě nejrozšířenější metodou rozhovorů vůbec, neboť dokáže řešit mnohé nevýhody strukturovaných i nestrukturovaných rozhovorů. Je zapotřebí specifikovat si okruhy otázek, které je možné v průběhu rozhovorů rozšiřovat, měnit pořadí a pracovat s ním tak, abychom maximalizovali výtěžnost interview.

Pro rozhovory jsem po domluvě s pracovníci hospice, volila relaxační koutky pro posazení, abychom nenarušovali chod organizace, intimitu klientů a jejich navštěvujících. Při každém rozhovoru jsem se přizpůsobila konkrétní situaci a potřebám respondentky, volila jsem různé tempo a styl.

Při realizaci rozhovorů se často stávalo, že respondentka sama začala hovořit o určitém tématu, které jsem ve svém schématu otázek neměla nebo měla zařazené například až ke konci interview. Dotazované tak měly možnost spontánně dle své potřeby upravovat a měnit pořadí a znění otázek.

Miovský (22) uvádí, že je při tomto typu interview vhodné použít následné inquiry, tedy upřesnění a vysvětlení odpovědi účastníka, kdy si výzkumník ověřuje, že správně pochopil a interpretoval, jak respondent danou věc myslí. Při rozhovorech působily následné inquiry oboustranně. Respondentky se doplňujícími otázkami ubezpečovaly, že správně pochopily smysl základní otázky. Také já, jako tazatel, jsem si ověřovala, zda jsem některé jejich odpovědi správně interpretovala.

2.6 Metoda zpracování kvalitativních dat

Metodou zpracování získaných dat byl zvolen audiozáznam, s nímž respondentky souhlasily. Rozhovory byly díky této metodě přirozené a plynulé. Mohla jsem udržovat oční kontakt, parafrázovat respondenty bez zbytečných pomlček a využívat mimiku, které bylo v různých případech potřeba. Navíc zvukový záznam zachycuje kvalitu mluveného slova, sílu hlasu, délku pomlček, citové zabarvení atd., kterých bylo při analýze využito.

2.7 Metoda analýzy kvalitativních dat

Mým cílem bylo dát smysl shromážděným údajům z případové studie, použila jsem tedy kódování, které umožňuje systematické prohledávání dat s cílem nalézt pravidelnosti a klasifikovat jejich jednotlivé části (14).

Přístupem k utřídění získaných dat bylo vytváření kategoriálních a typologických trsů s cílem nalézt obecnější kategorie pro podobné prvky nebo jevy, pod které je možné zahrnout více případů, které jsou zároveň dobře definovatelné a interpretovatelné (29).

Jsem si vědoma, že tyto trsy, tedy procesy, jevy a vše, co vytváří sociální skutečnost, vykazují značnou proměnlivost a mnohovrstevnatost. Tudíž, zjištěné údaje z ryze subjektivních výpovědí pracovníků nelze z tohoto pohledu považovat za jednoznačné nebo obecně platné.

2.8 Operacionalizace výzkumu

Na tomto místě bude uvedena hlavní výzkumná otázka (dále jen HVO) a tři dílčí výzkumné otázky (dále jen DVO1, DVO2, DVO3), které byly odvozeny z HVO. U každé z nich bude stručně uveden její účel a obsah. Následně bude představen cíl výzkumu.

HVO1: Jaké zdroje a strategie zvládnání zátěžových situací pomáhají pracovníkům hospice zachovat a posilovat jejich psychosociální stabilní stav?

Z této byly odvozeny následující tři dílčí výzkumné otázky:

DVO1: Jaké situace spojené s výkonem jejich profese vnímají pracovníci hospice jako nejvíce ohrožující jejich psychosociální stav?

Touto DVO1 bylo pomocí polostandardizovaných rozhovorů s pracovníci hospice zjišťováno, v čem pocítují specifickou obtížnost práce v hospici, které konkrétní situace je nejvíce zatěžují, které jsou pro ně nejvíce stresové i jak se těmto situacím brání. Dále bylo zacíleno na význam, jaký pečující připisují psychosociální stabilitě, jak může tato stabilita ovlivňovat výkon jejich profese a za jakých podmínek jí pracovníci pocítují. Zda někdy prožily syndrom vyhoření, co si pod ním představují, a zda mu nějakým způsobem předcházejí.

DVO2: Jaké intrapsychické zdroje zvládnání zátěžových situací využívají pracovníci hospice k zachování své psychosociální stability?

Účelem této DVO2 je identifikace vnitřních zdrojů zvládnání s důrazem na osobnostní vlastnosti, postoje a vztahy ke spiritualitě a smysluplnosti. Dále byla rozebrána vnitřní motivace respondentek pro práci v hospici.

DVO3: Jaké externí zdroje zvládnání zátěžových situací pomáhají pracovníkům hospice posilovat jejich psychosociální stabilitu?

Pomocí této DVO bylo zaměřeno na externí zdroje zvládnání, které přispívají k posilování psychosociální stability pracovníků z hlediska sociální opory, vzdělávání, supervize a podpory ze strany multidisciplinárního týmu.

Cílem práce je zjistit, v jakém psychosociálním stavu jsou pracovníci Hospice sv. Jana N. Neumanna a jaké zdroje a strategie zvládnání zátěžových situací využívají.

Výsledky budou sloužit jako cenné informace a praktické rady pro budoucí i nynější pomáhající pracovníky, pro zachování stabilního psychosociálního stavu.

3 EMPIRICKÁ ČÁST

V empirické části bakalářské práce budou prezentovány a interpretovány poznatky, které byly získány prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se šesti pracovníci Hospice sv. Jana N. Neumanna. Empirická část práce je rozdělena na podkapitoly, které vycházejí ze tří dílčích výzkumných otázek. Každá z nich je pak dále členěna kategoriemi, které byly vytvořeny díky opakujícím se výpovědím o zážitcích, postojích a zkušenostech pomáhajících. V závěru těchto tří podkapitol je odpovězeno na příslušnou dílčí výzkumnou otázku. Citace jednotlivých respondentek jsou rozlišeny uvozovkami a psány kurzívou. V závěrečné části práce se na základě výsledků, které vyplynou z dílčích výzkumných otázek, pokusím odpovědět na hlavní výzkumnou otázku.

3.1 Situace ohrožující psychosociální stav

Tato podkapitola práce poskytne odpovědi na DVO1: *Jaké situace spojené s výkonem jejich profese vnímají pracovníci hospice jako nejvíce ohrožující jejich psychosociální stav?*

Kromě toho je zde popsán postoj hospicových pracovníků ohledně vztahu k jejich práci s umírajícími, významu psychosociální rovnováhy pro výkon jejich profese a podmínek pro nastolení duševní stability neboli předcházení syndromu vyhoření.

3.1.1 Specifičnost zátěžových situací v hospici

Některé pracovníce v mém výzkumu srovnávaly svou profesi v hospici s jinou zdravotně sociální službou, většinou nemocniční. Pro některé byl hospic prvním pracovištěm tohoto typu, tudíž neměly srovnání. I přesto se shodovaly názory na specifičnost práce v komunikaci a emocích, kterou věnují jak klientům, tak sobě

navzájem v pracovním kolektivu. Ty, co srovnávaly hospic s nemocnicí, tvrdily, že v paliativní léčbě musí být více angažovány jako individua, musí více komunikovat s pacienty a jejich rodinami, uvažovat více do hloubky jak jim pomoci, a to především psychosociálně. V hospici je znatelný zájem o pacienty i jejich příbuzné a každý z pracovníků podává svou pomocnou ruku.

„Specifičnost práce v hospici je o empatii a komunikaci. Liší se v tom přístupu k lidem, jak časově, tak jim věnujeme víc emocí, je to o individualitě člověka. V nemocnici se to potírá.“

Jako specificky zátěžové situace pracovnice hospice často vnímaly kontakt a doprovod rodin.

„...pokud se nedokážu sladit s příbuznými nebo jim vysvětlit, proč tady jsou. To je pro mě stresové, to si částečně odnáším i domů...“

Smrt by hospicový pracovník neměl brát jako zátěžovou situaci, ale pracovnice se shodovaly v tom, že pokud je smrti v jednom měsíci příliš, je to pro ně rozhodně psychicky náročnější.

„Ale smrt není na prvním místě, hospic je o umírání.“

U každé respondentky se opakuje náročná situace v prožívání, když v hospici umírá někdo známý, nebo věkem podobně starý a v nejhorším případě dítě. Takto jsou pracovnice více konfrontovány s vlastní smrtelností nebo smrtelností členů své rodiny.

„...jednou musí umřít každej, ale věkově blízké hůř prožívám a myslím na to. Bojím se chvíle, kdy tady bude dítě, nebo kolega. Starý člověk má kus života za sebou a smrt beru jako součást života.“

Překvapivé bylo to, že i sestry a ošetřovatelky rozumějí a zajímají se o chod a budoucnost hospice, probírají ji s panem ředitelem a samotné v aktuální době tíží finanční situace hospice. Z rozhovorů je dále čitelný kladený důraz na pracovní tým. Občasné neshody se nevyhnou žádné sociální skupině, pracovnice tyto neshody velmi trápí. Snaží se je ale účinně řešit. I na tomto místě je nápomocen pan ředitel, který vnímá i drobné nesoulady v pracovním týmu.

„...mrzí mě, když na pracovišti, kde si zakládáme na mezilidských vztazích, se nedokážeme sladit. Nedokážeme se domluvit, nikdy není takový pracoviště, kde by si všichni stoprocentně rozuměli...“

Své dominantní místo v zátěžových situacích typických pro hospic zaujímají neovlivnitelné situace. V hospici se nedá ovlivnit mnoho skutečností. První z nich samozřejmě zaujímá smrt, čas, průběh nemoci, dále příbuzní, kteří si odchod jejich blízkých nechtějí za žádnou cenu připustit. S bezmocí se pracovnice těžce smiřují.

„...někdy v nás přetrvávají ty smutné emoce z toho, co nemůžeme ovlivnit, zůstávají ve mě pocity... prostě dozpracovat si ty emoce, to je někdy stresující.“

3.1.2 Vztah k práci v hospici

I přes přirozeně nepříjemné pocity z umírání pacientů se často opakují výpovědi, že až budou umírat příbuzní samotným pracovníkům, první zařízení, kam by je chtěly umístit, je právě hospic. Ve výpovědích se také opakuje, že první asociací na hospic jsou vzory chování. Pracovnice o své profesi často mluví jako o službě, nebo poslání a k němu mají silný, vřelý vztah. V hospici neprožívají pouze smutné okamžiky, ale také mnoho veselých chvil a šibeničního humoru. Pozorování pracovníků a spolupráce s nimi mi potvrdila, že paliativní péče není pouze ošetrovatelská, ale i psychosociální. S pacienty si podle jejich aktuálního naladění povídají, masírují záda, prožívají společné chvíle s nimi a jejich rodinami.

3.1.3 Zkušenosti se syndromem vyhoření a jeho prevence

Žádná z respondentek nezažila na svou kůži syndrom vyhoření. V několika případech se s ním setkaly u kolegyně v předešlém zaměstnání. Riziko vyhoření si ale uvědomují a brání se mu různými způsoby. Většina pracovníků si pod tímto syndromem představuje, že dotyčný nechodí rád do práce, dělá ji s nechutí a stereotypem... V tomto případě postačuje výpověď jedné z respondentek.

„...nebaví je ten stereotyp, je to o tom, že nejsou psychicky v pohodě. Ne, že by hůř pracovali, ale vidí to všechno negativně. Nejde jim práce tak od ruky, jako když jsou v pohodě. Profesionální slepota, nevidíte to, co by se dalo měnit, zlepšit. Možné jsou i bolesti žaludku a další zdravotní komplikace.“

Také se objevil názor, že syndrom vyhoření vlastně existuje jen proto, že každý nemá svobodnou volbu ze škály povolání, které by ho opravdu naplňovalo. A dotýčný vyhoří jen na takové pracovní pozici, která mu není šitá na míru. Tedy značnou roli hrají interpersonální vlastnosti každé osobnosti.

„...únava z práce, možná že jen někomu nesedí ta práce, kterou dělá, a kdyby měl na výběr ze škály jiných zaměstnání, choval by se jinak. Je to o osobnosti, každému vyhovuje něco jiného... Takže to vůbec nezávisí na délce, ale na způsobu relaxace a jestli to tomu člověku vyhovuje...“

Na otázku, co by dotazované doporučovaly budoucím pomáhajícím pracovníkům jako prevenci proti syndromu vyhoření, se opět opakovala výpověď typu:

„...nenosit si práci domů. Oddělit pracovní život od toho soukromého. Zdravotní sestra, pokud chce přežít, musí udělat po práci stříh. Naučit se o tom nemluvit. Člověk se to musí naučit. Vědomě se to od začátku naučit. Nevzpomínat, nerozebírat, nevolat do hospice.“

Umění komunikace je pro spokojenost ve většině profesí velmi důležité. V hospici jsou komunikace a spolupráce nepostradatelné schopnosti pro práci v multidisciplinárním týmu.

„...přála bych jim, aby přišli do dobrého kolektivu, aby se snažili spoluutvářet ten dobrý kolektiv, zapojit se do něj, všechno je to o komunikaci.“

Pokud bude člověk, přes veškeré poskytované vhodné podmínky ke spokojené práci, odcházet z práce vyčerpaný a vystresovaný, tak by měl vážně uvažovat o změně zaměstnání, o tom, v čem je opravdu problém.

„...když bude člověk odcházet ztrápený z práce? ...tak ať jde od toho, jinak by skončil jako alkoholik, nebo by se zbláznil.“

3.1.4 Psychosociální stabilita

Psychosociální stabilitu v práci vnímají pomáhající jako zásadní faktor pro úspěšné plnění své profese. Obrovskou spojitost hraje vztah mezi prací a rodinou. Navzájem se ovlivňují. Jakmile je vše v pořádku na jedné straně, bude to tak pravděpodobně i na straně druhé.

„...když je klid v rodině, když děti nezlobí, když nemám existenční potíže, stabilita v rodině a tak.. Jakmile je v pořádku osobní život, je dobrý i pracovní.“

Na dennodenní přeladění od pracovních starostí se kvůli velmi podobnému věku respondentek opakovala péče o rodinu.

„...začínaj domácí práce, čeká mě rodina, zapomínám na hospic, jak se zavřou dveře.“

„Práce doma, musím fungovat v rodině, mám tři děti.“

Zakládají si na tom, aby byla znatelná hranice mezi soukromým a pracovním životem. Nechat práci za dveřmi hospice, opakují respondentky jako zásadní protektivní chování, které vede k dobré psychosociální stabilitě.

„...nebrat si práci domů, oddělit práci od soukromí, já jsem s tím neměla problém, dělám to automaticky. Ale nevím, jestli se to dá naučit, někdo si to moc bere, někdo do práce i volá, to je problém, tak se dostávaj do syndromu vyhoření mnohem rychlejc. Vypnout a přeladit se na to, co má rád.“

Ve více případech se objevila jako stabilizující faktor rychlá chůze.

„...ale pořad chodím rychle, všichni mi nadávaj, že chtěj jít procházkovým krokem, a to mě nejde a nebaví. Já se při tý chůzi tak trochu vybíjím. To mi fakt pomáhá, všechno ze mě sleze, a pak sním sušenku.“

Mně osobně pomáhala po práci v hospici sprcha. Přišlo mi, jako bych ze sebe vše smyla a přestala myslet na nepříjemné situace. Tato obranná technika funguje i u profesionálních ošetřovatelek Hospice.

„Sprcha mi taky hodně pomáhá, připadá mi, že ze mě všechno spadne, uvolním se a nabiju se novou energií.“

Sladké jídlo se opakovalo jako častý záchranný faktor proti zátěžovým situacím. Konkrétně čokoláda a výrobky obsahující kakao. Čokoláda zmírňuje úzkost a zlepšuje náladu, obsahuje mnoho psychoaktivních molekul, které přispívají k dobrému pocitu. Čokoláda obsahuje teobromin a kofein, které stimulují centrální nervový systém, dodává tak potřebnou energii. Malé množství kofeinu zvyšuje bdělost a oddaluje pocit únavy (7).

Pracovnice popisovaly, že svou psychosociální stabilitu v práci pocítují, když se jim daří naplňovat poslání své práce, udržovat dobré rodinné, přátelské a pracovní vztahy a plně prožívat svůj duchovní život.

3.1.5 Dílčí závěr

Pracovnice Hospice sv. Jana N. Neumanna se shodovaly, že je pro ně práce v hospici zatěžující především psychicky, což se často přeladuje i do oblasti sociální, a to v podobě stresových, náročných či konfliktních situací. Nejčastěji popisované zátěžové situace se týkaly konfliktního jednání s příbuznými pacienta či klientem samotným, kteří nejsou smířeni se závažným zdravotním stavem. Pro respondentky je dále zátěžové, když se musí vyrovnávat s pocity spojených se smrtí svých rodinných příslušníků, blízkých, věkově podobně starých pacientů a dětí. Další zátěží je příliš častá smrt a bezmoc s ní spojená. Popisovány byly také zátěžové situace související s pracovním týmem a nedostatek financí pro Hospic.

Pro pracovnice je těžké zejména, když je rodina nebo sám klient obviňují z nedostatečné nebo nevhodné péče. Další kurativní léčby se pacienti nebo jejich příbuzní dožadují z laické informovanosti. Dále si respondentky fakt, že se rodina dožaduje kurativní léčby, spojují především s pochybením personálu nemocnic, klienty do hospice posílají, aniž by je dostatečně informovali o principech paliativní léčby. Snaha najít viníka těchto situací opět vede k vyrovnávání se s vlastní bezmocností.

Další typ zátěže představuje pro pomáhající pracovníky situace, kdy umírá klient, se kterým navázaly bližší vztah, nebo je v podobném věku či rodinné situaci jako sami

pracovnice. Tento výsledek lze vysvětlit tak, že jsou pracovnice v této situaci více konfrontovány se smrtelností vlastní nebo členů vlastní rodiny (51).

Zátěžové situace v podobě neshod s kolegyněmi může prokazovat, i přes veškeré snahy o rovnocenný pohled členů multidisciplinárního týmu, stále přetrvávající dominantnější postavení zdravotních sester před ošetřovatelkami v hospici. Pracovnice se ale shodovaly v tom, že drobné konflikty a neshody ve většině případů dokáží vyřešit komunikací, otevřeností a respektováním nadřazených.

Specifika hospicové péče popisují pracovnice ve srovnání s jejich předchozím zaměstnáním v nemocnici především v osobní angažovanosti, hlubším, individuálním přístupu ke klientům a jejich rodinám, což klade vysokou náročnost na jejich emoční účast.

Pro překonávání zátěžových situací v hospici vnímají pracovnice jako důležitou charakteristiku psychosociální stabilitu osobnosti pomáhajícího pracovníka. Respondentky si s psychickou stabilitou ztotožňovaly duševní vyrovnanost, s jejíž pomocí člověk zvládá požadavky soukromého i profesního života, dokáže si udržet hranice a vyvažovat tak nároky vnitřního i vnějšího prostředí. Pracovnice se tímto pohledem blíží pojetí zvládání dle Smékala (38). Pracovnice si nemyslí, že ve stabilitě hraje důležitou roli věk. I přesto lze prohlubování empatie a zdokonalování komunikačních schopností časem vytrýbit. Jejich psychosociální stabilitu posiluje i komunikace a výměna zkušeností se svými kolegy. Všechny tázané se shodly v tom, že se psychosociální vyrovnanost zrcadlí ve vztazích ke klientům i spolupracovníkům a utváří tak celkovou atmosféru hospice. Je pro ně tedy velmi důležitá a snaží se ji udržovat různými způsoby.

Pracovnice se cítí psychicky a sociálně vyrovnané ve chvíli, kdy se jim daří naplňovat cíle svého poslání, v poklidném duchu doprovázet pacienty na jejich poslední cestě a rodiny v jejich truchlení. Stabilitu utváří i organizace, plánování a systém práce, v dobrém slova smyslu stereotyp. Pracovnice se cítí psychosociálně vyrovnané, když jsou v dobrém vztahu s rodinou, přáteli i kolegy.

Respondentky z mého výzkumného vzorku si i přes výše popsané náročné situace v hospici spojovaly se svou prací převážně pozitivní témata a kladný vztah k práci s umírajícími.

Na představě o syndromu vyhoření se shodovaly tak, že vyhořelí nechodí do práce rádi, práce je nebaví, nejde jim od ruky, jsou negativní, unavení, mohou mít zdravotní potíže. Jako protektivní faktory syndromu vyhoření bylo jmenováno umění odpočívat, přeladit se a využívat sociální opory. Konkrétně doporučovaly jasné oddělení pracovního a soukromého života. Komunikovat, spoluutvářet dobrou atmosféru v pracovním kolektivu. Relaxovat a umět se přeladit od pracovních starostí.

3.2 Intrapsychické zdroje zvládnání pracovních zátěžových situací

V této části práce jsou rozebrány odpovědi na DVO 2: *Jaké intrapsychické zdroje zvládnání zátěžových situací využívají pracovníci hospice, k zachování své psychosociální stability?*

Jsou zde popsány některé vnitřní zdroje zvládnání, především osobnostní charakteristiky, a význam spirituality a smysluplnosti, které pracovnícům pomáhají zvládat nejen zátěž pracovní. Vnitřní charakteristiky pracovníků doplňují vykreslení jejich motivaci pro práci v hospici.

3.2.1 Osobnostní charakteristiky pracovníků Hospice

Na otázku typu: co pracovnice považují za své silné osobnostní charakteristiky, se odpovědi nezískávaly snadno.

„Svoji silnou? empatii, je to hrozný chválit sama sebe...“

Proto jsem otázku raději přeformulovala do třetí osoby: Jaké osobnostní vlastnosti by měl mít pomáhající pracovník v hospici? Pracovnice se tak nenásilně projektovaly do anonymní osoby. Ve všech případech se objevila odpověď empatie. Dále slušnost, vlídnost, srdečnost. A jeden ze základních etických postojů, trpělivost. Povahou by měli

být spíše klidní, ale veselí a optimističtí. Především u umírajícího by se pracovník měl umět přeladit do pocitů pacienta a rozpoznat, kdy je správné ponechat mu soukromí a klid, kdy si vedle něj jen tiše sednout a prožít s ním chvíle ticha, a kdy mu dodat elán do života a úsměv do tváří.

„...pozitivita, nemyslím na to, co je doma, směju se a předávám pacientům energii, dál je důležitá srdečnost, otevřenost...“

„Musí mít rádi lidi, být hodně tolerantní, ctít individualitu každého pacienta, umět naslouchat, je to o empatii...“

Respondentky také uváděly smysl pro humor, který jim někdy pomáhá odlehčit napjaté situace a ventilovat negativní emoce.

Dále se opět opakuje zásadní um komunikace a otevřenosti. Umění si zorganizovat práci, nebo se podřídit systému.

„Aby byli pro kolektiv, aby kolektiv dobře fungoval, být komunikativní...“

Dvakrát se zopakovala výpověď, že by pracovníkem hospice na pozici ošetrovatelského či zdravotního personálu měla být žena. Jednou se objevil i názor, že pracovníkem hospice by měla být žena vyzrálá se zkušenostmi a prožitými životními strastmi, aby se uměla lépe vcítit do bolesti pacientů.

„Nechci se dotknout mužů, myslím si, že je ta profese spíše pro ženy. Holka do nepohody. Člověk, který se umí zasmát. A když mu večer zavolají, tak přeorganizuje den a přijde, a přijde rád. V tomhle zařízení se lépe zařadí lidi, kteří už mají něco za sebou, vědí, co znamená bolest, vědí, jaké to je, když ztratí, co mají rádi. Dokáží pochopit stud, strach. Pacient už má za sebou dost bolesti, dost nepříjemných věcí a přišel si k nám jakoby odpočinout. On ten boj už vzdal, už bojovat nechce, a to si myslím, že pochopí starší člověk. Empatie, pracovitost, ale nemůžu říct, že by tady bylo tak velké pracovní nasazení. Pracovník si musí umět hledat práci, jsou dny, kdy si pacient chce povídat, tak povídám. A když si povídat nechce, tak udělám to, co jsem nestihla včera. Je to stejné jako doma, když mám doma neumyté nádobí a přijde za mnou dítě, tak nádobí počká, ale využiji té situace, že to dítě má důvěru a chce něco vědět a povídat si.“

3.2.2 Spiritualita jako faktor pro zachování psychosociální stability

Výpovědi respondentek ohledně spirituality byly odlišné. Některé respondentky si jsou jisté tím, že vírou nebyly obdarovány a strategie zvládnání hledají spíše v pragmatických zdrojích. Další věří, jen jejich víra nemá formální charakter křesťanství, nijak transcendentno, v které věří, nepojmenovávají.

„Nejsem věřící, nejsem ani pokřtěná. Ale myslím si, že každý věří v něco. V něco věřím, ale těžko to pojmenovat. Někdy volám Boha, a to něco nazývám Bohem. Něco nad námi, něco výš určitě je, měli bychom věřit v něco, co nikdy nemůžeme racionálně vysvětlit a dokázat. Určitě věřím v přátelství, to mě drží, z těch 40 kamarádů jsou 4 velmi důležití, pomáhají mi a já v ně věřím.“

Věřící respondentky jasně odpovídaly v tom smyslu, že víra je pro ně jeden z nejdůležitějších zdrojů zvládnání zátěžových situací. Všechny věřící pracovnice byly k víře vedeny jejich křesťanskými rodinami již od dětství.

„Já jsem víru dostala do vínku od rodičů, ti byli věřící. Byla jsem tak vychovaná. V tom počátku se mě na to nikdo neptal. Pak přišla doba, kdy mi přišla nevhod. Ve škole jsem byla pro blázny, nemohla jsem studovat, co jsem chtěla. Něco jsem víře obětovala a teď by ode mě bylo troufalé víru opustit. Dala jsem na oltář takové oběti, kvůli kterým bych těžko pošlapala sama sebe, abych se té víry zřekla. Za krásou přírody a vesmíru je pro mě mnohem snazší a přijatelnější vidět Pána Boha než fyziku. A tady v Hospici je ta víra taková hmatatelná. Člověk nevěřící by řekl, že je to náhoda, ale když se ty náhody opakují, nebo jsou častěji, než bychom si přáli, tak to pro mě náhoda není. Pro mě to je potvrzení toho, že věřím ve správnou věc. Občas si taky myslím, že to všechno je blbost. Ale těch chviliek je mnohem míň, než těch silných. Víra mi pomohla překonat velice vážné onemocnění, kterým jsem procházela. Překonat smrt mé matky, která pro mě byla tak důležitá. Jsem ráda, že víru mám.“

3.2.3 Motivy pro práci s umírajícími

Motivem pro práci v hospici, jako pro jakoukoli jinou práci, je samozřejmě zaměstnání. Snad každý by si přál, aby měl své zaměstnání také rád. Pracovnice tvrdily, že svou práci mají rády, chodí do ní s chutí a radostí. Dále je motivací pro práci s umírajícími možnost pomáhat, dělat práci, která je pro ně významná a smysluplná. Práci, která je vnitřně naplňuje a přináší jim okamžitou zpětnou vazbu. Pracovnice odcházejí domů s pocitem, že udělaly něco dobrého.

„Motivací pro práci v Hospici je pro mě možnost pomáhat, ta práce má význam, smysl, má výsledek. Naplňuje mě. A zpětnou vazbu mám od pacientů okamžitě.“

Hledají ve své práci osud, který jim připravil Pán Bůh.

„Je to zaměstnání, které potřebuju. Mě sem asi Pán Bůh poslal. Ve stejnou dobu jsem mohla volit mezi třemi, ale nevěděli, jestli chtějí nebo nechtějí, tady pan ředitel chtěl. Já jsem od mala věděla, že chci dělat ve zdravotnictví, ale bohužel jsem to nemohla studovat. Studovala jsem to, co jsem mohla, no a teď, dostala jsem se sem. Sice ne na tu pozici, jakou jsem si přála, ale tady na té pozici zas tolik nezáleží, tady je to jedno. V nemocnici by to bylo třeba náročné, ale tady je to jedno.“

Dalším motivačním faktorem pro práci v hospici je opět pracovní kolektiv, dobré vztahy mezi kolegy a s vedením. Výborné pracovní podmínky a dostatek prostoru pro práci s pacienty.

„Byla jsem zástup za mateřskou dovolenou. Nastoupila jsem třeba jen dočasně, ale práce v hospici je pro mě důležitá. Už bych se nechtěla vrátit na porodnici. Je tady velice dobrý kolektiv a vedení. To dělá hrozně moc.“

3.2.4 Dílčí závěr

Jako vnitřní zdroje zvládnání zátěžových situací pracovnice využívají své osobnostní charakteristiky. Empatie jim pomáhá vcítit se do role ostatních a tím se přibližují k jádru problému, proč situace vznikla, a pomáhá jim řešit situaci klidným, nekonfliktním

způsobem. Otevřenost a komunikace účinně funguje v interpersonálních konfliktech, které na pracovišti občas vznikají, a díky těmto vlastnostem je dokáží rychle řešit. Z existenciálního a humanistického přístupu k člověku, pomáhající využívají schopnosti trpělivosti, akceptace pacientů jako individualit, vnímání jejich potřeby a přání.

Respondentky dále hovořily o své vědomé snaze hledat v každém aspektu své práce něco příjemného a radostného a nevnímat náročné situace spojené s umíráním apriori jako nešťastné. Tento pohled v určitých rysech koresponduje s konceptem naučeného optimismu (34).

Pracovnice uplatňují behaviorální strategii, která se zaměřuje na podporu klientů a ventilaci emocí skrze empatický lidský vztah. Další volí spíše kognitivní strategii, kdy se svým přístupem snaží odlehčit a zklidnit vypjaté situace.

Hlavním motivem či posilujícím vnitřním faktorem pro práci s umírajícími je pro respondentky smysluplnost a spiritualita, které se dle Říčana (33) z hlediska hodnotového systému člověka mohou prolínat. Smysluplnost na pracovnice působí jako motivační síla, svou práci vnímají jako nezbytnou, přináší jim pocit uspokojení a pomáhá jim překonávat těžkosti s péčí spojené.

Popsány byly i jiné než křesťanské aspekty duchovní stránky člověka, které pracovnícím pomáhají vyrovnávat se se zátěží při péči o umírající. V životní etapě, kdy člověk začíná přemýšlet o smrti, se často dostává k otázkám víry, k něčemu, co je výš než my sami, k něčemu, čemu se v duchu svěřujeme, komentujeme svůj prožitý život, prosíme o pomoc, úlevu a o rady. Pracovnice, kteří pečují o umírající, se s faktorem smrti setkávají dnes a denně, proto většina z nich potřebuje v „něco“ věřit, ptát se na otázky typu proč, rozebírat neovlivnitelnost času, průběhu onemocnění, typu smrti atd.

3.3 Externí zdroje zvládnání pracovních zátěžových situací

V této kapitole jsou prezentovány odpovědi na DVO 3: *Jaké externí zdroje zvládnání zátěžových situací pomáhají pracovníkům hospice posilovat jejich psychosociální stabilitu?*

Pozornost bude věnována především externím zdrojům zvládnání, jako je sociální opora, profesionální podpora, vzdělávání a pracovní podmínky z hlediska fungování multidisciplinárního týmu.

3.3.1 Pozitivní faktor sociální opory pro zvládnání zátěžových situací

Na otázku, zda pracovnice vnímají potřebu hledat pomoc ve svém sociálním okolí, se mi dostávalo veskrze kladných odpovědí. Sociální oporu hledají především u kamarádek, které většinou zaujmají i roli pracovních kolegyň. Ve většině případů si problémy z práce nechťejí nosit domů a řešit je s rodinnými příslušníky. Jak už bylo řečeno, je pro ně důležité umět oddělit pracovní život od toho soukromého.

„...zavřou se dveře a začíná jiný život. Vyřídím si problémy hned. Mám tady kolegyni, se kterou si to vypovídáme. Domů si to netahám.“

V několika případech kromě kamarádek dominuje sociální opora partnerů, jednou byla záchranným kruhem maminka.

„Mě dělá vrbu hlavně manžel, to je kamarád do nepohody, a pak kamarádky.“

„Byla to mamka, ta mi umřela. To hodně bolelo. Manžel je nemocný. Děti jsou ještě malé. Takže mi zbývají ty nejlepší kamarádky.“

Dále využívají, nebo by chtěly využívat profesionální pomoc. Jedna respondentka navštěvovala psychologa pravidelně pro pomoc s náročnými životními situacemi, které se odehrávaly především v rodině. Pomáhalo jí to celkově, tedy i v pracovním životě.

„Mně hodně pomáhal psycholog, co jsem se přestěhovala, tak jsem ho v Prachaticích zatím neoslovila. Jednou za týden by to bylo ideální. Jen vás směřuje, pak už musíte stejně jednat sama.“

Hospic sv. Jana N. Neumanna nedisponuje pracovním psychologem. Většina z respondentek by ho ocenila, ale na druhou stranu chápou tíživou finanční situaci hospice. Ke klinickému psychologovi se sami neodvážejí z důvodů finančních a stigmatizujících. Jednou za půl roku probíhá v hospici skupinová supervize, to je pro pracovnice málo a vnímají návštěvy supervizora téměř jako zbytečné.

„Jednou za půl roku máme supervize, kdy chodí psycholog. Probírá s námi to, co nás trápí. Máme tu možnost to probrat. Není pro mě ale nijak důležitá. Je to takové příjemné popovídání. Slyšíte problémy ostatních kolegyň. Dozvíím se třeba, co trápí mé kolegy, a pak to spolu můžeme probrat. Jednou za půl roku je málo, kdyby nebyla, tak mi to nebude moc vadit.“

3.3.2 Důležitost vzdělávání a supervize jako ochranný faktor

Primární vzdělání a profesní příprava není pro pracovnice tak důležitá, jako vnitřní motivy pro práci a osobnostní charakteristika pracovníka. Odbornost hraje důležitou roli, ale tu mohou pracovnice nabýt i přípravnými kurzy a školeními v průběhu své práce.

„Spíše ano, ale nemyslím si, že člověk by tady měl mít několik vysokých škol. Být dobrý v tom, co je tady potřeba, to je důležité.“

Zdravotní sestry byly ve věku, kdy pro uznání statusu zdravotní sestry postačuje střední škola. Většina ze zdravotních sester si i přesto dodělává vysokou školu, titulu Bc., kombinovaným studiem. Vzdělání je pro ně důležitější než pro ošetrovatelky. Tvrdí, že nechtějí zamrznout na starých technikách, objevuje se neustále něco nového, pacienti přicházejí s novými pomůckami a ony s nimi chtějí umět náležitě pracovat. Školení týkající se témat paliativní léčby oceňují všechny respondentky. Pomáhá jim orientovat se v aktuální problematice týkající se pacientů, jejich onemocnění a pomůcek, které používají a následně jim toto vědomí, že dělají svou práci dobře, přináší pocity uspokojení a napomáhá udržovat jejich vnitřní psychickou rovnováhu.

„Školení je pro nás určitě důležité. Máme školení skoro každý měsíc na hospicová i mimohospicová témata. Dostudovala jsem vysokou školu, přemýšlím i o dalším studiu. Hospic je specifická věc, ale takové ty novinky- stomické novinky, porty... abych nepřišla mimo, jsou pro mě důležité, když na ten kurz jdu. Ráda jdu na takový kurz, kde se dozvím nové věci, když k nám přijdou pacienti z nemocnice, tak abychom se o ně uměli dobře postarat.“

„...když mě to chytlo, tak jsem se cítila dobře, důležité a doceněně. Nové informace jsou pro mne důležité, po každém školení, kurzu si připadám lépe, a že ještě k něčemu jsem.“

Jednou se objevil názor, že povinnost těchto školení odrazuje. Častokrát se tvrdí, že když člověk musí, tak přestane chtít.

„...důležité to je, ale víc mi to vyhovovalo v době začátku, když jsme se hlásili dobrovolně, dnes už je to povinnost. Vybírali jsme si témata, která nás zajímala.“

3.3.3 Pracovní podmínky a multidisciplinární tým jako faktor zvládnutí

Pracovní podmínky jsou velmi důležitým faktorem pro pracovní spokojenost či opak v každé profesi. Přístup ze strany vedení, její odborné zkušenosti a praxe v oboru je pro pracovnice důležitým faktorem spokojenosti. Zkušený nadřízený má lepší náhled na situace, do kterých se pracovníci dostávají, na jejich potřeby a přání, a ze strany pracovnic je taková osobnost lépe přijímána a přirozeně respektována. Detaily na pracovišti tvoří základ úspěchu. Pracovní základna, do které mají přístup všichni pracovníci, kde si mohou odpočinout, občerstvit se, vypít si kávu a namazat ruce, může vedoucímu, který problematice příliš nerozumí, nikdy nebyl na pozici ošetřovatele, či zdravotní sestry, které s pacientem tráví dvanáct hodin denně, připadat jako zbytečnost. Personál si v takovém případě připadá vyčerpaný. Jsou to detaily „pětiminutovky“, které tolik pomohou. Za dvanáctihodinovou pracovní dobu dají dohromady přibližně 20 minut, které připomínají něco jako jehlu v kupce sena. Na té druhé straně může být ve vedení taková osobnost, která častokrát přijde na tuto „pětiminutovku“ za svým personálem, přinese kávu, nebo sáček s bonbóny, pohovoří s personálem a vytváří tak atmosféru klidu, stability, jistoty a rodinného prostředí, stejně jako je to v Hospici sv. Jana N. Neumanna.

Na otázku, jak jsou respondentky spokojeny s pracovními podmínkami, se mi dostalo stoprocentního kladného vyjádření. Nejen z pozorování jsem si všimla obrovského respektu a obdivu osoby pana ředitele ze strany personálu i rodin pacientů. Odpovědi respondentek byly v podobném znění jako:

„Já jsem spokojena hodně, vedení dělá, co může.“

„Jsem moc spokojená. Náš pan ředitel je výborný člověk. Ani na finanční stránku věci si nemůžu stěžovat, náš pan ředitel odměňuje různými benefity a tak podobně. Jak jsme se tu bavily o syndromu vyhoření, tak si myslím, že náš pan ředitel mu předchází za nás.“

Vnitřní kooperace mezi pracovníky funguje dobře. Všechny pracovnice tvrdily, že se s kolegy dokáží na všem dohodnout a pracovní tým jim dodává sílu. Jako v každé větší sociální skupině si nemusí všichni stoprocentně rozumět. A v těchto případech pracovnice vnímají jako dobrý systém točení směn a pracovních týmů. Někomu důvěřují více, někomu méně.

„Každý člověk je nějaký, vím, co od koho můžu čekat. Zbytečně neprovokuju. Vím, že jsou lidi, na které se můžu obrátit. Pak jsou lidi, se kterými dokážu pracovat, ale kdybych s nimi byla třeba celý měsíc, tak bychom si lezli na nervy. Je to lepší, než v kanceláři se dvěma lidmi, se kterými, když si člověk neseďne, tak je to dost nepříjemné. Vyhovuje mi to střídání služeb.“

Na fungování multidisciplinárního týmu se opět podílí vedení a vytváří podmínky pro časté schůzky, debaty, rozebírání problémů a zapojení všech členů pracovního týmu. Každé ráno jsou zorganizované porady, na kterých jsou probírány aktuální záležitosti. Pan ředitel i ostatní členové týmu vytvářejí již na začátku dne příjemnou atmosféru a startují pracovní nadšení. Dle mého pozorování jsou ranní porady důležitým faktorem zvládnání každodenních pracovních zátěžových situací. Pro pracovnice je důležité, že chování nadřízených není povýšené či autokratické, přátelský přístup přispívá k dobrému fungování multidisciplinárního týmu.

„Multidisciplinární tým funguje velice dobře, každé ráno se scházíme na poradě. A od pana ředitele až po ošetřovatelky to funguje, jak má.“

„Ano, jako celek funguje dobře, respektuji nadřízené, ale přitom jsme kamarádi, tykáme si a tak...“

Celý rozhovor jsem zakončila pozitivní otázkou, na co se pracovnice v práci nejvíce těší. Opakovaly se odpovědi, že na kolegyně, které jsou často i těmi nejlepšími kamarádkami a probírají spolu pracovní, ale i rodinný život. Z toho vyplývá, že

pracovní tým je na velmi dobré úrovni, a jak tvrdila jedna z respondentek: „...občas se vedou jen takový ty žabomyši války.“

Dále se potvrdilo, že pracovnice svou práci dělají rády a jejich motivace pro ni se subjektivně zdá jako nesobecká. Těší se na pacienty, když se pracovnice nabyjí v rodinném prostředí energií a dobrou náladou, chtějí se o ni podělit i se svými pacienty. V každém případě v hospici, kde je pacientů málo a personálu dostatek, probíhá mezi těmito dvěma stranami určitý vztah, který lze jen těžko pojmenovat. Těší se i na rodiny pacientů. Doprovázení a pomoc se smířením u příbuzných byla jmenována jako jedna z nejtěžších situací, často doprovázená silnými emocemi a pláčem. I přes odmítání pracovnice nabízejí pomoc a doprovod na této nelehké cestě a často se celé dny hluboce zamýšlí, jak by rodinám mohly ulehčit náročnou životní situaci. Doprovázení rodin bylo jmenováno jako jeden z nejsilnějších negativních i pozitivních zážitků, jako zážitek, ve kterém si uvědomují, proč tu práci dělají, prožívají vnitřní naplnění a seberealizaci.

„Já jsem chodím ráda, mě to baví. Když se člověk dostane do rozhovoru s rodinou, která se vyptává, kterou třeba i rozpláčete, nepolíbenou touhle tématikou, tak přijdu domu úplně vycucaná. Ale říkám si, to je přesně to, proč tu jsem. Říkám si, právě teď jsem někomu hodně pomohla, někoho rozebrala. K tomu nosím tu cedulku s tím titulem, jakoby možná člověku více důvěřují. Na mě to tak působí. Když se to povede, tak je to strašně krásný zážitek, naplňuje mě to. Nejen pomoc pacientům, ale i rodinám je důležité a naplňující.“

3.3.4 Dílčí závěr

Z externích zdrojů zvládnání náročných situací pracovnice využívají především přátelství, ve většině případů vytvořeného mezi kolegyněmi. Nevyhledávají pomoc u svých rodinných příslušníků, protože je pro ně důležité oddělovat pracovní a soukromý život. Možnost dalšího vzdělávání v paliativní problematice jako vnějších zdrojů, které by pracovníkům usnadňovaly zvládnání situací spojených s péčí o umírající, respondentky vítají a školení jim určitým způsobem nahrazuje supervizi. Fungující

vzdělávací centrum v areálu hospice umožňuje pravidelnost a kvalitu těchto vzdělávacích akcí. Vnější zdroj podpory supervize nefunguje. Aktuální problémy, které pracovníky tíží, nestačí řešit pouze dvakrát do roka. Ocenily by klinického pracovního psychologa, se kterým měly některé pracovnice předchozí kladné zkušenosti. Více by jim vyhovovalo, kdyby mohly aktuální problémy řešit ihned individuálně s psychologem. Orientují se ve finanční situaci hospice, a tak rozumí důvodům, proč takový externí zdroj podpory nefunguje.

Pracovní podmínky v hospici vnímají pracovníci jako příznivé především proto, že se ztotožňují s cíli organizace a jejich motivace pro práci v hospici není sobecká. Vhodné pracovní podmínky respondentky vnímají jako zásadní a uvědomují si, že jejich prostředí je na výborné úrovni. Obdivují a respektují pana ředitele. Jsou spokojené s finančním ohodnocením a využívají benefitů, které jim vedení nabízí jako zdroj prevence proti syndromu vyhoření. Jako ochranný faktor proti stresu vnímají ranní porady, kde je sociální oporou pan ředitel a všudypřítomné duchovno.

Externím zdrojem zvládnání byla dále identifikována kooperace s kolegy v rámci multidisciplinárního hospicového týmu, jež umožňuje profesionálnější intervenci a pracovníkům pomáhá rozvíjet pozitivní a přátelskou atmosféru v rámci organizace. Při péči o umírající je pro pracovnice kromě dobrých pracovních vztahů, důležitá i spolupráce s pacientem a jeho rodinou, i přesto, že tyto situace byly jmenovány jako jedny z nejtěžších.

3.4 Zdroje a strategie zvládnání zátěžových situací

V této kapitole se pokusím odpovědět na HVO: Jaké zdroje a strategie zvládnání zátěžových situací pomáhají pracovníkům hospice zachovat a posilovat jejich psychosociální stabilní stav?

Dílčí závěry DVO 1, 2, 3 jsou nápomocny při odpovědi na vyplývající HVO. Výsledky jsou shrnuty v přehledném návodu, sestaveném z informací pracovníků, jak udržet svůj psychosociální stav v rovnováze.

Intrapsychické zdroje zvládnání

1. *Osobnostní charakteristiky* - využívat především svých osobnostních charakteristik. Poznávat sama sebe, odhalovat své silné a slabé vlastnosti. Osobnost pracující v hospici, by měla disponovat vlastnostmi:

- Empatie - umět se vcítit do druhého pomáhá předcházet mnoha konfliktům. Pracovníci tak dokáží lépe pochopit chování pacientů a jejich rodin, které často shledávají jako zátěžové.
- Srdečnost - být přátelský, upřímný.
- Trpělivost - jedna z ctnostných vlastností člověka, která je důležitá při péči o člověka v každé životní etapě.
- Tolerance - nesmírně důležitá lidská vlastnost při práci s lidmi, schopnost vnímat ostatní jako individua, schopnost snášet a přijímat námahu, nepříjemné situace.
- Lásky k lidem.

2. *Motivy pro práci s umírajícími*

- Smysluplnost - vnímat své poslání jako nezbytné a důležité.
- Identifikace s cíly organizace - změna přístupu k umírajícím. Doprovázet pacienty na jejich poslední cestě, mírnit jejich bolest, být jim na blízku, být jejich oporou.
- Naplnění - mít ze své práce radost, pocit, že děláte něco užitečného a potřebného.

3. *Víra* - vnitřní víra bývá motivací pro toto poslání. Nabízí vnitřní oporu, sílu, stává se místem, kde se člověk může domáhat odpovědí, na neovlivnitelné otázky, kde se mu dostává vnitřního klidu a vždy může ještě doufat.

4. *Sebevědomí* - nízké sebevědomí znehodnocuje lidskou osobnost. Trápí se nad svou méněcenností, trpí pocity, že jim nic nevyhází a doprovází je neustálý strach. Na sebevědomí se dá pracovat.

5. *Sebepoznání* - vnímat sama sebe, poznávat a rozebírat své kladné a záporné vlastnosti, využívat jejich znalosti.

➤ **Duševní hygiena**

1. *Vytváření a udržování kvalitních mezilidských vztahů.*
2. *Dobrá a jasná komunikace v rámci pracovního týmu.*
3. *Vést co nejpevnější hranici mezi zaměstnáním a soukromím.*
4. *Věnovat se zájmům a zálibám, které nesouvisejí se zaměstnáním.*
5. *Organizace práce.*
5. *Vyvarovat se negativnímu přeladění - snížení spotřeby alkoholu, tabáku a kofeinu.*
6. *Cvičení - cvičením se vylučují takřka zázračné endorfíny, které mají velký význam pro naši psychiku a sebevědomí.*
7. *Rychlá chůze - je vhodná pro každého, postačuje k udržení kondice i k navození dobré nálady.*
8. *Procházky - člověk se rozhybe, načerpá novou energii a sensorické požítky, před spánkem tělo příjemně unaví.*
9. *Příroda - čerpat čerstvý vzduch, estetické zážitky, příroda regeneruje.*
10. *Práce na zahrádce - individuální ergoterapie.*
11. *Vaření - druh aktivní relaxace, která přináší výsledky pro celou rodinu.*
12. *Pletení, háčkování...*
13. *Sprcha - působí jako myčka problémů a stává se mezníkem mezi pracovním a soukromým životem.*
14. *Sladké jídlo - bílý rafinovaný cukr bychom měli nahradit třtinovým cukrem, nebo přírodními sladidly, které nejsou zbaveny cenných látek a minerálů. Je to okamžitý zdroj energie.*
15. *Čokoláda - hořká čokoláda chrání oběhový systém, srdce, snižuje krevní tlak, posiluje kosti, erekci, vyvolává pocit klidu, působí proti stresu.*

➤ **Externí zdroje zvládnání**

1. *Sociální opora - využívat možnosti podpory a sounáležitosti svého okolí.*
 - *Přátelé - udržovat přátelské vztahy pro pozitivní přeladění.*
 - *Vedení - sociální opora ze strany vedení zásadně ovlivňuje psychosociální stav pracovníků Hospice.*

- Rodina - využívat sociální opory rodiny, ale nepřetěžovat ji svými problémy. Pozitivně se přeladit na rodinný život.

2. *Vzdělávání*

- Školení - čerpat nové odborné informace hospicových i mimohospicových informací, zvyšovat si tím sebevědomí a rozhled.
- Studium - vysoká škola poskytuje další kontakt se sociálním okolím, budování nových přátelství, rozšiřování odborných znalostí, tím se zvyšuje sebevědomí.
- Četba - pomáhá rozvíjet osobnost a fantazii, ve které člověk účinně relaxuje.

3. *Pracovní podmínky*

- Zázemí - důležitý faktor pro zvládání zátěžových situací. Tzv. pětiminutovky dodávají pracovníkům novou energii a chuť do práce.
- Vztah s vedením - vyjádření sounáležitosti a přátelského vztahu je pro pracovníky důležitým motivačním prvkem pro kvalitní práci.
- Finanční ohodnocení - v Hospici sv. Jana N. Neumanna fungují benefity, relaxační pobyty a prémie, které jsou důležitým faktorem prevence syndromu vyhoření.
- Morální ohodnocení

4. Kooperace - v multidisciplinárním týmu hospice je velmi důležitá spolupráce, součinnost a spolupůsobení lidí, kteří chtějí dosáhnout společného cíle.

- Kolegové - spolupracovat, naslouchat jiným názorům a pohledům, nevnímat situace černobíle.
- Vedení - respektovat nadřizené, nezaujímat hostilní postoj.

5. *Spolupráce a kontakt s rodinou pacienta* - přináší zpětnou vazbu a pocity naplnění.

6. *Supervize* - pomáhá řešit individuální i skupinové psychosociální potíže.

7. *Kultura* - rozvíjí osobnost, rozhled, je pro člověka aktivní i pasivní relaxací a zábavou

- Divadlo
- Hudba, koncerty - má vliv na lidské emoce, dokáže uklidnit, stejně jako nabudit, zpěv zlepšuje náladu

➤ **Psychosociální vyrovnanost**

1. *Pocit bezpečí a zázemí* - jsou základní potřeby pro psychosociální stabilitu. Pocit bezpečí a zázemí v soukromém i pracovním životě posiluje i pocit jistoty.

2. *Pocit jistoty* - jistota a určitý stereotyp udržuje lidskou psychiku ve vyrovnaném stavu.

4 DISKUZE

Stále více si všímám lidí v mém okolí, kteří se dostávají do situace, kdy mají pocit, že jim docházejí síly, jsou nervózní a přetížení. Problémy v zaměstnání, které zapříčiňují i neshody v rodině a přátelství, bývají příčinou stresu. Lidé se pomalu dostávají do psychosociální nerovnováhy, s kterou si nevědí rady. Dlouhodobý stres může vést ke vzniku závažného problému syndromu vyhoření, kterému je i přes jasné důkazy existence, věnována malá pozornost. A to i přesto, že se výzkumu vyhoření ve světě věnují asi 30 let a u nás je mu věnována intenzivní pozornost posledních 15 let a v současnosti o něj zájem narůstá. Projevem zvýšeného zájmu je vzrůstající počet článků v časopisech, postupně je zařazován do výuky na vysokých školách a velmi často je náplní praktických seminářů (4). I přes intenzivnější věnovanou pozornost syndromu vyhoření podle odborníků ze společnosti Commservis.com (6), kteří se dlouhodobě zabývají společenskými výzkumy a trendy, za poslední tři roky počet lidí se syndromem vyhoření výrazně vzrostl. Nejohroženější jsou pracovníci, kteří v rámci své profese komunikují s lidmi. Přední místa v žebříčku povolání náchylných k vyhoření patří pomáhajícím profesím. Zaměstnaní jsou zde kromě každodenního stresu navíc vystaveni vyčerpávající komunikaci s klientem a vysoké psychické zátěži při zvládnání všudypřítomné smrti (28).

Má bakalářská práce je zaměřena na techniky a zdroje zvládnání zátěžových, stresových a konfliktních situací, které využívají pracující s umírajícími. Téměř v každém zaměstnání pracovníci zažívají zátěžové situace. Pro každou profesi jsou tyto situace typické a pracovníci by před nástupem na konkrétní místo měli uvažovat nad tím, zda tuto konkrétní zátěž zvládnou, zda se s ní vyrovnají a jakým způsobem. Lidé tento proces zamyšlení a představování si svého budoucího poslání často přeskakují a vrhají se po hlavě do rozjetého pracovního procesu bez jakékoliv psychosociální přípravy. Mnohdy s nadšením a elánem, dále jen proto, že v omezené pracovní nabídce konečně sehnali nějakou práci. Obě tyto možnosti jsou pochopitelné. Profesní příprava na střední či vysoké škole nabíje studenty informacemi, teorií, ale do konkrétních,

náročných situací se studenti málokdy dostanou. Až na posledním místě je skupina lidí, která se na profesi určitým způsobem připravuje a je srozuměna s tím, jaká rizika může přinášet. Identifikuji se s názorem Bedrnové (5), která uvádí, že aktivní přizpůsobování se podmínkám života vždy vyžaduje, aby člověk jednal se znalostí věci. Předem se připravovat na zvládnání syndromu vyhoření je nejspíše předčasné, ale vědět o možném riziku, snažit se mu vědomě předcházet, umět pečovat a dbát o svou psychohygienu, dokázat příznaky syndromu vyhoření rozpoznat a vědět, jak se mu dále bránit, přináší dobré výsledky.

Pro zjištění specifčnosti těchto zátěžových situací v hospici jsem zvolila vedlejší výzkumnou otázku: *Jaké situace spojené s výkonem jejich profese vnímají pracovníci hospice jako nejvíce ohrožující jejich psychosociální stav?* Výsledky praktické části bakalářské práce byly získány metodou dotazování, prostřednictvím techniky polostandardizovaného rozhovoru a záměrného pozorování.

Nejčastěji jmenovaná jsou obtížná úmrtí z důvodu identifikace s pacientem a jeho blízkými, nebo vzhledem ke vztahu, který si k pacientovi daná pracovnice vytvořila. Dále jsou to potíže v komunikaci s rodinou, ze kterých často vyplývá frustrace z nemožnosti poskytnout komplexní péči, z bezmocnosti a neovlivnitelnosti situace. Pracovnice se stále setkávají s nízkou informovaností veřejnosti o úloze a možnostech hospice jako důstojného prostředí pro poslední fáze života člověka, pokud není možné zajistit tuto péči přímo v rodině. Jako výraznou zátěž také uvádějí konflikty v týmu, protože narušují stabilitu jednotlivce a tím i celého systému. Jako aktuální stresovou záležitost vnímají nedostatek financí pro hospic.

Protože existuje mnoho technik a zdrojů zvládnání zátěže, vymezila jsem dvě vedlejší výzkumné otázky, které se zabývají vnitřními a vnějšími zdroji zvládnání.

Druhá vedlejší výzkumná otázka zněla: *Jaké intrapsychické zdroje zvládnání zátěžových situací využívají pracovníci hospice, k zachování své psychosociální stability?* Personál hospicových zařízení si je vědom náročnosti své profese a je schopen vnímat vlastní potřeby, které se pokouší alespoň částečně naplňovat. Pracovnice vnímají zásadní vnitřní zdroj zvládnání v osobnostní charakteristice každého člověka. Mezi zmiňované osobnostní vlastnosti, které dotazovaným při zvládnání zátěže pomáhají, patří

empatie, trpělivost, klidný přístup ke klientům, odvaha, poctivost, zodpovědnost, upřímnost, otevřenost, srdečnost. Tato témata se velmi blíží humanistickému přístupu k člověku, zvláště pak terapii zaměřené na klienta (31). O podobně laděných vlastnostech se zmiňuje také Seligman (35).

Psychohygienu pracovnice uplatňují různými maličkostmi, jako je dobrá organizace práce a pozitivní přeladění. Z hlediska duševní hygieny je důležitý zejména aktivní odpočinek, respondentky zmiňují cvičení a rychlou chůzi. Dovolují si nesouhlasit s výrokem Bedrnové (5), která uvádí, že správné načasování pro odpočinek je ve chvíli, kdy člověk pocítí první příznaky únavy. Domnívám se, že lidé by měli účinně předcházet syndromu vyhoření již tím, že odpočinek preventivně zařazují do běžných denních povinností ještě před prvními příznaky únavy. Dále souhlasím s tím, že nejvhodnější je odpočívat způsobem zcela odlišným, než jsou naše stereotypní typické pracovní aktivity. Tento výrok se výzkumem téměř nepotvrdil, respondentky vypovídají, že zapomínají na pracovní problémy přeladěním na domácí práce a péči o rodinu, tedy běžné denní povinnosti.

Motivací pro pracovníky je identifikace s cíli zařízení, smysluplnost, láska k lidem, potřeba pomáhat, naplnění a radost z práce. Kopřiva (18) popisuje jako jednu cestu k vyhoření právě ztrátu nadšení. Pracovník přichází na pracoviště s řadou ideálů a s rostoucími potížemi se jeho cíle začínají zdát nedosažitelné. Může se stát, že práce pro pomáhajícího zcela ztratí smysl. Jankovský (17) říká, že nejhorší situace nastává tehdy, pokud pracovník naprosto rezignuje. Domnívám se, že respondentky jsou motivované a plně nadšené pro jejich osobnostní charakteristiky. Vypovídají, že práce s umírajícími není pro každého. Pečující téměř vykládají výrok Smékala, který říká, že důležité je si uvědomit: „*Na co tento člověk má, na co nemá, a jak s tím dovede zacházet* (38).“

Jejich radost z práce, kterou můžeme vnímat jako vnitřní zdroj zvládnutí zátěžových situací, spočívá z dobře vykonané práce, z pocitu uspokojení a pocitu naplnění, které prožívají tehdy, když pacient netrpí děsem nebo bolestí a rodina, ač nemůže být šťastná, není nešťastná. Identifikují se tedy s cílem Hospice, jímž je dosažení nejlepší možné kvality života nejen pacientů, ale i jejich rodin. Zajištění co nejplnějšího a nejaktivnějšího prožití poslední chvíle, pokud možno s blízkými (15).

Poslední výzkumná otázka zněla takto: *Jaké externí zdroje zvládání zátěžových situací pomáhají pracovníkům hospice posilovat jejich psychosociální stabilitu?*

Podle posledních průzkumů společnosti ACRC se ukázalo, že lidé jsou ve větším stresu než dříve, nejvyšší procento pracujících lidí pociťující stres zauímají podnikatelé, kteří jsou sami sobě pánem (48). Z toho vyplývá, že vedení pracoviště zauímá obrovskou roli v psychosociální stabilitě pracovníků. Vedení pracovníků by tak mělo poskytovat preventivní opatření v podobě školení o škodlivých psychosociálních stavech a procesech, supervize, vhodné pracovní podmínky a v tom nejlepším případě být i jejich sociální oporou. V mládí děti ovlivňuje učitel, školáci chodí domů a říkají: *„Ale pan učitel to ukazoval jinak a pan učitel říkal... a tak je to správně.“* V dospělosti pracovníky ovlivňuje zaměstnavatel, pokud neplní nic ze jmenovaných protektivních technik a jeho přístup k podřízeným je povrchní a neempatický, zaměstnanci chodí domů a říkají: *„Šéf nám zase udělal, nedovolil, podrazil... Není to člověk na správném místě.“* Z mého výzkumu vyplynulo, že pracovnice ctí a respektují svého pana ředitele, který je pro své pracovníky sociální oporou, dovoluji si tvrdit, že díky specifickým ranním poradám je i supervizorem. Identifikuji se s názorem Jeklové (30), která tvrdí, že nesmírně přínosná je komunikace na stejné úrovni mezi ředitelem a pracovníkem, kdy hodnotí stejné věci a prokazují si vzájemnou úctu. Respondentky se vesměs shodovaly na sociální opoře, jako na nejdůležitějším externím zdroji zvládání. *„Systém sociální opory je chápán jako určitý nárazníkový či tlumicí systém, který chrání lidi proti potencionálnímu škodlivému vlivu stresových událostí. Ti, kteří disponují takovýmto silným systémem sociální opory, se proto jeví lépe vybaveni ke zvládání závažných životních změn i každodenních běžných mrzutostí (19, s.93).“* Sociální oporou jsou pro pracovnice především kamarádky, které jsou většinou i kolegyněmi. Shodují se s výrokem, že kolegyně působí jako sociální opora už jen dobrou spoluprací, dále nasloucháním, povzbuzením, uznáním a zpětnou vazbou (30). Mohu se domnívat, že respondentky, pouze ženského pohlaví, mají potřebu probírat své pracovní problémy s kamarádkami, aby si ulevily díky známému faktoru, že ženy jsou otevřenější ke sdílení emocí či problémů. Další teorie, proč se pracovnice většinou svěřují jen svému profesnímu okolí, může být z hlediska existenciálního přístupu interpretována tak, že si

pracovníci uvědomují svou častou konfrontaci se smrtí a problematikou umírání a obávají se, že by ze zdroje sociální opory došlo k nepochopení či odmítnutí (51).

Pracovnice jsou velmi spokojeny s pracovními podmínkami. Každý měsíc jim jsou poskytována odborná školení. Vzdělávání je pro ně tedy důležitou strategií zvládnutí. Vysoké školy a pravidelné studium pro pracovnice důležité není, ale školení v paliativní léčbě a mimohospicových tématech týkající se psychosociální stability, vnímají jako velmi důležitý zdroj zvládnutí zátěžových situací a sebedůvěry. Supervize je jako zdroj zvládnutí zátěžových situací zanedbávána. Pracovnice tvrdí, že jim supervize příliš nechybí, ale pravděpodobně je to tím, že jednou do měsíce mají školení, na kterém se společně stýkají se svými kolegy, dozívají se něco nového o paliativní problematice a následně diskutují a dostávají se k podobným otázkám jako na supervizi.

I přesto, že se orientuji v tíživé finanční situaci Hospice, se pokusím nastínit výhody supervize pro zaměstnavatele. Věřím, že v blízké budoucnosti se finance opět dostanou do expanze a pro tento případ, chci prezentovat názor Chaloupkové (16), se kterým se shoduji - že supervizi se stabilizuje personální situace (snížení fluktuace), snižují se náklady na zácvek nových zaměstnanců, snižují se mimořádné události v závislosti přetížení pracovníků, snižuje se přetlak vedení, zvyšuje se kredit zaměstnavatele na trhu práce. Podotýkám, že i přes silné vnitřní zdroje zvládnutí zátěžových situací, může být přetížen i sám pan ředitel, odborná supervize pomáhá i snížení tlaku na vedení.

Dále se všechny respondentky shodovaly na tom, že jejich multidisciplinární tým funguje velmi dobře. Seymour J., Ingleton CH. a Payne S. (36) zdůrazňují, že: „*Každý pracovník zapojený do péče o pacienta musí mít jasnou představu vlastní profesionální identity. Musí také znát a vážit si přínosu ostatních pracovníků.*“

Již zmíněná příprava se tedy pravděpodobně dotkne naší generace, která se na svou profesi odborně připravuje, díky zavedení syndromu vyhoření do výuky, jako reálného zdroje ohrožení. Ale co pracovníci ve středním věku, kterých je ve zdravotně sociálních zařízeních většina a syndrom vyhoření berou stále na lehkou váhu, jejich častou vyčerpanost a podrážděnost nechtějí nijak pojmenovávat a tvrdí, že je to normální? Dle mého názoru, je tvorba dalších prací, týkající se psychosociální vyrovnanosti nejen

pomáhajících pracovníků velmi důležitá. Ztotožňuji se s názorem Smékala, který říká, že: „*Je paradoxem současnosti, která vyzvedá význam informací a poznání jako rozhodující síly doby, že přitom orientuje většinu vědeckých kapacit na rozvoj ekonomie a technologií a zapomíná na zkoumání psychických, sociálních a duchovních dimenzí člověka (38, s.7).*“

Z výsledků mé práce je očividné, že zátěžové a stresové situace v práci s umírajícími existují. Mé výsledky dokazují, že tyto situace jsou v Hospici sv. Jana N. Neumanna zvládnuty zásluhou vedení, fungujícího multidisciplinárního týmu, dalšího vzdělávání a především díky vnitřně silným charakteristikám osobností, které mají dobré motivy pro pomáhající profesi. Jejich vyrovnaný psychosociální stav mi poskytl informace, jak předcházet syndromu vyhoření a jak se udržovat psychosociálně stabilně. Mohla jsem tedy zkonstruovat jakýsi návod praktických rad a informací, jak udržovat svou psychickou a zároveň sociální stránku osobnosti v rovnováze.

5 ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se věnovala pracovním Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. Cílem práce bylo připomenout důležitost těchto pomáhajících pracovníků, kteří věnují pacientům a jejich rodinám biopsychosociospirituální péči, jež je velmi náročná na jejich emocionální účast a přináší mnohé zátěžové situace.

Práce obsahuje po každém zanalyzovaném trsu dílčí závěr, proto na tomto místě shrnu výsledky jen velmi stručně. Nejprve jsem se zajímala, jaké zátěžové situace jsou pro pracovníce subjektivně obtížně zvladatelné. Zjistila jsem, že zátěžové situace jsou pro práci s umírajícími typické právě pro svou cílovou skupinu. Nejnáročnější je pro respondentky doprovod blízkých umírajícího. Mnozí lidé stále nejsou informováni o cílech hospice a paliativní léčbě. Často jim tedy připadá paliativní péče nedostačující, bývají agresivní a nepříjemní. Pomáhající si musí uvědomovat, že fázemi smíření neprochází jen umírající, ale i jeho blízcí. Dále je pro pracovníce náročná příliš častá smrt a smrt pacientů, se kterými se nějakým způsobem identifikovaly.

Každý člověk zvládá zátěž jinými zdroji a strategiemi. Cílem práce bylo zjistit jaké strategie a zdroje zvládání využívají pracovníci hospice. Rozdělila jsem dílčí výzkumné otázky na introvertní a externí zdroje zvládání. Zjistila jsem, že na prvních místech z introvertních zdrojů pracovníci sledávají osobnostní charakteristiky, sebepoznání a víru. Z externích zdrojů je na prvním místě sociální opora, dále pracovní podmínky, přístup vedení a vzdělávání. Respondentkám chybí profesionální podpora. Postrádají klinického psychologa a supervize.

Z duševní hygieny záměrně uplatňují prevenci proti syndromu vyhoření. Důležitá je pro ně dobrá organizace práce a jasná hranice mezi pracovním a rodinným životem. Dále jmenují nezbytnost aktivní i pasivní relaxace.

Mým cílem bylo vytvořit podrobný návod, jak uchovat psychosociální stav pomáhajících pracovníků v rovnováze. Respondentky mi poskytly podrobné informace a praktické rady pro jeho zrekonstruování.

Z mého výzkumu mohu tvrdit, že pracovnice Hospice sv. Jana N. Neumanna jsou ve velmi vyrovnaném psychosociálním stavu. Z práce též vyplývá, že v praxi by byla vhodná podpora pracovníků ze strany klinického psychologa, který by byl v ideálním případě pracovníkům k dispozici při řešení aktuálních zátěžových situací. Dále zavedení pravidelné kvalitní supervize, která by pracovníkům pomáhala rozebírat skupinové i individuální konflikty.

Podobně zajímavou otázkou, kterou by bylo vhodné dále zpracovat, je zaměřit se na to, jaký je vliv pracovních podmínek na psychosociální stabilitu pomáhajících pracovníků.

6 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. *AsociaceHospicu.cz*: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. [online]. 2010 [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/myty-o-hospicich/>
2. ATKINSON R. L. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.
3. BALAŠTIKOVÁ V., BLATNÝ M. a KOHOUTEK M. *Časopis pro psychologickou teorii a praxi*: Aspekty sebepojetí jako determinanty výběru strategií zvládnání. 2004, roč. 48, č. 5, s. 410-415. ISSN 0009-062X.
4. BARTOŠÍKOVÁ I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů , 2006. ISBN 80-7013-439-9.
5. BEDRNOVÁ E. *Duševní hygiena a sebeřízení*. Praha: Fortuna, 1999. ISBN 80-7168-681-6.
6. *Comservis.com*: Strategie a Marketing. [online]. 2011 [cit. 2013-04-27]. Dostupné z: <http://www.comservis.com/cs/sluzby/strategie-marketing>
7. *Dva s čokoládou*: Vliv čokolády na zdraví. [online]. 2012 [cit. 2013-04-27]. Dostupné z: <http://www.dvascokoladou.cz/o-cokolade/cokolada-a-zdravi/>
8. ELLIS A., MacLAREN C. *Racionálně emoční behaviorální terapie*. Praha: Portál 2005. ISBN 80-7178-947-X.
9. FERJENČÍK J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*: Jak zkoumat lidskou duši. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-815-9.
10. FRANKL V. *A přesto říci životu ano*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1996. ISBN 80-7192-095-9.
11. FRANKL V. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 2006. ISBN 80-7295-085-1.
12. HALÍK T. *Sedm úvah o službě nemocným a trpícím*. Brno: Cesta, 1993. ISBN 80-85319-27-6.
13. HAŠKOVCOVÁ H. *Thanatologie*: Nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

14. HENDL J. Kvalitativní výzkum: *Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-262-0219-6.
15. *Hospic sv. Jana N. Neumanna*: Co je Hospic? [online]. 2013 [cit. 2013-04-29]. Dostupné z: <http://www.hospicpt.cz/prachatice>
16. CHALOUPKOVÁ J. *Nevyhorim.cz*: Argumenty pro zaměstnavatele [online]. 2012 [cit. 2013-04-27]. Dostupné z: <http://www.nevyhorim.cz/co-je-supervize/argumenty-pro-vedeni/>
17. JANKOVSKÝ J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
18. KOPŘIVA K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-922-4.
19. KŘIVOHLAVÝ J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
20. KÜBLER-ROSS E. *On Death and Dying*. Routledge, 1969. ISBN 0-415-04015-9.
21. MINIBERGEROVÁ L., DUŠEK J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-436-4.
22. MIOVSKÝ M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 80-247-1362-4.
23. MISCONIOVÁ B. *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky, 1998. ISBN 8023919156.
24. MUNZAROVÁ M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
25. MUSIL L. *Ráda bych Vám pomohla, ale...*. Brno: Marek Zeman 2004. ISBN 80-903070-1-9.
26. PACOVSKÝ V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.

27. PEHALOVÁ M. *Umírání cz. Mýty a otázky kolem umírání a paliativní péče* [online]. [cit. 2013-04-15]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/myty-o-umirani.html>
28. PETRÁŠOVÁ L. *Vitalia: Hrozí vám syndrom vyhoření?* [online]. 2012 [cit. 2013-04-27]. Dostupné z: <http://www.vitalia.cz/clanky/hrozi-vam-syndrom-vyhoreni/>
29. REICHEL J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
30. REITMAYEROVÁ E., JEKLOVÁ M. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 8086991741.
31. ROGERS C. *Způsob bytí*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-233-5.
32. RUSH M. D. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2003. ISBN 80-7255-074-8.
33. ŘÍČAN P. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál, 2007. ISBN 9788073673123.
34. SELIGMAN M. E. P. *Learned optimism: How to change your mind and your life*. New York: Pocket books, 1998. ISBN 0-671-01911-2.
35. SELIGMAN, M. E. P. *Authentic happiness*. United Kingdom: Nicholas Brealey Publishing, 2003. ISBN 9781857883299.
36. SEYMOUR J., INGLETON CH. a PAYNE S. *Principy a praxe paliativní péče*. Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.
37. SLÁMA O., KABELKA L. a VORLÍČEK J. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.
38. SMÉKAL V. *Pozvání do psychologie osobnosti*. Brno: Barrister & Principal, 2004. ISBN 80-86598-65-9.
39. *Starý zákon*: Kazatel. Bratislava: Gemini, 1992, s. 303. ISBN 80-85265-31-1.
40. STRAUSS A., CORBINOVÁ J. *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Sdružení podané ruce, 1999. ISBN 80-85834-60-x.
41. STUDENT U., MÜHLUM A. a STUDENT J. CH. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: H&H, 2006.

42. SVATOŠOVÁ M. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: APHPP, Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.
43. ŠOLCOVÁ I., KEBZA V. *Sociální opora jako významný protektivní faktor*. Československá psychologie, 1999.
44. ŠPINKA Š., ŠPINKOVÁ M. *Standardy domácí paliativní péče*. Podklady pro práci týmů domácí paliativní péči. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4329-4.
45. THAREAUOVÁ I., PICHAUD C. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
46. TOŠNEROVÁ T. *Ageismus-průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ústav lékařské etiky 3. LF UK, 2002. ISBN 80-238-9506-0.
47. VÁGNEROVÁ M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.
48. VELENTOVÁ O. *Zena.sme.sk: Je stres dnes už iba módne slovo?*. [online]. 2007 [cit. 2013-04-27]. Dostupné z: <http://zena.sme.sk/c/3240554/je-stres-dnes-uz-iba-modne-slovo.html>
49. Vitalion: Syndrom vyhoření. *Vitalion* [online]. [cit. 2013-04-27]. Dostupné z: <http://nemoci.vitalion.cz/syndrom-vyhoreni/>
50. VORLÍČEK J., SLÁMA O. *Základní principy paliativní péče*. Brno: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.
51. YALOM I. D. *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-147-6.