



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Psychosociální zátěž osob pečujících o osoby závislé na
pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: [Rehabilitace](#)

Autor: Bc. Jana Šrámková

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

[České Budějovice 2016](#)

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „Psychosociální zátěž osob pečujících o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16. 5. 2016

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce, Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D., za odborné vedení, poskytování konzultací, cenné rady a čas, který mi věnovala.

Dále bych chtěla poděkovat všem komunikačním partnerům, díky nimž mohla práce vzniknout. Velké díky patří také mé rodině, která mi poskytla podporu a pomoc během studia, především mým dětem Honzíkovi, Adámkovi a Barušce za obrovský kus tolerance.

Psychosociální zátěž osob pečujících o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá problematikou psychosociální zátěže osob pečujících o osobu závislou na péči jiné fyzické osoby v domácím prostředí. Péče v domácím prostředí je tradiční formou péče, která prochází celou historií lidstva. Ne vždy bylo ale samozřejmostí se o spoluobčany s určitým typem postižení či znevýhodnění starat. Tato doba je již naštěstí dlouhý čas minulostí. Problematika rodinných pečujících v přirozeném prostředí jedince závislého na péči nabírá stále na aktuálnosti. Je přínosná především pro samotného jedince závislého na péči, který tak má šanci zůstat v důvěrně známém prostředí a obklopený lidmi jemu nejbližšími, milujícími. Lidmi v jejichž společnosti prožíval celý svůj dosavadní život. Neméně přínosná je ale i pro celou společnost, protože péče v domácím prostředí je ekonomicky méně nákladná než péče institucionální.

Výkon péče o osobu závislou na péči jiné fyzické osoby v domácím prostředí sebou ovšem nese také určitá rizika. Diplomová práce má ambice nahlédnout na tyto rizika výkonu péče z úhlu pohledu těch, kteří jsou osobami aktivně vykonávajícími tuto činnost, tedy samotných rodinných pečovatelů.

Teoretická část práce přibližuje základní problematiku. Popisuje domácí a rodinnou péči se svými předpoklady, východisky, prioritami a samotnou roli rodinné pečující osoby a nutnou podporu a péči pro tyto pečující. Dále jsou zde rozebrána rizika, která sebou výkon péče přináší, jako jsou stres a syndrom vyhoření. Závěr teoretické části je věnován prevenci vzniku stresu a syndromu vyhoření, psychohygieně.

Cílem diplomové práce je definovat rozhodující faktory psychosociální zátěže pečujících osob o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí. Dílčím cílem je zjistit, v jakých oblastech cítí pečující osoby při péči o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí zvýšenou zátěž. Dalším dílčím cílem je zjistit, zda znají a uplatňují pečující osoby při péči o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí zásady duševní hygieny. V závislosti na cílech

diplomové práce jsou nastoleny dvě výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1 zní: Který druh stresu považují pečující osoby za nejzávažnější při své práci? Výzkumná otázka 2 zní: Které možné symptomy vyhoření na sobě pozorují pečující osoby?

Praktická část diplomové práce je zpracována formou kvalitativního výzkumu. Pro účely výzkumu byla použita metoda dotazování, technika polostrukturovaného rozhovoru. Dále byla použita technika pozorování. Výzkum byl doplněn o Inventář projevů syndromu vyhoření, upravený pro účely tohoto výzkumu. Výběrový soubor je tvořen osmi osobami pečujícími o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí, kteří splňovali předem nastavená kritéria, a byl zvolen metodou sněhové koule. Získaná data byla vyhodnocena metodou otevřeného kódování.

Výsledky jsou rozděleny do šesti tematických celků. První tematický celek předkládá obecné informace o komunikačních partnerech. Následující tematické celky se vztahují k cílům práce a výzkumným otázkám.

Výzkum poukázal na skutečnosti a rizika, jež sebou výkon péče o osobu závislou na péči jiné fyzické osoby v domácím prostředí nese. Poukázal na oblasti, ve kterých pociťují zvýšenou zátěž. Pro osoby pečující je náročná oblast fyzické namáhavosti péče, vědomí odpovědnosti v souvislosti s péčí, oblast komunikace a pochopení se s osobou závislou na péči a samotné vyrovnání se s osudem a přihlížení bezmocnosti. Z výpovědí bylo zjištěno, že osoby pečující považují tuto činnost za stresující, přičemž stres při výkonu péče pociťují akutní i chronický, pociťují ho v souvislosti s nedostatkem času ale i s odpovědností, v souvislosti s obavami z budoucnosti ale i v souvislosti s nevyrovnáním se s minulostí. Osobám pečujícím o osoby závislé na péči nejvíce pomáhá zvládat náročnost této péče rodina a přátelé, kteří jim poskytují jak psychickou oporu, tak také pomoc s výkonem péče. Dále také samota a odpočinek, sportovní vyžití a kultura. V souvislosti s pečováním cítí pečující pocit dělání správné věci, ale také pocity smutku, pochybností a beznaděje. Ti pečující, kteří u sebe vnímají riziko vzniku syndromu vyhoření, na sobě pozorují symptomy v rovině emocionální, rozumové, tělesné i sociální.

Péče o osobu závislou na péči jiné fyzické osoby v domácím prostředí je současný trend, avšak vykazuje náročnost pro pečující osoby, a to ve více rovinách. Lze tak usuzovat, že tyto osoby si zaslouží právě v těchto rovinách jistou podporu a pomoc. Tato práce může přispět k pochopení významnosti práce pečujících osob v domácím

prostředí. Přinese informace o tom, jaké jsou rozhodující faktory psychosociální zátěže pečujících osob o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí. Dále může přispět k možnému rozvoji služeb odpovídajících potřebám osobám pečujícím o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí.

Klíčová slova

osoba pečující, domácí prostředí, psychosociální zátěž, stres, syndrom vyhoření, duševní hygiena

The psychosocial burden of people caring for persons dependent on the assistance of another person in the home environment

Abstract

This diploma thesis deals about the points at issue of the psycho-social strain with people taking care of the person dependant on the care of other physical person in the home background. The care in the home background is the traditional form of care which attends the whole history of mankind. The care of the fellow-citizens with a certain kind of handicap or disadvantage was not always taken for granted. Fortunately, such times passed away a long time ago. The problems of family home helps in the natural millieu of an individual dependant on the care are getting more and more actual. Above all, this issue is contributing to this individual dependant on the care who is given a chance to stay in the familiar millieu surrounded with the people loving and closest to him/her. Surrounded with the people in whose neighbourhood he/she lived for the whole life until now. The issue in question is as well as contributing for the whole society since the care in the home background is economically less costly than the institutional care.

The realization of the care of a person dependant on the care of other physical person in the home background also carries along some hazards. This diploma thesis attempts to look onto these risks from the viewpoint of those who are the persons actively executing this activity, and so the family home helps themselves.

The theoretical part of the thesis explains the fundamental points at issue. It describes the domestic and family care with the premises, origins, priorities and the role of family-caring person itself and the necessary support and care for these caring persons. Further on, there are analyzed some risks accompanying the realization of the care, like stress and burnt-out effect. The conclusion of the theoretical part deals about the prevention of the origin of stress and burnt-out effect and about the psycho-hygiene.

The aim of this diploma thesis lies in defining the decisive factors of the psycho-social strain on the persons caring of persons dependant on the assistance of other physical person in the home background. The partial aim is to find out in which areas the persons

taking care of persons dependant on the asistence of other physical person in the home background feel the increased strain. Another partial aim is to find out whether the persons taking care of persons dependant on the assistance of other physical person in the home background know and apply the principles of mental hygiene. Following the aims of the diploma thesis, there are postulated two research questions. The research question 1: Which kind of stress do the caring persons consider the most relevant in their job? The research question 2: Which possible symptoms of burnt-out effect do the caring persons observe on themselves?

The practical part of the diploma thesis is worked out in the form of qualitative research. The method of inquiry and the technique of semi-structuralized interview were used for the purposes of the research. Furthermore, the technique of observation was applied. The research was implemented with the Inventory of symptoms of burnt-out effect adapted for the purpose of this research. The selected file is formed of eight persons taking care of persons dependant on the assistance of other physical person in the home background who complied with the pre-set criteria; the method of so-called „snowball“ was chosen. The gained data were evaluated by the method of open coding.

The results were divided into six thematic units. The first thematic unit presents general information about the partners for communication. The following thematic units are related to the goals of the thesis and to the research questions.

The research pointed out the facts and risks that the realization of the care of a person dependant on the care of other physical person in the home background is carrying out. The research pointed out the areas in which these persons feel the increased strain. The area of physical exertion in caring, the consciousness of responsibility in connection with caring, the area of communication and understanding a person dependant on the care and facing up to the fate and watching helplessness are demanding the most for the caring persons. It was found out from the evidences that caring persons consider this activity stressful; they feel both acute and chronical stress during the execution of the care, they feel it in connection with the lack of time and with the responsibility, in connection with the fears of future, but also in connection with not coping with the past.

Family and friends, that provide both psychical support and assistance in the realization of the care, help most the persons caring of persons dependant on the care to deal with the demands of this care. As well as solitude and rest, sport activities and culture help

them. In connection with caring the engaged persons have the feeling of doing a good thing, but also the feelings of sorrow, doubts and despairs. Those caring persons who perceive the risky factor of burnt-out effect can observe its symptoms on the emotional, rational, physical and social level on themselves.

The care of a person dependant on the care of other physical person in the home background is trendy nowadays, however it figures out the demands for caring persons on many levels. This thesis can contribute to understanding the importance of work of caring persons in the home background. It will deliver the information about the relevant factors of psycho-social strain on the persons taking care of persons dependant on the assistance of other physical person in the home background. Moreover, it can contribute to the eventual development of services corresponding to the needs of the persons taking care of persons dependant on the assistance of other physical person in the home background.

Keywords

people taking care, home background, psycho-social strain, stress, burnt-out effect, psycho-hygiene

OBSAH

ÚVOD.....	12
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1. 1 Domácí péče.....	13
1. 1. 1 Rodinná péče.....	13
1. 1. 2 Předpoklady rodinné péče.....	16
1. 1. 3 Druhy rodinné péče.....	17
1. 1. 4 Východiska a priority při zajišťování rodinné péče.....	18
1. 1. 5 Role rodinné pečující osoby.....	19
1. 1. 6 Podpora a péče pro pečující.....	20
1. 2 Stres a zátěž.....	21
1. 2. 1 Příčiny a druhy stresu.....	23
1. 2. 2 Příznaky stresu.....	25
1. 2. 3 Reakce na stres.....	26
1. 2. 4 Průběh stresové reakce.....	27
1. 3 Deprese.....	27
1. 4 Syndrom vyhoření.....	28
1. 4. 1 Příčiny syndromu vyhoření.....	29
1. 4. 2 Vývoj syndromu vyhoření.....	31
1. 4. 3 Příznaky syndromu vyhoření.....	32
1. 4. 4 Intervence v procesu syndromu vyhoření.....	34
1. 5 Zvládání stresových situací a prevence syndromu vyhoření.....	34
1. 5. 1 Psychohygienu.....	37
1. 5. 1. 1 Sociální opora.....	40
1. 5. 1. 2 Zdravý životní styl.....	42
1. 5. 1. 3 Relaxace a meditace.....	43
1. 5. 1. 4 Pohybová aktivita.....	46
1. 5. 1. 5 Síla spánku a odpočinku.....	48
1. 5. 1. 6 Výživa a návykové látky.....	49
1. 5. 1. 7 Smích a humor.....	50
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	52
2. 1 Cíle práce.....	52

2. 2 Výzkumné otázky.....	52
3 METODIKA.....	53
3. 1 Použité metody a techniky sběru dat.....	53
3. 2 Charakteristika výzkumného souboru.....	55
3. 3 Vlastní realizace výzkumu.....	55
3. 4 Etika výzkumu.....	57
4 VÝSLEDKY.....	58
4. 1 Výsledky – Základní informace o komunikačních partnerech.....	59
4. 2 Oblasti zvýšené zátěže.....	62
4. 3 Stres v souvislosti s pečováním.....	68
4. 4 Psychohygiena.....	74
4. 5 Možné symptomy syndromu vyhoření.....	81
4. 6 Inventář projevů syndromu vyhoření a pozorování.....	88
4. 6. 1 Inventář projevů syndromu vyhoření.....	88
4. 6. 2 Pozorování.....	89
4. 6. 3 Komparace výsledků jednotlivých technik.....	91
5 DISKUSE.....	93
6 ZÁVĚR.....	103
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	105
8 PŘÍLOHY.....	117

ÚVOD

Jednou z nejzávažnějších otázek spojených s péčí o osobu závislou na péči jiné fyzické osoby je problematika volby institucionální péče, či péče poskytované v domácím prostředí. Jedná se v současné době o poměrně aktuální, často diskutované téma. V současnosti převažuje trend péči deinstitucionalizovat, který s sebou mimo jiné přináší také nižší veřejné náklady. Dochází k nahrazování kapacit ústavní péče péčí domácí. Důraz je kladen na setrvání osob závislých na péči v jejich přirozeném prostředí.

Péče o osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí je nejen zodpovědný, ale také psychicky a fyzicky velmi náročný závazek. Z tohoto důvodu se mi jeví jako velice důležité věnovat pozornost samotným potřebám a rizikům osob pečujících o osobu závislou na péči. Aby mohlo co možná nejvíce osob závislých na péči zůstat v domácím prostředí co nejdéle, je nutné, aby pečujícím rodinným příslušníkům byla poskytována podpora a pomoc v oblastech, v nichž ji potřebují, a aby tím byla usnadněna jejich péče. V případě péče o druhého je důležité, aby pečující nezapomínali sami na sebe. Jedině tak budou osobě závislé na péči prospěšní a budou schopni dlouhodobé a dobře vykonávané péče o někoho jiného.

Téma diplomové práce vychází z mé osobní tříleté zkušenosti s péčí o osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí. Role rodinného pečujícího se tak pro mne stala inspirací k tomu, abych se touto problematikou blíže zabývala a abych nahlédla na postoje a zkušenosti rodinných pečujících. Diplomová práce pak přináší pohled rodinných příslušníků pečujících o osobu závislou na jejich péči na danou problematiku vycházející ze zajímavého výzkumu s nimi.

Tato práce vychází z myšlenky, že péče o osobu závislou v domácím prostředí je práce jako každá jiná a rodinní pečující si zaslouží jistou podporu a pomoc vycházející z jejich individuálních potřeb, ale především naší úcty.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Domácí péče

Domácí péče je nejpřirozenější způsob péče o nemocné již od nejstarších dob lidstva a první zmínky o domácí péči jsou popsány na začátku 12. století, kdy ji vykonávaly řeholní řády (Jarošová, 2007). Jak uvádí shodně Klevetová a Dlabalová (2007) a Jarošová (2007), domácí péče představuje v širším slova smyslu široké spektrum služeb, které se mohou poskytovat jedinci doma v jeho přirozeném sociálním prostředí. Stanhope a Lancastera charakterizují komplexní domácí péči jako formu integrované péče, která je jedním z prvků primární péče a jejíž filozofie vychází z principu pevné vazby a interakce lidské bytosti se svým sociálním prostředím s důrazem na individuální vnímání kvality lidské bytosti (Jarošová, 2007).

Komplexní domácí péči můžeme definovat jako ošetrovatelskou, rehabilitační, terapeutickou a sociální péči včetně laické pomoci (rodinní příslušníci, dobrovolníci, charita) poskytované v primární péči (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Klevetová a Dlabalová (2008) a Kalvach (2012) shodně uvádějí, že se jedná o služby mající nejen odborný zdravotní charakter, ale jsou zde zahrnuty i služby sociální péče, neformální služby laické – rodinná péče, služby osobní péče a pomoci, vedení domácnosti, dopomoc v různých oblastech péče prostřednictvím dobrovolnictví. Základem domácí péče je princip subsidiarity, který si klade za cíl aktivní péči a pomoc k zapojení a rozvoj zbytkových potenciálů klienta (Jarošová, 2007).

K základním prvkům systému ucelené domácí péče patří:

- I. klient, jeho svobodná vůle a zodpovědnost,
- II. laická podpora i zdravotní péče v rámci rodiny,
- III. služby, které zabezpečují péči nesoběstačné osobě v domácím prostředí, svou přítomností snižují riziko nutnosti ústavní péče (Jarošová, 2006; Kalvach, 2012).

1.1.1 Rodinná péče

Rodina představuje pro každého člověka bez rozdílu věku zázemí a jistotu a dobře fungující rodina znamená v případě nesoběstačnosti záruku pomoci fyzické psychické a hmotné (Dvořáčková, 2012). Dvořáčková (2007) dále uvádí, že rodinné zázemí je jednou z nejdůležitějších sociálních jistot člověka.

Rodinná péče je tradiční, mnoha staletími ověřený model péče o blízké nemohoucí osoby a institucionální péče byla dříve poskytována pouze bezdětným osobám, lidem, o které se neměl kdo postarat, protože ztratili své příbuzné (Jeřábek, 2013). Jádrem rodinné péče je řešení situace nesoběstačných, „nemohoucích“ lidí, kteří by nemohli bez specifických cílevědomých opatření dále žít v přirozeném domácím prostředí pro nepoměr tíže postižení a náročnosti prostředí (Marková et al., 2006; Čvela et al., 2012). Autoři dále uvádějí, že se jedná o lidi ohrožené institucionalizací, přičemž k hlavním současným transformačním cílům v péči o tyto osoby patří deinstitucionalizace a deprofesionalizace. Na základě zkušeností a poznatků z minulosti je za optimální způsob péče stále považována možnost setrvání co nejdéle v domácím prostředí za současné podpory a péče jeho rodiny (Jarošová, 2006; Dvořáčková, 2012; Kalvach, 2012). Pozitivní vliv domácího prostředí a přítomnosti blízkých na uzdravování a psychickou pohodu člověka je ověřen vědeckými studiemi (Misconiová, 2006).

Lidé s dlouhodobě omezenou soběstačností potřebují komplex služeb, který bývá označován pojmem dlouhodobá péče (Colombo, 2011). Dlouhodobá péče zahrnuje jak systém zdravotních tak sociálních služeb poskytovaných osobám, které jsou v důsledku chronického onemocnění nebo tělesného či duševního postižení závislé na pomoci se základními každodenními činnostmi (Holmerová, 2010). Colombo (2011) rozlišuje dlouhodobou péči na formální a neformální. Formální je poskytována profesionály, neformální péče je pak poskytována pouze v domácím prostředí a je vykonávána rodinnými příslušníky, sousedy nebo přáteli (Colombo, 2011). Rodina, jako nejčastější poskytovatel neformální péče, je relativně nové téma pro oblast formování a implementace veřejné politiky v oblasti dlouhodobé péče (Triantafillou, 2010).

Na úrovni Evropské unie se toto téma začalo rozvíjet na počátku nového století v souvislosti se sociální dimenzí Lisabonské agendy zaměřené na podporu zaměstnanosti žen a osob vyššího věku a na rozvoj opatření, která by umožnila v oblasti zdravotní a sociální péče efektivnější rozdělení rolí mezi stát, trh a rodinu (Triantafillou, 2010). V posledních letech dochází k výrazné snaze přesunout péči o závislé osoby do jejich domácího prostředí, kdy na jedné straně se jedná o reakci na přirozené přání těchto osob zůstat co nejdéle ve svých domovech, na druhé dochází k tomuto procesu pod vlivem tlaku celospolečenských změn, jako jsou pokračující proces demografického stárnutí a zvyšující se náklady na zdravotní i sociální péči o osoby

vyššího věku (Colombo, 2011). Zejména v oblasti neformální péče o seniory je rodina vnímána jako samozřejmý zdroj pomoci, který pokryje i místní a finanční deficity nedostupné formální péče (Havlíková, 2012). Michalík (2010) uvádí, že neexistuje lepší péče, než je péče fungující rodiny, která je ochotná se starat, má na to odvalu, dostatek sil a energie, možnosti tuto péči poskytovat. Vlivem společenských změn a s měnící se socioekonomickou situací rodin však klesá počet rodin ochotných a schopných se o svého nesoběstačného člena postarat (Juríčková et al., 2013). Péče o vážně či chronicky nemocného člena rodiny patří k náročným životním situacím. Klade značné nároky na fyzickou i psychickou odolnost, na adaptabilitu pečujícího a výrazně zasahuje do rodinných vztahů (Štěpánková et al., 2014).

Dle OECD potřebují dlouhodobou péči osoby s omezenou tělesnou, funkční či duševní kapacitou, které jsou setrvale po delší dobu závislí na pomoci při základních aktivitách denního života (activities of daily living, ADL), jakými jsou koupání, oblékání, stravování, v kombinaci s jednodušší pomocí při instrumentálních aktivitách denního života (IADL), jakými jsou vedení domácnosti, příprava stravy či nakupování, a vyžadující také zdravotní péči (Čevela et al., 2012). Autoři dále uvádějí, že při vyladování konceptu dlouhodobé péče je pozornost soustředěna na poskytování péče těmto lidem v přirozeném domácím prostředí a podporu rodinných pečujících. A jak uvádí Jarolímová (2013), aby byla pečujícím zajištěna odpovídající podpora a pomoc, která by učinila rodinnou péči o závislé zvládnutelnou.

Jedná se často o lidi, kteří pečují na hranici svých sil, a to po neúměrně dlouhou dobu několika měsíců či let, a je tedy zapotřebí počítat s tím, že mnozí z nich mají své zdravotní problémy, u mnohých z nich došlo k zhoršení zdravotního stavu, rozvoji syndromu vyhoření, mohou být úzkostní či depresivní (Ptáček, Bartůněk 2011). Často u pečujících osob dochází ke zhoršení společenských vztahů a jsou v důsledku péče také sociálně izolováni, přerušili sociální kontakty se svým okolím, nemají si s kým pohovořit o svých problémech (Ptáček, Bartůněk 2011; Valenta et al., 2012). Hudáková a Majerníková (2013) a Jarolímová (2013) shodně uvádí, že taková péče vytváří vysoké psychické, sociální a finanční nároky na osobu pečovatele, který je vystaven riziku vývoje vlastních symptomů, a mohou vést k selhání schopnosti nést břemeno péče dále. Tito pečující potřebují zejména, aby se mohli se svými problémy svěřit, aby jim někdo naslouchal a aby ocenil jejich roli jako důležitou a užitečnou (Ptáček, Bartůněk 2011).

Štěpánková et al. (2014) uvádějí, že podle výzkumů National Family Caregivers Association existuje jeden společný jmenovatel případů rodinné péče (nejedná se o požadavky ani o délku péče, či místo, kde je vykonávána), a tím je její emocionální dopad a ten se sebou nejčastěji přináší: intenzivní smutek a bolest, touhu po zázraku a normalitě, frustraci jako důsledek měnící se rodinné dynamiky, izolaci pocházející z vybočování z normy, zklamání způsobené nedostatkem porozumění lidí, kteří nepečují, stres způsobený zvýšením zodpovědnosti, depresi způsobenou ztrátou, již se sebou péče přináší, odvalu a sílu pokračovat, ale i sílu plynoucí z vědomí, že se péče dá zvládnout.

K nevýhodám péče v domácím prostředí patří nižší materiální a technická vybavenost, kdy registrované zařízení je v tomto směru lépe vybaveno a nabízí komplexní péči, ve které je zastoupena řada různých odborných profesí (Michalík, 2010). Hubíková (2012) uvádí, že neformální rodinná péče představuje oblast, která se jeví jako plná nejasností, stereotypních představ a předsudků, a to zejména co se týče jejich funkcí a podob jejího poskytování uvnitř rodiny. Autorka dále uvádí, že status rodinných pečovatelů není dostatečně definovaný, jejich práva nejsou jasně vymezená a situaci a potřebám samotných neformálních poskytovatelů péče není v České republice věnována adekvátní pozornost. Bariéry, na které rodinní pečovatelé narážejí při poskytování osobní péče svým blízkým, jsou považovány spíše za jejich osobní problémy než deficity existujícího systému dlouhodobé péče (Hubíková, 2012).

1. 1. 2 Předpoklady rodinné péče

Dle Jeřábka (2005) jsou předpoklady na straně rodiny důležitými podmínkami, za kterých je možné péči v rodině prostřednictvím rodinných příslušníků úspěšně a smysluplně uskutečňovat, a nutností je sociální soudržnost rodiny. Mechanická sociální soudržnost je spojena se sdílením společných hodnot a vzorců chování (tato soudržnost je společným jmenovatelem jednotného a rychlého rozhodnutí v situaci, kdy nesoběstačný člen rodiny potřebuje zajistit péči a rodina tento úkol přijímá za svůj), organická sociální soudržnost je spojena s přeorganizováním chodu rodiny v souvislosti s vlastní realizací péče (změny zvyklostí, odřeknutí vlastních priorit členů rodiny v zájmu fungování rodiny jako celku, změny rolí v rodině, změny v zaměstnání) (Jeřábek, 2005). Předpoklady k pečovatelské práci má ten jedinec, který je sociálně

zralou osobností, je schopen svědomitě a odpovědně vykonávat tuto činnost a identifikoval se s rolí pečovatele (Mlýnková, 2010). Pečujícího jedince vyznačují výrazné znaky prosociálního chování, které je též označováno jako altruismus (Nakonečný, 2009).

Aby rodina dobře vykonávala roli pečujícího a péče byla kvalitní, musí splňovat řadu předpokladů: moci pečovat (zabezpečit fyzické, sociální, psychické, materiální podmínky), chtít pečovat (mít dobrou vůli, hledat možnosti a řešení se všemi členy rodiny), umět pečovat (vědět, jak pečovat, znát rozsah poskytované pomoci) (Nováková, 2011; Dvořáčková, 2012). Dle Mlýnkové (2010) jsou předpoklady následující: senzomotorické (šikovnost, manuální zručnost, pohybová obratnost, neporušené smyslové vnímání), estetické (péče o zevnějšek svůj i nesoběstačného jedince, úprava domácnosti), intelektové (schopnost řešit náročné situace v pečovatelsví), autoregulační (sebezapření, přizpůsobivost, odolnost vůči stresu). Jarolímová (2013) a Jeřábek (2013) shodně uvádějí, že určujícím předpokladem pro úspěšné zvládnání pečovatelské role jsou faktory partnerských a rodinných vztahů, věk, zdravotní stav a osobnost pečujícího, případné zachování původního životního stylu, sociální opora, edukace, poradenství a svépomocné skupiny.

Společnost má za úkol motivovat rodinu morálně, legislativně, ekonomicky i sociálně tak, aby mohla rodina plnit vzorně roli pečujícího, přičemž v moderní rodině ubývá tradiční model vícegeneračního soužití a sdílení rodinných vazeb (Klevetová, Dlabalová, 2008). Důvodem vzdání se někdy ošetrovatelské role je často nedostatek podpory od ostatních členů rodiny, ale také nedostatek podpůrných služeb v komunitě (Hudáková, Majerníková, 2013). Model rodinné péče může fungovat pouze tehdy, vytvoří-li společnost rodinným příslušníkům patřičné podmínky, za předpokladu pestré nabídky sociálních i běžných služeb a samozřejmě bude-li fungovat spolupráce a vzájemná pomoc mezi institucemi a rodinou (Dvořáčková, 2012).

1. 1. 3 Druhy rodinné péče

Péči můžeme pojmut jako opatrovnickou, podpůrnou, či vykonávanou pro štěstí a blahobyt nesoběstačných jedinců (Jeřábek, 2013). Při zajišťování potřeb nesoběstačného

jedince prostřednictvím rodinných příslušníků rozlišuje Jeřábek (2005) tři druhy poskytované péče:

- I. Podpůrná péče. (subsidiary care) Je časově, fyzicky a psychicky méně náročná. Její náplní může být občasná výpomoc s opravami v domácnosti, doprovod k lékaři, na úřad, finanční výpomoc. Jedná se o druh péče nepravidelný a příležitostný.
- II. Neosobní péče. (impersonal care) Je již spojena s určitou pravidelností, nelze ji odkládat a příjemce ji obtížně postrádá. Obsahem je nejčastěji zajištění chodu domácnosti (vaření, uklízení, praní). Není zde nutnost bydlení s příjemcem péče, je možné docházení do domácnosti. Potřeba poskytování neosobní nebo podpůrné péče koreluje s nesoběstačností seniora v instrumentálních všedních denních činnostech a zajištění těchto aktivit by mohlo být pokryto i někým mimo rodinu (pečovatelskou službou, sousedskou výpomocí).
- III. Osobní péče. (personal care) Představuje nejnáročnější stupeň péče, která již vyžaduje stálou přítomnost pečujícího u nesoběstačného jedince ve smyslu společného bydlení v jednom bytě (pomoc při provádění hygieny, stravování, oblékání, přemísťování, vyprazdňování). Péče je spojena s velkou časovou, fyzickou i psychickou náročností.

Domácí rodinná péče může být také dělena na péči vykonávanou jediným rodinným příslušníkem (většinou žena) a celkovou rodinnou péčí, kdy se stará více členů rodiny (Jeřábek, 2013; Michalík, 2013).

1. 1. 4 Východiska a priority při zajišťování rodinné péče

Hlavním motivačním prvkem k této práci je samotná láska rodinného pečovatele k osobě nesoběstačné a péče je prožívána jako práce z lásky, v níž práce musí pokračovat, i když láska klopýtne (Jeřábek, 2013). Dle Mlýnkové (2011) samotná vůle a láska pečující osoby není někdy dostačující k naplnění cíle, a proto je třeba, aby rodina znala základní oblast péče o nesoběstačnou osobu a aby byla edukována o jeho zdravotním stavu a potřebách, seznámena s rozmístěním nábytku a kompenzačních pomůcek. Dle Kalvacha (2009) má pečující osoba právo na odbornou radu a pomoc zdravotníků a při dodržení následujících priorit by nemělo docházet k ohrožení či zanedbání péče. Těmito prioritami jsou: spokojenost, bezpečnost a jistota

nesoběstačného, dodržování léčebného a rehabilitačního plánu, zajištění základních ošetrovatelských povinností, animace, nabídky aktivit, komunikace a smyslových podnětů a vypracování krizového scénáře (Kalvach, 2009). Důležité je zhodnotit také vztah mezi opečovávaným a pečujícím, kdy negativní postoje by mohly vést k velké zátěži, k nevládnosti či dokonce k psychicky nebo emočně vypjatým situacím (Jeřábek, 2005).

Překážkami v poskytování rodinné péče nesoběstačné osobě může být nevyhovující bydlení (ztráta soukromí), zaměstnanost střední generace (nemožnost poskytnout celodenní péči), nutnost postarat se o zbytek rodiny (děti) a vzdálenost rodin (Mlýnková, 2011). Jednoznačnou výhodou je podle Jeřábka (2005) eliminace rizika nozokomiálních nákaz, které nemocné ohrožuje v ústavním zařízení.

1. 1. 5 Role rodinné pečující osoby

Při rodinné péči dochází často k přeměně rolí a přerozdělování úloh (Bártlová, 2005). Vlivem onemocnění člověka a změn spojených s touto změnou se mění jak postavení nemocného, ale i obsah rolí ostatních členů rodiny, celkový životní styl rodiny, mění se i jejich hodnoty a normy (Vágnerová, 2014). Jeřábek (2005) uvádí, že pečující osoba, která poskytuje zejména nejnáročnější osobní péči nesoběstačnému jedinci v rodině, je velmi často v situaci, která vyžaduje celodenní přítomnost pečujícího, a to 365 dní v roce. Je to spojeno s obětavostí, vytrvalostí a velkou odpovědností pečující osoby, ale také s chvílemi beznaděje, bezmoci a osamělosti (Jeřábek, 2005). Nejnáročnějším úkolem osob pečujících o nesoběstačné jedince je pochopit jejich potřeby, porozumět jim a poskytnout jim profesionální a zároveň humánní péči, která vychází z jejich potřeb (Slezáková, 2007). Přičemž neformální rodinný pečující není primárně odborně vyškolen na poskytování péče (Triantafillou, 2010). Jeřábek (2013) uvádí, že výzkum prokázal, že pečující jsou ochotni obětovat při péči o blízké své pohodlí, soukromí i čas v takové míře, aby se mohli plně věnovat péči o nesoběstačného jedince, a mnohdy tak dávají přednost nemocnému před vlastními zájmy do té míry, že to pečující ohrožuje zdravotně, sociálně i psychicky.

V současnosti pečovatelé z řady nejbližších rodinných příslušníků poskytují v zemích Evropské unie více než 80 % celkové péče (Triantafillou, 2010). Tradičně je role

pečující osoby vnímána a společensky přiznávána spíše ženě, pečujícími jsou pak nejčastěji dcery a snachy (Jeřábek, 2005). Autor dále uvádí, že ženy samy na sebe berou roli pečovatelky a cítí, že za péči o blízké mají zodpovědnost ony samy, stejně tak jako cítí zodpovědnost za štěstí celé rodiny.

1. 1. 6 Podpora a péče pro pečující

Kopřiva (2013) uvádí, že je důležité udržet si při vztahu pečujícího a opečovávaného zdravé hranice, být empatický k nemocnému a zároveň nezapomenout na své vlastní potřeby. Podle Bártlové (2005) má rodinná péče u nás stále nízkou podporu státu, kdy pečující nejsou morálně ani ekonomicky oceněni. Rodinná péče by měla být na stejné úrovni jako státní a soukromá péče a stejně tak i podpořena (Bártlová, 2005). Laická dlouhodobá péče by měla být souhrou podpory zdravotních i sociálních pracovníků, kteří by měli poskytovat poradenství, vstřícné intervence v případě komplikací či změn stavu (Kalvach, 2009). Veřejná politika zaměřená na podporu neformálních pečovatelů je u nás poměrně málo rozvinutou oblastí dlouhodobé péče (Dobiášová et al., 2013). Současná situace v oblasti sociálních služeb je charakteristická nedostatkem široké sítě dostupných a kvalitních služeb a jejich nerovnoměrnou distribucí a tím vytváří enormní zátěž pro většinu neformálních pečovatelů (Österle, 2010; Pavloková, 2011; Uhlířová, Latimier, 2013). Situaci v dlouhodobé péči neulehčuje ani rozdrobenost systému mezi dva rezorty (ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo práce a sociálních věcí), kdy na regionální úrovni jsou kompetence rozděleny mezi kraje, obce, zdravotní pojišťovny a samotné domácnosti (Pavloková, 2011). Dostupnost těchto služeb je horší na venkově (Uhlířová, Latimier, 2013).

Jak shodně uvádějí Dobiášová et al. (2013) a Průša (2013), poskytování služeb celých 24 hodin denně 7 dní v týdnu je pro jednoho člověka zcela likvidační psychická i fyzická zátěž. Pečovatelské povinnosti nemají vymezeny smluvně, neexistuje žádné časové omezení jejich práce, za poskytnutou péči nepobírají mzdu a z jejich péče jim vyplývají pouze minimální sociální práva (Triantafyllou, 2010; Průša, 2013). Podpora pečujících osob by měla mít komplexní povahu, měla by pokrývat psychologické poradenství zaměřené jak na vztahy v rodině, tak na time management a fyzický i psychický odpočinek pečujícího či na komplexní poradenství o možné finanční pomoci a podpoře klienta formou sociálních či zdravotních služeb (Průša, 2013). Autor dále

uvádí, že rodinné pečovatele často trápí špatná finanční situace, zvláště pokud je jejich hlavním příjmem příspěvek na péči.

Sociální službou, která je přímo určena rodinným pečovatelům je odlehčovací (respitní) péče, která poskytuje pečovatelům krátkodobý oddych od povinností spojených s pečováním o nesoběstačnou osobu (péče v domácím prostředí nebo denní a institucionální péče) (Colombo, 2011). Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, vymezuje odlehčovací službu jako službu, která umožňuje pečující osobě nezbytný odpočinek. Ulehčení pro rodinné pečovatele přináší denní a týdenní stacionáře a služby rané péče a další službou pro rodinné pečovatele je odborné sociální poradenství a sociálně aktivizační služby (108/2006, Sb.). Rozvíjí se svépomocné skupiny pro lidi pečující o nesoběstačné jedince, které mohou účinně snižovat zátěž pečujícího jedince (Matoušek, 2011).

1.2 Stres a zátěž

V profesionálním i soukromém životě nastávají v důsledku různých příčin situace, jejichž společným jmenovatelem je, že kladou na člověka zvýšené nároky a požadavky, které lze zvládnout jen s vystupňovaným úsilím (Čírtková, 2006). Jak autorka dále uvádí, v psychologii se pro tyto situace používá souhrnného označení zátěž. Dále uvádí, že zátěž je souhrnným označením pro skutečný či pomyslný rozpor mezi vnějšími požadavky a vnitřní způsobilostí jedince je řešit. Objevují se situace, kdy je jeho dynamická rovnováha s prostředím narušována, prožívá zklamání, řeší komplikované problémy, někdy postrádá některou z podmínek potřebných k životu a dalšímu rozvoji a tím vzniká neklid a napětí (Zacharová et al., 2007). Podle míry nelibosti lze zátěž rozdělit na běžnou, zvýšenou, hraniční a extrémní (Zacharová et al., 2007). Pozitivní role zátěže je zpravidla spojována se stupněm zvýšené zátěže a za určitých okolností ještě s krátkodobě působící a zvládnutelnou hraniční zátěží, naopak negativní role je zjevnější a je spojována s neúměrně zvýšenou zátěží a se stupněm hraniční a extrémní zátěže (Čírtková, 2006).

Lidé volí pro zvládnání zátěže různé způsoby, které jsou individuálně rozdílné, a to platí i pro odlišnosti cest, které na cestě k vyrovnání se s nároky života v určitém prostředí volí muži a ženy (Paulík, 2010). Autor dále uvádí, že obě pohlaví nenazírají na svět a neřeší

problémy vždy zcela stejně a nemají také vždy zcela stejné vnější podmínky pro zvládnání zátěže. Jak uvádí Paulík a Saforek (2010), velkou roli hraje i životní pesimismus či optimismus. Pesimismus souvisí s negativní aktivitou, může přecházet v obavy a deprese a negativně ovlivňovat efektivitu volených strategií zvládnání zátěže a v souvislosti s tím je u pesimisticky laděných osob patrná také vyšší vnímavost k zátěži a nižší spokojenost (Paulík, Saforek, 2010). Podle Ptáčka a Kuželové (2010) lze obecně říci, že cokoli přináší určitou zátěž, ohrožení nebo prostě překračuje naše možnosti a síly, přináší s sebou i stres a stres je v tomto smyslu reakce, která připravuje náš organismus na situaci, v níž bude potřebovat více energie než obvykle. Stres je tedy přirozená součást našeho života, pro zachování života nesmírně důležitá, je třeba se s ním naučit dobře zacházet a předcházet tak jeho možným závažným důsledkům (Ptáček, Kuželová, 2010). Stres je možno chápat jako specifický případ obecněji pojaté zátěže, kdy jde o stav, ve kterém míra zátěže přesahuje únosnou mez z hlediska adaptačních možností organismu za daných podmínek (Paulík, 2010).

Definice stresu existuje několik. Prvním odborníkem moderní doby, který se věnoval tématu stresu, byl americký fyziolog Cannon, který stres v roce 1920 definoval jako stav, do něhož se zvíře dostane při stimulaci vyvolávající útěkovou nebo útočnou reakci, jde o reakci na agresi (Moravcová, 2013). Autorka dále uvádí, že průkopníkem v systematickém zkoumání stresu se stal v padesátých letech 20. století fyziolog Hans Selye, jehož původním pojetí je stres nespecifická fyziologická reakce organismu na jakýkoliv nárok na organismus kladený. Stres můžeme chápat jako stav napětí, kterým lidský organismus reaguje na podněty (stresory) (Charly Cungi, Serge Limousin, 2005; Plamínek, 2013). Jedná se o vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává, a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná (Mandincová, 2011; Moravcová, 2013). V běžném hovoru bývá stres označován jako všechno, co nás nějak tlačí, přetěžuje nás a co je nepříjemné, a zatěžující věci působící zvenčí se nazývají stresory (Praško, Prašková, 2007). Jak dále uvádí autoři, zda budeme situaci považovat za stresor, nebo ne, ovlivní naše porozumění situaci. Stres pak svým působením stěžuje, ba znemožňuje uspokojení potřeby nebo dosažení cíle a je mimo jiné nazýván typickým problémem dnešní doby (Novák, 2004).

Stres je normální součástí života, který nám může způsobit značné problémy, ale také nám pomáhá se učit se a vyvíjet se (Stoppler, 2015). Merg a Knodel (2007) uvádějí, že stres může být i zdravý, kdy zpočátku vede k větší výkonnosti a kreativitě, a určitá míra

stresu je tedy smysluplná. Tento stres také bývá nazýván stimulovaným stresem (Merg, Knodel, 2007). Bez něho bychom neměli dostatek podnětů k překonávání překážek (Praško, Prašková, 2007).

1. 2. 1 Příčiny a druhy stresu

Příčiny přetížení organismu můžeme rozdělit na fyzické (nadměrná únava, nedostatek pohybu, srdeční a cévní problémy a dysfunkce cévního aparátu), osobnostní (perfekcionismus, nejistota, přemrštěné požadavky, vysokou zodpovědnost a vyhoření) a psychické (vysoké požadavky v zaměstnání a soukromém životě, lobbying, deprese a obětavost) (Merg, Knodel, 2007). Paulík (2010) uvádí, že stres může nastat, protože jsou působící podněty extrémně silné, případně obtěžující podněty překračují únosnou mez, nakumulování řady různých nepříjemností nebo dobou svého působení, nebo je jako obtěžující a nebezpečné hodnotí v rozporu se skutečností, a nebo naopak jsou nároky dlouhodobě minimální, či se jen velmi málo mění a jeho pracovní kapacitu nevyužívá a neposkytuje potřebnou kvantitu nebo kvalitu stimulace.

V současnosti je stres odborníky dělen na eustres a distres (Praško, Prašková, 2007; Plamínek, 2013). Eustres je stres pozitivní (projevuje se v situacích, kdy máme velkou radost, až nám z toho buší srdce, a je našemu tělu skutečně prospěšný (Ptáček, Kuželová, 2010). Motivuje a je výzvou a pod jeho vlivem jsme schopni mobilizovat síly a dosáhnout lepšího výkonu (Moravcová, 2013). Eustres je tedy všude tam, kde situaci máme pod dobrou kontrolou (Praško, Prašková, 2007). Čím více eustresu, tím větší odolnost a stabilita pro případ nájezdu distresu a tím více eustresu (jde o typickou pozitivní zpětnou vazbu) (Plamínek, 2013). Dále autor uvádí, že eustres je proto důležité aktivně vyhledávat, nalézat radost v běžných situacích života, případně i ve zvládnutí těžkostí, které život přináší, a tím získat vysokou odolnost vůči stresu, a tedy předpoklady být stabilními osobnostmi.

Distres je naopak stres škodlivý, který omezuje naši výkonnost, efektivitu, vyčerpává nás a způsobuje negativní pocity, frustraci až depresi (Moravcová, 2013). Plamínek (2013) uvádí, že distres nás upozorňuje na existující nebezpečí. Objeví se tam, kde věci přestáváme zvládat, cítíme se přetížení, ztrácíme jistotu a nadhled (Praško, Prašková, 2007). Skutečné umění je nechat na sebe distres působit pouze tehdy, je-li to nutné

(Plamínek, 2013). Může způsobit nejen závažné tělesné potíže a nemoci, ale negativně působí na naši psychiku a na naše vztahy s ostatními lidmi, pomalu nás oslabuje a ničí ze všech stran a dlouhodobě se dá vyřešit pouze aktivní snahou o odstranění jeho příčin a případných následků (Ptáček, Kuželová, 2010). Při volném (nezvládaném) působení distresu vzniká také pozitivní zpětná vazba (čím více nekontrolovaného distresu, tím větší labilita - čím větší labilita, tím více distresu), a pokud se něco nestane, můžeme očekávat, že se organismus nakonec zhroutí (Plamínek, 2013). Praško a Prašková (2007) uvádějí, že eustres i distres se projevují podobně, že ze zdravotního hlediska jde spíše o míru stresu a o to, jak často se objevuje. Škodlivým se tedy stává překročení určité individuální hranice v tom, jak silný stres a jak často člověk prožívá (Praško, Prašková, 2007).

Stres může mít dvě podoby, jak uvádějí Jones a Moorhouse (2010). Dále uvádějí, že typickým příznakem akutního stresu jsou záchvaty stresu, které se střídají s obdobími žádného nebo jen mírného stresu. Mikuláščík (2015) akutní stres označuje jako situační, kdy se jedná o zátěž v daném okamžiku a prožitek je velmi silný. Naopak chronický stres nastává tehdy, když jeden záchvat stresu stíhá druhý, a pokud tento stres prožívá člověk delší dobu, nijak mu to nesvědčí, a člověk pak nedokáže pustit z hlavy věci, které ho frustrují (Jones, Moorhouse, 2010). Chronický stres je charakteristický tím, že jedinec dlouhodobě není schopen mít kontrolu nad podněty, které na něj negativně působí (Mikuláščík, 2015).

Plamínek (2013) uvádí, že s naléhavostí a důležitostí jsou pevně spojeny dva ošidné druhy stresu. Jedná se o stres časový, který je vázaný na termíny, a stres věcný, který souvisí s odpovědností (Plamínek, 2013). Časový stres dezorganizuje a zpovrchňuje nejen myšlení člověka při vykonávání činností, ale i celkové vnímání okolí jedincem, kdy si jedinec plánuje, že v daném čase vykoná mnohem více práce, než je ve skutečnosti schopen, což může vést ke stresovým situacím (Janíček, Marek, 2013). Stres související s odpovědností ohrožuje ty, na něž jsou dlouhodobě kladeny vysoké nároky, po nichž je práce vyžadována s plným nasazením a jejichž práce je neadekvátně ohodnocena (ať jde o slovní ohodnocení, vlastní pocit smysluplnosti práce a pocit naplnění, nebo finanční ohodnocení) (Ptáček, Bartůněk, 2011).

Dále lze dle Mikuláščíka (2015) rozdělit stres na anticipační a reziduální. Anticipační stres představuje obavy typu, co bude následovat, kdy nejistota je mnohdy horší než

smutná jistota (Novák, 2015). Daná událost ještě nenastala, ale mysl je soustředěna do budoucna, a i když problém ještě nenastal, v hlavě už probíhá (McGee, 2013). Různá zvažování pak mohou vyvolat větší stres než uskutečněný krok (Novák, 2015). Reziduální stres Mikuláščík (2015) definuje jako neschopnost vyrovnat se s minulostí. Jedinci se změnil svět, musí se propracovat k osobnímu smyslu prožité zkušenosti i k závažnosti jejího dopadu na život, rozpoznává přínos prožité události a najít nový smysl života (Mareš, 2012).

1. 2. 2 Příznaky stresu

Příznaky stresu se objevují, pokud dojde k vyčerpání a lidský organismus je vybaven schopností vyrovnávat se se stresem jen do určité míry, jak uvádí Moravcová (2013). Je možné je rozdělit na duševní příznaky (emocionální) – podrážděnost vůči lidem, neschopnost soustředění, nervozita, potíže s pamětí, ztráta zájmu o ostatní lidi, neklid, pocit dlouhodobého duševního napětí, strach z budoucnosti, pocit nejistoty, strachu a úzkosti a na tělesné příznaky – trávicí potíže, nechutenství nebo přejídání, pálení, žáha, zrychlení srdeční činnosti, dlouhodobá únava, nespavost, svalové křeče, bolesti hlavy (Ptáček, Kuželová, 2010; Moravcová, 2013). Fyzické a psychické zdraví jedince jsou mimo jiných významné dimenze kvality života, tudíž se výrazně odráží na kvalitě života jedince a ta se přímo odvíjí od komplexnosti lidského života (Heřmanová, 2013). Příznaky stresu se dle Nešpora (2007) dále objevují v rodinném životě – napětí v rodině, nedostatek času na druhé, neschopnost jim projevit sympatii a účast, nedostatek komunikace, zanedbávání dětí, odcizení manželů, přehlížení, hněv a v pracovní oblasti – problémy v komunikaci, manipulativní tendence, vytváření zbytečných krizí, pokles sebedůvěry, ztráta výkonnosti a energie, apatie, zanedbávání povinností.

Je důležité, abychom znali své vlastní sklony ke způsobu reagování na stres a mohli se mít na pozoru před hromaděním vnitřního napětí (Hawkins, Shohet, 2004). Autor dále uvádí, že stres, který se nevybije, zůstává v těle a může se projevit v podobě tělesných, psychických a emočních příznaků a zdůrazňuje, že je důležité, aby si lidé v pomáhajících profesích všímali známek přetížení vlastního systému a aby se ujistili, že se jim dostane podpory nejen při zvládnání příznaků stresu, ale také při vypořádání se s příčinou stresu. Pokud příznaky stresu přehlídíme příliš dlouho, hrozí nebezpečí, že nás zcela zaplaví a ovládne (Hawkins, Shohet, 2004).

1. 2. 3 Reakce na stres

Jednorázový, akutní a vcelku silný stres s aktivním řešením, pozitivním vyústěním a následným odpočinkem nepředstavuje riziko pro zdraví a může mít na organismus posilující vliv, dlouhodobě působící nezvládaný chronický stres má naopak škodlivé účinky (Mandincová, 2011). Vznik mnoha nemocí je multifaktoriální a závisí mimo jiné na duševním stavu člověka a stres pak může působit na negativní změnu zdravotního stavu buď přímo, nebo nepřímo (Moravcová, 2013). Stres je jádrem většiny nemocí, kterým společnost dnes čelí (Seaward, 2012). Křivohlavý (2009) uvádí, že přímým účinkem stresu na onemocnění se rozumí obvykle jeho vliv na imunitní, endokrinní nebo nervový systém, nepřímým pak vliv stresu na chování člověka. U přímého působení se jedná o tzv. psychosomatická onemocnění (Moravcová, 2013).

Často stojí stres u vzniku deprese, prokázán byl také jeho vliv na posttraumatické stresové poruchy a výjimečným případem reakce na stres je syndrom vyhoření (Kebza, 2005). Při posttraumatické poruše je obvyklý strach a snaha vyhnout se všemu, co traumatizující událost připomíná, tato událost má ovšem tendenci nutkavě se vracet ve snech a vzpomínkách a objevuje se emoční otupělost, poruchy nálad, úzkost, deprese, ztráta zájmu o lidi a okolní dění (Paulík, 2010). Jak uvádí Mlčák (2011), tyto emoce motivují člověka k řešení problému nebo úniku před ním. Dále uvádí, že k častým reakcím osobnosti na stres patří i obranné mechanismy, jež působí na nevědomé úrovni a jejichž funkcí je obrana ohroženého sebepojetí člověka, které hrozí narušit úzkost vznikající vlivem stresu. Kromě bezprostředních reakcí na stres vznikají i časově oddálené, dlouhodobé úseky stresu. Prožitý stres může vyústit v chronickou únavu (Mlčák, 2011). Novák (2004) uvádí, že stres může aktivitu člověka blokovat, dokáže zaskočit, vyvolává pocity bezmoci, neschopnosti zvládnout komplikovanou situaci. Zprostředkovaně může vyvolávat i pocity nedostačivosti a postiženému se pak zdá, že je méněcenný (Novák, 2004).

Schopnost organismu přizpůsobit se zevním, dříve nezvyklým podmínkám vyjadřuje z fyziologického i biologického hlediska adaptace a reakce na svízelnou situaci; může být obvyklá, méně obvyklá, maladaptivní (špatné, nepříznivé přizpůsobení) (Zacharová et al., 2007). Halama (2007) uvádí, že, když organismus vzhledem na působení rizikových faktorů není schopen udržet homeostázu, výsledkem je porucha, respektive choroba. To všechno jsou přirozené reakce organismu na příliš velkou psychickou

zátěž, a pokud člověk není blázen, ale prožívá psychickou krizi, a pokud se mu podaří obnovit dobré životní podmínky, obnoví se i jeho zdravé prožívání (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

1. 2. 4 Průběh stresové reakce

Odpovědí organismu na stresor je reakce, která je charakterizována jako generalizovaný adaptační syndrom (Paulík, 2010). Reakce na stres je procesem, který probíhá ve třech fázích, které zachycují postupné zvládnutí této situace, jak uvádí Kebza a Šolcová (2004) a Paulík (2010): poplachová reakce - mobilizují se všechny síly a pomocné mechanismy, šok s neorganizovanými až chaotickými vnějšími projevy a utlumením životních reakcí, poté určitá adaptace na vzniklou situaci, zvýšení aktivace a obnova obrany (protišok); odolávání - organismus se brání za cenu likvidace rezerv, dochází k relativnímu zklidnění, zajištění zdrojů pro mobilizaci energie; vyčerpání - organismus vyčerpá rezervy k tomu, aby se adaptoval. Objevují se důsledky, které mohou být fatální. V případě delšího trvání této situace je konečnou fází smrt (Asbjorn et al., 2010). Průběh reakce na stres popisuje také Vágnerová (2014) jako sled následujících kroků: fáze aktivizace obranných reakcí, fáze hledání účelných strategií, fáze zvládnutí nebo rozvojem stresem podmíněných poruch.

1. 3 Deprese

Podle údajů Světové zdravotnické organizace je deprese poměrně nejrozšířenější nemocí na naší planetě a ukazuje se, že každý člověk má v životě nevídanou příležitost depresi v různé formě osobně zažít, případně být svědkem toho, že jí trpí někdo blízký (Křivohlavý, 2013). Podle Lukáše a Žáka (2015) se jedná o chorobně smutnou náladu, která je součástí depresivního syndromu společně se zpomaleným myšlením a utlumenou psychomotorikou. Člověk v depresi se cítí opuštěný, smutný, unavený, vyčerpaný, nešťastný (Křivohlavý, 2013). Autor dále uvádí, že se člověku v depresi zdá, že mu lidé kolem nerozumí, tyto lidé se na něho dívají jako na člověka ke všemu lhostejného, nespolečenského, netečného, nenalézajícího u nich pochopení, čímž se dostává do ještě většího osamocení.

Celkově depresí ve světě přibývá, jejich výskyt se přesouvá do mladšího věku a prevalence výskytu deprese je vyšší u žen (Lukáš, Žák, 2015). Autoři dále uvádějí, že se může vyskytnout kdykoli, častěji se vyskytují na jaře a na podzim, může se vyskytnout jednou v životě nebo se opakovat a léčba probíhá farmakoterapií, fototerapií i psychoterapií. Klíčovou roli v pozitivním přístupu k léčbě deprese hrají pozitivní emoce, kdy se díky nim cítíme lépe, zotavujeme se z protivenství a dostáváme se do pozitivní spirály pohody, jež je protiváhou sestupné spirály deprese (Akhtar, 2015).

1. 4 Syndrom vyhoření

Podle mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace je vyhoření zařazeno do doplňkové kategorie diagnóz a není tedy klasifikováno jako nemoc (Stock, 2010). Autor dále uvádí, že vyhoření není totéž co stres a dochází k němu v důsledku chronického stresu. Syndrom vyhoření bývá způsoben dlouhodobou disbalancí mezi zátěží a fází klidu, tedy mezi aktivitou a odpočinkem (Stock, 2010).

Od sedmdesátých let 20. století se lékaři a psychologové zabývají stavy celkového vyčerpání (Mlčák, 2011). Syndrom vyhoření byl poprvé popsán v roce 1974 frankfurtským psychoanalytikem H. J. Freudenbergerem (Stock, 2010). Jde o metaforu anglického slova „to burn“, které znamená hořet, ve spojení „burn-out“ pak dohořet, vyhasnout (původně silně hořící oheň značící vysokou motivaci, zájem, aktivitu a nasazení, přechází do dohořívání a vyhaslosti, kde již není materiál, který by živil hořící oheň a již nemá co hořet) (Mlčák, 2011). Autor uvádí, že u nás se tímto tématem odborníci zabývají od devadesátých let 20. století, kdy vychází na toto téma první studie, příručky a publikace. Několik studií se již také věnovalo rozšíření tohoto syndromu, kdy v Nizozemsku se mluví o prevalenci syndromu vyhoření u 4-7 % pracující populace, ve Švédsku u 7,4 % populace a Dánsko uvádí kolem 10% populace (Kebza, Šolcová, 2008).

Pojem syndromu vyhoření strádá podobně jako pojem stres obecným nadužíváním a navíc se těžko vymezují hranice mezi syndromem vyhoření, depresí a pracovním vyčerpáním (Schmidbauer, 2015). Raudenská a Javůrková (2011) uvádějí, že v průběhu let se objevila řada vymezení a definic syndromu vyhoření. Podle autorek může být zjednodušeně definován ztrátou ve třech paralelních oblastech: kvalita života, zdraví a

zdatnost, a to bez průkazné organické příčiny. Elder et al. (2012) uvádí, že syndrom vyhoření má tři prvky: emocionální vyčerpání, depersonalizace a snížený osobní úspěch. Většina definic se shoduje v následujících bodech: jde především o psychický stav prožitku vyčerpání, vyskytuje se u profesí s pracovní náplní – práce s lidmi, je tvořen symptomy v oblasti psychické, částečně fyzické a sociální, klíčovou složkou syndromu je emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a celková únava, a všechny hlavní složky tohoto syndromu vycházejí z chronického stresu (Kalvas, 2007; Raudenská, Javůrková, 2011).

Syndrom vyhoření se neobjeví najednou, vkrádá se do nás v průběhu času, pomalu (Bourg Carter, 2011). Je to začarovaný kruh (Lebowitz, 2015). Podle Lebowitze (2015) čím víc postupuje, tím těžší je se se stresory vyrovnat v budoucnu. Syndrom vyhoření je postupný proces nárůstu emoční vyčerpanosti, který začíná profesní deziluzí, přílišným emočním výdajem v profesních vztazích bez obnovy vlastních sil a postupně zasahuje všechny oblasti života a přerůstá v depresi nebo je kompenzován na úkor svého okolí, včetně klientů (Hájek, 2012). Může být označován synonymem životní krize (Raudenská, Javůrková, 2011). Každý z nás může být vystaven chronickému stresu nebo dlouhodobé zátěži a nemusí být schopen najít cestu ven (Stock, 2010). Profesor ulmské univerzity, vedoucí katedry psychologie, Harald Traue, říká, že riziko vyhoření je zvláště zvýšené tehdy, stojí-li profesní šance daleko za vlastními schopnostmi (Merg, Knodel, 2007).

Syndrom vyhoření je dnes obecně známý jev, setkáváme se stále více lidmi postiženými tímto syndromem, ale obraz jejich obtíží se málokdy řeší v poradnách, na klinikách a v ambulancích a vyhoření by se tak mohlo stát plíživou hrozbou pro naši společnost (Kallwas, 2007). Vyhořením je třeba se zabývat dříve, než k němu dojde, zamyslet se nad svou motivací k práci v pomáhajících profesích, sledovat své vlastní příznaky stresu a vytvářet si zdravý systém podpory, postarat se o vlastní smysluplný, příjemný a aktivní život mimo roli pomáhajícího (Hawkins, Shohet 2004).

1. 4. 1 Příčiny syndromu vyhoření

Existuje mnoho příčin syndromu vyhoření (Smith et al., 2011). Podle autorů každý, kdo se cítí být přepracovaný a podhodnocený může být ohrožen. Dále uvádějí, že kromě

stresující práce může ke vzniku syndromu vyhoření přispívat i špatný životní styl a některé osobnostní rysy a to, co děláte ve svém volném čase a jak se díváte na svět, může hrát v tomto případě velkou roli. Bártlová (2005) uvádí, že příčiny vzniku vyhoření lze hledat jak v individuálních faktorech (zvyšující se nároky na sebe, neschopnost požádat druhého o pomoc, současná zátěž i v soukromí), tak především v pracovních a organizačních faktorech (nátlak sociální role, nedostatek autonomie, absence sociální podpory, monotonie). Syndrom vyhoření však není jen obyčejná únava, je vždy spojen s otázkou po smyslu vlastní práce (Bártlová, 2005).

Merg a Knodel (2007) uvádí, že stav syndromu vyhoření nelze vyvozovat z jedné příčiny, neboť vzniká v průběhu delší doby. Nevzniká pouze z přemíry práce a ztráty ideálů, velký podíl na vzniku mají i jiné skutečnosti - neschopnost pracovníka říci „ne“ dalším úkolům nebo odpovědnostem, vysoké osobní nároky, snaha dosáhnout příliš mnoha cílů, dávání příliš velké emocionální podpory po delší časový interval (Jeklová, Reitmayerová, 2006). Merg a Knodel (2007) vidí příčinu hlavně v emocionální zátěži, osobnosti lidí, kteří se angažují v pomáhajících profesích, v nedostatku pozitivní zpětné vazby a v konfliktech rolí.

Svět se mění, méně lidí vykonává stále více pracovních povinností a moderní technologie přináší nové druhy činností a úsporná personální opatření vedou k nahuštění pracovní náplně, člověk je zaplavován spoustou nových informací, údajů, textů a vzdělávacích materiálů, musí zpracovat velké množství informací (Stock, 2010). Problém vidí také ve snadné dosažitelnosti (mobilní telefony, sociální sítě), neumožňující pracovat na jedné věci a dokončit ji bez vyrušování, a v nutnosti stále se něco nového učit a ovládat v rychlejším čase. Dále bývají uváděny také rizikové faktory technického charakteru na pracovišti – nedostatečné prostory, špatné osvětlení, hluk, špatné vnitřní klima (Vymětal, 2009). Vyhoření proniká i na úroveň sociálních vztahů, přichází nechuť k vykonávané profesi, tendence redukovat kontakt s klienty, nezájem o hodnocení ze strany druhých (Kebza, 2005). Pomáhající zaujímá ke klientům neangažovaný vztah, vyhýbá se intenzivnímu kontaktu s nimi, ztrácí citlivost pro potřeby klientů (Matoušek, 2013).

Další příčinou bývá podle Stocka (2010) špatný kolektiv. Jak dále autor uvádí, člověk tráví stále více času v práci, než s rodinou a přáteli, proto je pracovní kolektiv velmi důležitý a pokud je nepřátelský, odměřený a chladný, necítí se v něm dobře. V týmu,

kde převažuje vzájemná neúcta, závist, nevraživost, se snižuje výkonnost a nedostatek vzájemné soudržnosti, podpory, důvěry a spolupráce může vyvolat ohrožení (Stock, 2010). K příčinám je řazena i přehnaná poskytovaná pozornost cizím problémům, kdy pomáhající pracovník často cítí potřebu být lidem potřebný (Kopřiva, 2013). Kdo potřebuje být potřebný, vzdává se uskutečňování svých důležitých potřeb a o to více se stará o druhé, aby se tak vyhnul pocitu samoty a zbytečnosti (Kopřiva, 2013). Pomáhající profese vyžaduje, aby pracovník našel optimální stupeň osobní angažovanosti na osudech klientů, neboť bez schopnosti pracovníka osobně se angažovat je kvalitní sociální služba zase, jak uvádí Matoušek (2013), nepředstavitelná.

1. 4. 2 Vývoj syndromu vyhoření

Na syndrom vyhoření můžeme nahlížet jako na stav, ale také jako na proces, kde syndrom vyhoření má svůj vývoj (Moravcová, 2013). Důsledky se dostávají postupně (Jeklová, Reitmayerová, 2006). Autorky dále uvádí, že počáteční nadšení pro práci, uspokojení z prvních úspěchů, nadšení ze seberealizace v profesi se postupně vytrácí a dochází ke střetu s realitou, která bývá zcela odlišná od představ, se kterými jedinec do zaměstnání nastoupil. Profesionální chování se začíná postupně měnit, objevuje se podrážděnost, která se střídá se skleslostí, dostavuje se ztráta sebedůvěry a pocit vnitřní prázdnoty (Jeklová, Reitmayerová, 2006). To vede ke snížení pracovního výkonu pomáhajícího a jeho práce za těchto okolností pozbývá smysl a význam (Zacharová, 2008). Proces vývoje syndromu vyhoření může trvat několik měsíců, mnohdy je však vyhoření vyvrcholením procesu trvajícím řady let a probíhajícího v několika různě dlouhých fázích (Novosad, 2006). Postižený prochází fázemi postupně, někdy i některé přeskočí. (Stock, 2010).

Podle Bartoškové (2006) se z hlediska vývoje pracovníka v pomáhající profesi můžeme na syndrom vyhoření dívat v následujících fázích:

- I. Nadšení – Naděje, nerealistická očekávání, velké ideály, nadšení, energii, nové nápady, to vše si přinášíme do nové profese. Začínající je přesvědčen, že může pomoci všem, a když se bude snažit, podaří se mu to. Práce jej baví, přináší mu uspokojení. Je ochoten jí věnovat spoustu energie a času nad rámec povinností. Nebezpečím je, že neumí hospodařit se svými silami a přecení se. Fáze trvá různě dlouhou dobu. Záleží na kolektivu a podpoře.

- II. Vystřízlivění – Počáteční nadšení dohasíná. Poznává, že vynaložená práce se ne vždy zúročí. Zažívá pocity nevděku, neúspěchu, promarněných šancí. Slevuje z očekávání i ideálů. Práce již nestojí v centru zájmu. Dostavuje se nespokojenost. Není to ještě vyhoření. Stále odvádí dobrou práci. I tato fáze trvá různě dlouho. Komu se podaří spokojený soukromý život a dobré zázemí, k vyhoření dojít nemusí.
- III. Nespokojenost – Někdy bývá nazývána frustrací. Zažívá se kriticky vyjadřovat k věcem, se kterými nesouhlasí, pokouší se o změny. Má dostatek zkušeností a vidí, co by bylo účinnější. Klade si otázky o významu pomoci lidem, o smyslu života, kam jdou vynaložené peníze. Přestává ochota pracovat navíc. Zvažuje, zda vhodně zvolil své povolání, přemýšlí o změně profese. Tato fáze trvá také různě dlouho. Někdy se změna podaří, jindy nastupuje další fáze.
- IV. Apatie – Práce je pouze zdrojem obživy, neuspokojuje. Pracuje jen do výše svého platu, hlídá pracovní dobu. Vyhýbá se novým úkolům. Práci s klientem omezuje na minimum, začíná se vyhýbat i kolegům. O změně sice hovoří, ale nechce ji, nebo jí už není schopen. Nemá zájem o další vzdělávání. Nic nemá cenu a je zbytečností se namáhat. V situaci předstírané práce lze setrvávat dlouhou dobu. Čekat, zda se něco stane.

1. 4. 3 Příznaky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření představuje soubor nejrozličnějších tělesných i duševních potíží, ty se pak projevují v oblasti pracovní, oblasti soukromého života a oblasti duševní (Kallwas, 2007). V každodenní praxi se však tyto tři sféry, jak uvádí autor, vzájemně prolínají a stres v zaměstnání působí na rodinný a partnerský život a naopak.

Jednotlivé příznaky lze rozčlenit podle toho, na jaké úrovni se projevují (Novotná, Hlaváčová, 2006; Moravcová, 2013). Autorky se shodují na úrovni psychické, fyzické a úrovni sociálních vztahů. Jak shodně uvádějí autoři Bártlová (2005), Kebza (2005), Stock (2010) a Mravcová (2013), pro psychickou úroveň je dominantní pocit duševního vyčerpání, především v oblasti emocionální a kognitivní, kdy dochází k výraznému poklesu motivace a osoba trpící syndromem vyhoření má pocit, že její snažení a vynaložená námaha neodpovídá výsledku. Efektivita je jen nepatrná a vynakládání úsilí trvá již příliš dlouho (Moravcová, 2013). Stock (2010) dále uvádí, že celková aktivita je

utlumena, redukuje se zejména kreativita a spontaneita. V náladě postiženého převažuje depresivní ladění, osoba má pocity smutku a beznaděje, prožívá marnost svého úsilí (Moravcová, 2013). Dalšími příznaky jsou sebelítost, iritabilita, redukce činnosti na rutinní postupy či užívání frází a stereotypů (Bártlová, 2005; Kebza, 2005; Stock, 2010; Moravcová, 2013).

Fyzická úroveň je dle Moravcové (2013) charakteristická narušením stravovacích návyků, kdy dotyčného trápí nechutenství nebo naopak kompenzuje zátěž jídlem. Tělesné vyčerpání má pak podle autorky za následek oslabení imunity a náchylnost k onemocněním a různým úrazům, časté jsou obtíže spojené s bolestí hlavy a zad, bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, dýchací obtíže a poruchy krevního tlaku. Dotyčný špatně spí a únava se stává chronickou (Moravcová, 2013). Fyzické projevy bývají často důvodem pracovní neschopnosti a žádostí o neplacené volno a tyto příznaky se mohou stupňovat a vést až k opuštění zaměstnání (Matoušek, 2013).

Na úrovni sociálních vztahů je charakteristická nízká empatie typicky u osob, u kterých byla dříve vysoká, kdy nechutí k vykonávané profesi a tendence redukovat kontakty s klienty zasahují do vztahů na pracovišti i mimo něj a mají za následek postupné narůstání konfliktů (Kebza, 2005; Stock, 2010). Dotyčný věnuje práci jen nejnutnější minimum energie, zaujímá ke klientům neangažovaný vztah (Matoušek, 2013). Charakteristický na úrovni sociálních vztahů je útlum sociability (Moravcová, 2013). Podle Bartoškové (2006) ztrácí kapacitu pro lidi, nechce slyšet starosti, je podrážděný, nepřátelský, necitlivý. Práce, rodina i přátelé se stávají přítěží (Bartošková, 2006). Schmidbauer (2015) uvádí, že mezi nejčastějšími varovnými příznaky vyhoření hrají důležitou roli problémy syndromu pomáhajícího – nedostatek motivace a zúžení perspektiv, nevyvinutý soukromý život, málo kontaktů (pouze s kolegy), zúžené spektrum zájmů a neuspokojivě uspořádaný volný čas. Pro vedoucí pracovníky, kolegy i rodinu je důležité rozpoznávat příznaky syndromu vyhoření u dotyčných a adekvátně reagovat (Kebza, 2005).

Typické znaky syndromu vyhoření se u postižené osoby projevují určitými vzorci chování, které Maroon (2012) rozdělil do kategorií:

- I. psychosomatický – pocit malátnosti během pracovního dne, intenzivní únava po skončení práce, konzumace léků na uklidnění, poruchy spánku, bolesti hlavy a poruchy trávení,

- II. psychicko-behaviorální – každodenní nechuť jít do práce, ustavičné dívání se na hodinky v pracovní době, pocit selhání, nízké sebehodnocení, zlost, protestování, neschopnost soustředit se, pocit přešlapování na místě,
- III. ve vztahu ke klientům – ztráta pozitivních citů vůči klientům, cynismus, ulpívání na nařízeních a byrokratických předpisech,
- IV. ve vztahu ke kolegům a rodině – vyhýbání se diskuzím o práci s rodinou, přáteli a kolegy,
- V. interpersonální – problémy v manželství, konflikty v rodině.

1. 4. 4 Intervence v procesu syndromu vyhoření

Navzdory tomu, že byly prokázány rozdíly mezi lidmi z hlediska snadnosti propadnutí se do stavu psychického vyhoření, existují situace, které jsou tak těžké, že se do tohoto stavu může propadnout téměř každý člověk (Honzák, 2013). Předpokladem úspěšné léčby je náhled na svůj psychický i zdravotní stav, vůle se vyléčit a přijmout za tuto léčbu odpovědnost (Moravcová, 2013). Dle Moravcové (2013) je často nezbytná pomoc zvenčí, kam patří pomoc ze strany blízkých, ale i zaměstnavatele a často je již nutná odborná pomoc.

Identifikace syndromu vyhoření vychází z pozorování jednotlivých symptomů a z prožitků příznaků (Moravcová, 2013). Nejužívanějšími metodami jsou podle Moravcové (2013) dotazníky, které jsou založené na posuzovacích škálách.

Do procesu vyhoření se při intervenci zasahuje na úrovni individuální, dále se využívají pomocné zdroje na pracovišti a také ve společnosti (Maroon, 2012). Důležitá je vlastní intervence, jak uvádí Bartošíková (2006). Někdy podle Bartošíkové (2006) postačí delší dovolená na odpočinek, dočasná změna pracovního zařazení či lepší organizace osobního volna, další vzdělávání, zvýšení kvalifikace, nechat se zaujmout, osobní změny, jindy je nutné místo opustit a začít někde jinde.

1. 5 Zvládání stresových situací a prevence syndromu vyhoření

Každý na stres reaguje individuálně, reakce na stres závisí na konkrétní osobnosti, odolnosti a schopnosti vyrovnávat se s nepříjemnými situacemi, tedy adaptační funkce a

je tedy důležité poznat sebe sama a najít pro sebe efektivní strategii, která umožňuje najít naše slabá místa a tak i obranu před nadměrnou zátěží (Moravcová, 2013). Problematika zvládání stresu se v posledních desetiletích stala podle Mandincové (2011) jednou z hlavních oblastí studia v psychologii. Původní definice chápaly anglický termín „coping“ jako boj člověka s nadlimitní zátěží, oproti „adaptaci“, která vystihovala vyrovnávání se se zátěží dosahujícími běžných, dobře zvládnutelných mezí a podle novějších definic vymezuje jako „vědomé adaptování na stresor“ (Mandincová, 2011). Zvládání zahrnuje buď reagování na bezprostřední stresor, nebo konzistentní způsob, jímž se jedinec vyrovnává se stresory působícími v různé době a v různých situacích (Mareš, 2012).

Slaměník (2011) uvádí dva základní druhy strategií zvládání stresu:

- I. Strategie zaměřené na řešení problému – Jde o vyvinutí vlastní aktivity a snahu konstruktivně řešit danou situaci (odstranit to, co působí obavy a strach, likvidovat stresotvorné situační vlivy a změnit podmínky, které zhoršují celkový stav), mohou být také nasměrovány dovnitř (osoba mění něco v sobě, místo aby změnila prostředí).
- II. Strategie zaměřené na emoce – Jsou zaměřené na regulaci emocionálního stavu, který se radikálně změnil v důsledku stresu, do něhož se daná osoba dostala. Spočívá ve snaze změnit negativně prožívané skutečnosti v přijatelnější prostřednictvím exprese. Machová a Kubátová (2009) uvádějí příklady snížení míry obav a strachu a snížení míry zlosti.

Někdy bývá v literatuře uváděn ještě vyhybavý styl zvládání stresu, kdy si krizi jedinec nepřipouští, snaží se něčím zabavit, aby na ni nemusel myslet (Akhtar, 2015). Z dlouhodobého pohledu je podle něj přece jen lepší se před problémy neschovávat a raději je řešit, protože v opačném případě riskujeme, že se situace bude dál zhoršovat. K obranám uplatňovaným v zátěži, jejichž hodnota z hlediska osobního rozvoje je problematická, lze řadit také naučenou bezmocnost, kdy jedinec, který dospěl k přesvědčení, že v podstatě nemá smysl řešit problémové situace vlastním úsilím, se může pod záminkou vlastní neschopnosti a slabosti poměrně účinně zbavovat nejrůznějších úkolů na úkor ostatních (Paulík, 2010). Paulík (2010) dále uvádí, že v případě strategie záměrného sebeznevýhodňování se sice na rozdíl od většiny obranných mechanismů jedná o vědomý adaptační postup, nicméně jeho uplatnění

v zátěžových situacích má povahu spíše úhybového či defenzivního manévru před nebezpečím selhání.

Obranné mechanismy jsou jedním z nevhodných způsobů, jak zvládat stresové situace. Považují se spíše za náhradní a neplnohodnotný způsob zvládnutí (Moravcová, 2013). Jak uvádí Štěpaník (2008), strnulé, zafixované, neměnné způsoby zvládnutí náročných situací jsou škodlivé. Reagujeme navyklým způsobem tam, kde je na místě jiná odpověď, kde je málo flexibility a přiměřenosti reakcí, tam je více stresů, frustrací a komplikací (Štěpaník, 2008).

Jak uvádí Křivohlavý (2010), při zvládnutí stresu jde o dva druhy činnosti. Jde o odstraňování toho, co nás zatěžuje a posilování našich vlastních sil pro boj se stresem. Dále uvádí, že při rozhodování o tom, co dělat, když se dostaneme do stresové situace, je dobré zvažovat, co získáme tím, že zůstaneme ve stresu a patří sem i spočítání si toho, co nám přinese práce a námaha spojená se zvládnutím stresové situace. Důležitou obecnou podmínkou zvládnutí stresu podle Nakonečného (2004) jsou životní perspektivy pramenící z dosavadního smysluplného života vůbec. Dalo by se také říci, že je to smysluplná naděje, která je schopná mobilizovat psychické a fyzické síly jedince i v nejohroženějších životních podmínkách (Nakonečný, 2004).

Také podle Kopřivy (2013) při prevenci a zvládnutí stresu hrají hlavní roli životní styl, mezilidské vztahy a přijetí sebe samého. Pomáhající potřebují myslet na to, aby jejich profesionální zájmy nepohltily veškerý jejich volný čas, aby zůstal prostor na koníčky, kulturu a společenský život a neméně důležité je také zázemí v osobním životě (Kopřiva, 2013). I Bártlová (2005) a Gulášová (2012) shodně uvádí, že radost, štěstí, smích, láska, pozitivní emoce, schopnost těšit se z maličkostí – to vše zvyšuje naši schopnost snášet stres a pokud se naučíme zvládat stres, prospěje to nejen našemu tělu, ale omládneme na mysli i na duchu. Vhodné a účinné jsou speciálně zaměřené programy, ve kterých učí základním relaxačním metodám, dostane se mu odborného doporučení, jak má upravit výživu, životosprávu, pohybový režim (Kebza, 2005).

Charakteristické pro vyrovnaného člověka je tolerantní chování, respektování osobitosti situace a asertivní projev a toto je potřebné k výkonu péče, aby si člověk udržel odbornost, vcítění, hodnověrnost a respektování potřeb klienta (Hrindová, 2011). Co by měl umět každý člověk pracující v pomáhající profesi, aby nevyhořel, uvádí Bartošíková (2006). Měl by podle ní především umět hospodařit s časem, protože stres

nastává, pokud je nutno v krátké době vykonat velké množství práce. A jde-li o práci nárazovou, jak také uvádí, zaktivovat všechny síly, ale pak si dopřát odpovídající odpočinek. Pokud jde o chronický časový stres, pak je nutné zamyslet se nad organizací práce, přehodnotit kompetence, využít pomůcky, zapojit více lidí, přeorganizovat pracovní povinnosti (Bartošíková, 2006). Stock (2010) uvádí, že pokud nemůže ovlivnit výsledky své práce, je nutné změnit vlastní vnitřní postoj, aby se netrápil nezměnitelnými skutečnostmi a necítil za ně vinu. Dobré je najít osobní důvod, proč vykonává tuto profesi, aby se mohl vyrovnat s pocitem nedostatečného ocenění, uznání a finančního ohodnocení (Stock, 2010). Prevence na osobní úrovni představuje vytváření si zdravého systému sebepodpory a to znamená postarat se o vlastní smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní život mimo roli pomáhajícího (Bartošíková, 2006).

K užitečným strategiím v boji proti syndromu vyhoření patří podle Nešpora (2007) smích a humor. Dále také uvádí další strategii, spiritualitu. Pro spiritualitu jsou klíčové následující prvky: smysluplnost, dobré hodnoty, transcendence, spojení, vnitřní rozvoj (Nešpor, 2007).

1. 5. 1 Psychohygienu

Klasické motto pomáhajících profesí by mohlo znít: „Kdo chce dávat, musí také vědět, kde brát!“ (Andršová, 2012). Duševní hygiena je podle Mlčáka (2011) v dnešní době stále více aktuálním tématem, kdy běžnou součástí mnoha životů se stává stres a každým rokem přibývá počet duševních onemocnění, ale i nově zjištěných. Stoupá počet psychosomatických poruch, způsobených působením stresu a nevhodným životním stylem, příkladem jsou pak kardiovaskulární, onkologická, respirační, neurologická či sexuologická onemocnění (Mlčák, 2011). Jak uvádí Vymětal (2004), psychohygienu je nutným prostředkem k „údržbě“ toho nejcennějšího, totiž své osoby.

Psychohygienu je, je podle Kelnarové a Matějkové (2014), systém propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy a je určena zdravým, ale i nemocným lidem, dále lidem, kteří jsou na hranici zdraví a nemoci. Dále autorky uvádějí, že člověk se musí naučit naslouchat svému tělu a mysli, aby se cítil šťastný, spokojený, vyrovnaný. Psychohygienu je

chápana, jak uvádí Mlčák (2011), v širším slova smyslu jako psychologická disciplína, která se snaží definovat vědecky podložené zásady, které, jak již bylo řečeno, pomohou zachovat, prohloubit či znovuzískat duševní zdraví. Dále pak uvádí, že v užším slova smyslu se tento obor věnuje předcházení výskytu poruch psychiky, zaměřuje se na psychickou regulaci vlastní osoby a na lehčí poruchy duševní harmonie. Od psychoterapie se liší tím, že se snaží problémům předcházet, ne je léčit (Mlčák, 2011). Jedná se o systém pravidel a rad k udržení, prohloubení a znovunavrácení duševní rovnováhy a jejím úkolem je stanovit si cíle, u kterých je kladen důraz na sebevýchovu, sebezpoznání a umění relaxace jedince (Haluzíková, Římovská, 2010).

Aby byl člověk úspěšný ve svém konání a aby se minimalizovalo riziko poškození klienta, byť i nevědomým počínáním, měl by být osobnostně stabilní a měl by sám sebe dobře znát (Vymětal, 2004). Pracovníkům pomáhajících profesí, jak autor dále uvádí, hrozí v případě nedostatečné psychohygieny syndrom vyhoření. K zásadním pravidlům psychohygieny by měl proto patřit zdravý životní styl a správná životospráva (zdravá a vyvážená strava, dostatek spánku a fyzické aktivity, vyhýbání se alkoholu, nikotinu, drogám, aktivní trávení volného času, relaxace, sport, dostatek sociálních opor v okolí) (Stackeová, 2011; Andršová, 2012). Úkolem pomáhajícího pracovníka je tedy dodržovat zásady psychohygieny, dlouhodobě se nepřetěžovat, mít dobré rodinné zázemí a blízké vztahy s přáteli a rozvíjet mimopracovní tvořivé zájmy, kdy práce by neměla být jedinou náplní jeho života, pak by se stala kompenzací za jiné chybějící složky života a od klienta by více bral, než dával (Vymětal, 2004). Vymětal (2004) dále uvádí, že klidné zázemí a vůbec život, kdy pomáhající sebe rozvíjí ve vztazích k nejbližším lidem a kdy společně s nimi je důležitým zdrojem jeho vnitřní síly, stability a obnovy psychických sil, je vzhledem k náročnosti povolání třeba, aby ve zvýšené míře dbal pravidel psychohygieny, k čemuž patří i umění odpočívat a pěstování hodnotných zájmů.

V literatuře i obecném povědomí se setkáváme s pojmem duševní hygieny v několika rovinách (Mertin, Krejčová, 2013):

- I. duševní hygiena jako „první pomoc“ (oblast terciární prevence) – představuje konkrétní postupy a techniky, jak rychle a efektivně minimalizovat nežádoucí dopady stresových situací co nejdříve po jejich odeznění,

- II. duševní hygiena jako „příprava“ na náročné životní situace (sekundární prevence) – se zaměřuje na vyladění kondice, případné snížení napětí ještě před obtížnými situacemi, u kterých očekáváme, že by mohly nastat komplikace,
- III. duševní hygiena jako „životní styl“ (primární prevence) – směřuje k pravidelnému zařazování kondičních a očištných cvičení do pravidelného plánu dne, bez ohledu na očekávanou zátěž, představuje cestu ke zvyšování vlastní odolnosti.

Při řešení životních situací má podle Raudenské a Javůrkové (2011) rozhodující význam aktivní přístup k životu, schopnost tvrdě a usilovně bojovat vlastními silami se všemi obtížemi, se kterými se v životě setkáme, který v sobě zahrnuje následující zásady dobře aplikovatelné na práci v jakékoli odbornosti: otevřenost k tomu, co se kolem nás děje, chápat události okolí jako zajímavé a smysluplné; nebát se změn, chápat je jako něco přirozeného, možnost ukázat, co dovedu; při setkání se stresujícími životními událostmi nebyt pasivní, odhodlat se k podniknutí rozhodné protiakce; počítat se stresujícími situacemi v pracovním i osobním životě; umět izolovat stres od ostatních životních aktivit, nepřenášet práci domů; dbát na dobré a hojné vztahy s ostatními lidmi; vytvořit si kolem sebe příznivé prostředí, vhodně zvolená odbornost, dobré rodinné prostředí; osvojit si zdravý životní styl; v rámci pracovního dne dodržovat přestávky a využít je k regeneraci.

Duševní zdraví umožňuje bezproblémové fungování jedince v podmínkách jeho společenského života – soukromého, pracovního i veřejného a je spojeno s osvobozením od pocitů úzkosti a s pozitivními postoji vůči sobě samému a vůči ostatním (Průcha, Veteška, 2014). Dále uvádí, že důležitou součástí preventivní psychohygieny jsou antistresové programy, které umožňují vyrovnávat se s vlivy stresu.

Pomáhající by měl podle Vymětala (2004) znát dobře sám sebe, tedy průběžně reflektovat své pocity, motivy, hodnoty. Dokáže se pak podle něj lépe vyrovnat se situacemi, kdy na něho klient může negativně působit tím, že se dotkne nějakého citlivého místa, které si u sebe pomáhající neuvědomuje. Může být emočně zasažen natolik, že nedokáže být v práci nadále objektivní (Vymětal, 2004). Vymětal (2010) pak uvádí, že důležitou součástí vzdělání pomáhajícího pracovníka je experienciální část, jejímž hlavním cílem je dosažení hlubšího a rozsáhlejšího sebepoznání i přijetí sebe sama, čímž si vytvoří předpoklady k vnitřní stabilitě a jejímu obnovování.

1. 5. 1. 1 Sociální opora

Řada studií ukázala, že sociální opora je velmi významným faktorem jak při prevenci stresu a psychického vyhoření, tak při zvládnání těchto negativních jevů, jak shodně uvádí Zacharová (2008) a Paulík (2010). Dále shodně oba uvádí, že je známo, že lidé disponující silnou sociální oporou mají ve svém životě relativně méně příznaků psychického vyhoření.

Baštecká (2005) uvádí, že první studie, které použily pojem sociální opora, se objevily na počátku sedmdesátých let 20. století. Dále uvádí, že k sociální opoře se přistupuje ze dvou hledisek: širší ji ztotožňuje s pojetím „osoby v prostředí“ nebo psychosociálních zdrojů, užší s dopingovými strategiemi. Sociální opora je podle Paulíka (2010) součástí naplnění lidských sociálních potřeb. Zahrnuje různá působení lidí v okolí jedince, kteří jsou mu blízcí, pozitivně jej hodnotí a mají jej rádi a patří sem i uznání předností jedince osobami, na nichž mu záleží (Paulík, 2010). Většina zdrojů se shoduje, že sociální opora se projevuje mnoha způsoby a představuje důležitý pilíř duševního a tělesného zdraví, zvyšuje odolnost vůči zátěži a chuť přežít i životní prohry a krize (Baštecká, 2005). Jak dále uvádí, podporuje jedincovo sebehodnocení a zpevňuje pocit, že zvládá vlastní život. Rozhodující je, zda a jak ji příjemce vnímá (Baštecká, 2005).

Horáková Hoskovcová a Suchochlebová Ryntová (2009) považují poskytování pomoci a přijímání pomoci za poměrně složitý proces, který se svou formou proměňuje v čase, závisle na situacích, životních událostech, věku a začlenitosti jedince do společnosti, kdy vzájemná pomoc je interakční. Jinak ji vnímá poskytovatel, jinak příjemce a jinak případný pozorovatel a její účinky mohou být nejen pozitivní, ale též negativní (Horáková Hoskovcová, Suchochlebová Ryntová, 2009). Přírozeným zdrojem sociální opory je podle Paulíka (2010) především rodina, kde akceptování, pomoc či povzbuzení každému členu tvoří součást jejích funkcí a podílí se na utváření pocitu bezpečí a jistoty od raného dětství. Dále uvádí, že pozitivní sociální vazby v rodině či dalších sociálních skupinách i ve vztazích k jednotlivým osobám usnadňují adaptaci na nepříznivé podmínky, ovlivňují pozitivně zdravotní stav.

S okolním světem je, dle Baštecké (2005), člověk ve vztahu vzájemné souvislosti, kdy prostředí poskytuje zdroje a upevňuje jedincovy síly a ctnosti a naopak a kdy v jeho rámci člověk naplňuje svoje potřeby a osobní cíle. Jak dále uvádí, systémy, v nichž člověk žije a jimž se aktivně přizpůsobuje, se obvykle kreslí jako soustředné kruhy:

- I. malé systémy – jsou člověku nejbliže (děti, rodiče, příbuzenstvo),
- II. střední systémy (pracoviště, škola, farnost, zdravotní a sociální služby),
- III. velké systémy – jejich vliv pociťuje více či méně (doprava, média, kultura, armáda).

Sociální opora má v životě člověka význam jako nárazník. Funguje jako tlumič nárazu ve chvíli, kdy se objeví nemoc, životní krize, nehoda, kdy byl člověk chodem událostí hluboce zklamán, kde stojí před závažným rozhodnutím (Horáková Hoskocová, Suchochlebová Ryntová, 2009). Baštecká (2005) a Křivohlavý (2010) uvádějí shodné členění sociální opory:

- I. Psychická (emoční) a praktická opora.

Psychická opora zahrnuje kladný cit (důvěrnost a schopnost důvěřovat, blízkost, vyjádření porozumění, vcítění a zájmu), potvrzení hodnoty (vyjádření souhlasu, úcty, ocenění, obdivu), spolehlivé spojenectví (bezpečí a spolehnutí na toho, kdo pomáhá), společenské začlenění (možnost k někomu patřit), příležitost k pečování o druhého (pomoc dodává člověku pocit potřebnosti). Příjemce psychické opory by se měl cítit milovaný a hodnotný a měl by věřit, že se na druhého může obrátit o pomoc a může být na něm závislý a že i on může něčím přispět k dobru společenství. Praktická opora, která bývá někdy nazývána podporou, se vyjadřuje prostřednictvím konkrétní pomoci včetně materiální, finanční a informační.

- II. Očekávaná a obdržaná sociální opora.

Očekávaná sociální opora je přesvědčení člověka o tom, že existují lidé, kteří jsou připraveni mu v případě potřeby pomoci, souvisí se sociálním zakotvením. Důležitější je opora očekávaná než naplněná, neboť v sobě nenesete nechtěnou závislost nebo potvrzení, že člověk věci nezvládne sám.

- III. Poskytovaná a přijímaná sociální opora.

Poskytovaná opora je vše, co je dané osobě určeno. Může se lišit od přijímané opory. Přijímaná opora je to, co se jí skutečně dostane.

Jak uvádí Baštecká (2005), sociální opora může být účinná pouze tehdy, je-li příjemcem jako opora vnímána. Vnímaná sociální opora se může podle ní týkat buď přesvědčení jedince, že může získat pomoc, nebo míry jeho spokojenosti s oporou, která je poskytována nebo dostupná. Pomoc nám pak nemusí poskytovat jen lidé nejbližší

(Horáková Hoskovcová, Suchochlebová Ryntová 2009). Podle autorek můžeme vnímat celospolečenskou formu pomoci potřebným, například v celostátním měřítku nebo na úrovni činnosti organizací pomáhajících za hranicemi státu. A pokud se sociální opory od přirozených zdrojů nedostává, pak nastupují pomáhající profesionálové: mohou pomoci tím, že povzbudí a podpoří přirozené systémy sociální opory, nebo nabídnou přímou vlastní pomoc (Baštecká, 2005). Jak dále Baštecká (2005) uvádí, pomáhající pracovník se může stát vztažným pracovníkem nebo koordinátorem péče tam, kde jedinec nebo rodina jsou zvláště oslabeny a potřebují v dané situaci a době využít více služeb a více zdrojů opory.

Při posuzování pozitivního vlivu sociální opory na zvládání stresu a jeho nepříjemných důsledků se můžeme setkat i s opatrněji formulovanými stanovisky, která upozorňují na nebezpečí přeceňování stresově nárazníkového vlivu sociální opory samé jako izolovaného jevu Paulík (2010). Sociální opora není podle něj jen pasivním procesem, v němž je rozhodující její vnímání a přijímání, ale její součástí je i poskytování podpory druhým lidem, kdy pomoc druhým v nesnázích spojená s opuštěním role obětí a přijetím role aktéra přispívá k rozvoji vlastní sebedůvěry a spokojenosti se sebou samým. Navíc pasivní jedinci, cítící se jako bezmocné a beznadějně hříčky nepřízně osudu, nezřídka sociální oporu z okolí, na kterou čekají, nedostávají (Paulík, 2010).

1. 5. 1. 2 Zdravý životní styl

Zdravý životní styl, jak uvádí Moravcová (2013), je důležitou ochranou proti stresu a zdraví pak přispívá nejvýznamnějším dílem ke štěstí, spokojenosti a dlouhodobé výkonnosti. Zdravý životní styl prospívá naší kondici, prožíváme tělesnou harmonii, svěžest a výkonnost, máme pocit jasné mysli, dobře se soustředíme a jsme aktivní (Moravcová, 2013). Jak dále uvádí, podstatné je, aby si každý našel svůj způsob odreagování, který bude právě pro nás ten optimální. Procházka (2012) pak zdravý životní styl definuje jako individuální souhrn postojů, hodnot a dovedností, který se odráží v činnosti člověka, v interpersonálních vztazích a komunikaci. Vyznačuje se tím, že v něm nejsou obsaženy charakteristiky jako kouření, alkohol, drogy, ale ani nedostatek pohybu a špatné mezilidské vztahy (Čeledová, Čevela, 2010).

Celá řada vlivů způsobuje to, že nelze být v kondici trvale, jak uvádí Moravcová (2013), je to podmíněno ročním obdobím, poměrem zátěže a odpočinku, biorytmy. Dále uvádí, že není nutné radikálně měnit svůj životní styl, ani není vhodné pasivně čekat, až nás obtíže přimějí vyhledat lékaře, ale sami můžeme drobnými krůčky pracovat na vytvoření vědomí životní spokojenosti a dobrého pocitu ze sebe sama. Podle Machové a Kubátové (2009) se zdravotní stav společnosti hodnotí především na základě nemocnosti. Z rozboru příčin chorob podle nich vyplývá, že zdraví nejvíce poškozuje: kouření, nadměrný přísun alkoholu, zneužívání drog, nízká pohybová aktivita, nesprávná výživa a nadměrná psychická zátěž, kdy žádný z rizikových faktorů však nepůsobí izolovaně, ale ve vazbě na jiné faktory životního stylu a jednotlivé jeho součásti nelze od sebe vzájemně oddělovat. Proto pozitivní působení životního se stylu uplatňuje jen v komplexním dodržování správných zásad (Machová, Kubátová, 2009).

Zdravý životní styl přispívá podle Moravcové (2013) k minimalizaci stresu a představuje zejména optimální přijímání zdravé stravy (přispívá k tělesnému zdraví a duševní pohodě), dostatek spánku (umožňuje nejen odpočinek, ale také zesiluje mozkovou činnost), dostatek pohybové aktivity (vyklučuje hormony, které opět přispívají k fyzické i psychické pohodě) a provozování individuálně vhodných relaxačních metod (známe dechové, svalové relaxace, soustředění na vjemy a nakonec myšlenkové). Jak důležitý pro naše zdraví je, ukazuje studie, kterou shodně uvádějí Müllerová (2014) a Čevela (2015), kde z výzkumů vyplývá, že nejvíce ovlivňuje zdraví životní styl a způsob života (50-60%), dále jsou to vlivy prostředí (20-25%), zdravotní péče (15-20%) a genetické faktory (10-15%).

1. 5. 1. 3 Relaxace a meditace

Stres se podle Moravcové (2013) stává rizikovým faktorem až ve chvíli, kdy zátěž, napětí a přetížení nejsou vystřídány potřebným uklidněním a uvolněním. Dále uvádí, že k tomuto uvolnění slouží mimo jiné také relaxační metody. Relaxace je přirozená činnost, která nám pomáhá uvolnit nahromaděné množství napětí v našem organismu a zachovat si pocit pohody (Moravcová, 2013). Podporuje fyzický a duševní klid, stejně tak udržuje optimální hladinu klidu nebo napětí z hlediska efektivity, tedy ani příliš nízkou, ani příliš vysokou v různých situacích, ve kterých se nalézáme (Cungi, Limousin, 2005).

Podstata relaxace spočívá podle Paulíka (2010) v plné koncentraci pozornosti na určitou věc (na tělesné pocity nebo dech), ty se pak stávají ve vědomí dominantou a vše ostatní zůstává mimo náš zájem a nevšímáme si různých předmětů, lidí, vnější události a své nejrůznější představy a myšlenky necháme zcela volně plynout. Jak ale uvádí Moravcová (2013), lidé si ovšem zpravidla neuvědomují, jak málo jsou uvolnění a napětí má pak negativní dopad na vnímání a celkové fungování organismu. Dále uvádí, že napnuté tělo je méně výkonné a hůře koordinované než tělo uvolněné. Smyslem relaxačních metod je tedy podle ní dosažení lepší psychické pohody prostřednictvím uvolnění, a jestliže se při relaxaci podaří dosáhnout uvolnění těla, přenáší se toto uvolnění i do oblasti psychiky. Pomocí vůle se většinou nedovedeme zbavit psychického napětí, ovšem uvolnit napětí svých svalů jde poměrně jednoduše a uvolníte-li své tělo, uleví se vám také duševně (Moravcová, 2013). Výhradní zaměření na tělesné funkce či pocity se spojuje na základě souvislosti tělesného a duševního uvolnění s pocity vnitřního klidu, uvolnění, vyrovnanosti, pohody (Paulík, 2010).

Při dosažení uvolnění dochází podle Moravcové (2013) v našem organismu k velmi konkrétním změnám, které nazýváme relaxační odpověď a které jsou měřitelné. Dále uvádí, že při relaxaci vstupuje do hry jedna část autonomního nervového systému, a to parasympatikus, jeho úkolem je zklidňovat organismus, tedy snižuje spotřebu kyslíku v organismu., snižuje srdeční frekvenci a frekvenci dýchání, snižuje krevní tlak a hladinu laktátu v krvi, snižuje svalové napětí a svalovou ztuhlost a aktivuje vnitřní orgány k účinnější funkci. Opačný efekt má sympatikus, který aktivizuje organismus, zvyšuje svalové napětí, zvyšuje krevní tlak, připravuje organismus na pohotovou reakci, s jejíž pomocí reagujeme na stres (Moravcová, 2013). Paulík (2010) uvádí, že někdy může použití jednoduché relaxační techniky přinést okamžitý efekt. Někteří lidé za určitých okolností využívají ve zvýšené zátěži jednoduché relaxační postupy spontánně bez vědomého úsilí (zvolnění tempa, prohloubení dechu) a uleví se jim, ovšem v běžných podmínkách každodenního života nebývá ovšem situací klidu a pohody většinou nazbyt a mnohdy je důležité dostat pod kontrolu vnitřní neklid (Paulík, 2010).

Relaxace je znamenitá „schránka na nástroje“ pro řešení různých problémů, od každodenních nepříjemností až po některé obtížné patologické jevy (Cungi, Limousin, 2005). Jak autoři dále uvádí, někdy se využívá samostatně, nejčastěji je však součástí programu, který spojuje několik metod, jako je ovládnutí stresu a behaviorální a kognitivní terapie. V případě akutního stresu je podle nich účinné využít relaxaci přímo

v dané situaci, ale nezbytné si vybranou techniku dostatečně osvojit, aby byla poté účinná, když se potřebujeme rychle uvolnit. Čím více máme techniku nacvičenou, tím rychleji pak také uvolnění přichází (Cungi, Limousin, 2005). Paulík (2010) a (Gillernová, Kebza, Rymeš, 2011) uvádějí, že k nejznámějším relaxačním technikám patří Schultzův autogenní trénink a progresivní relaxace podle Jacobsona:

I. Schultzův autogenní trénink.

Je zejména v Evropě hojně rozšířený, výhodou je jeho nenáročnost. Schultz v něm využívá poznatky o vzájemné souvislosti svalového a psychického napětí a fungování vegetativní nervové soustavy. Realizace autogenního tréninku se opírá o motivaci jedince pro cvičení i o jeho znalost postupu, která umožňuje po osvojení provádět cvičení zcela samostatně. Provádět se může vsedě nebo vleže v klidném, nerušícím prostředí se zavřenýma očima. Navozuje se pocit klidu, tíže v těle, pocit tepla, regulace dechu, srdeční činnosti, vnitřních orgánů, a konečně pocit příjemného chladu těla. Na tuto nižší formu pak navazuje vyšší forma tréninku hluboké relaxace.

II. Jacobsonova progresivní relaxace.

Cvičení se provádí vleže v klidu na pohodlné a dostatečně široké podložce. Nacvičuje se volní ovládnutí uvolnění svalů a jeho prostřednictvím i psychické tenze nejprve rukou, nohou, trupu, krku, ve svalech čela, obočí, očních víček, očí, tváře, rtů, jazyka. Do cvičení se prokládá nácvik představ obrazů a nakonec se zařazují řečové cviky.

Stavem klidu, kdy myšlenky volně plynou a člověk je pouze pozorovatelem všeho, co se děje okolo, jak uvádějí Herodesová a Skallová (2011), je meditace. Slovo meditace pochází z latiny, kde „meditari“ znamená uvažovat, tedy soustředěně rozjímat, přemýšlet, hloubat (Paulík, 2010). Dále uvádí, že to vše se provádí v klidu a v hluboké meditaci může docházet ke změněnému vědomí, kdy je vše, kromě vlastního předmětu meditování, v pozadí. Člověk se pak podle Paulíka (2010) v meditaci pokouší o dosažení vnitřní rovnováhy, vyšší harmonie svých myšlenek, představ i pocitů, své myšlenky směřuje k pochopení podstatných a vážných stránek bytí, podstaty věcí a oproštění se od nepodstatných nedůležitých záležitostí. To mu umožňuje získat určitý odstup, nadhled, „být nad věcí“ (Paulík, 2010).

Meditace je, jak uvádí Harrison (2011), prospěšná tím, že rychle uvolní tělo, zklidní mysl, je nejlepším prostředkem ke snížení hladiny stresu, zlepšuje zdravotní stav a pomáhá při mnoha nemocech, povzbuzuje jasnější a kreativnější myšlení, pomůže proniknout k hluším emocím, rozpouští smutek a zmatenost, zpříjemňuje vjemy smyslového vnímání, vnáší do našeho života klid, krásu a moudrost. Jak uvádí Paulík (2010), lze na meditaci v tomto smyslu nahlížet jako na hlubší formu relaxace, která může pomoci v orientaci v hodnotách, sebepojetí, pochopení druhých a přispět k uvolnění a usměrnění a energetizaci vlastního jednání, vyrovnat se s nároky stresových situací. Meditovat lze v klidu vleže či vsedě, ale i v pohybu při vykonávání běžných osvojených pohybů (chůze, plavání, mytí nádobí) (Paulík, 2010). Yogani (2010) uvádí, že účinná meditační metoda vede ke zkušenosti hlubokého klidu – vnitřního ticha, je to prázdnota naplněná mírem, kreativitou a štěstím, je to přirozený stav naší mysli mimo procesy myšlení. Nejde tedy podle něj pouze o mentální prožitek, efektivní meditací přivádíme k hlubokému, živoucímu klidu každou buňku těla. V takovémto stavu si nemůžeme pomoci od pocitu, že právě tohle doopravdy jsme a cítíme se úplně jako doma a je to tak příjemné (Yogani, 2010).

1. 5. 1. 4 Pohybová aktivita

Moravcová (2013) uvádí, že zřetelný vliv na náš psychický a tělesný stav má také pohyb. Jak dále uvádí, při stresu se běžně uvolňuje řada látek (stresové hormony) a tyto látky, pokud nedojde k jejich spálení v průběhu reakce na stres, se ukládají v našem těle a mají škodlivý vliv a nahromaděný stres a „stresové hormony“ zůstávají dále v našem těle. Tělesný pohyb snižuje nejen stres, ale i depresivní pocity, agresivitu, prohlubuje spánek a má řadu dalších příznivých vlivů na organismus, totiž při cvičení a sportu se uvolňují do těla hormony zvané endorfiny (hormony štěstí), kterým vděčíme za dobrou náladu (Moravcová, 2013). Také Pastucha (2014) uvádí, že správná pohybová aktivita, která zaměstnává rovnoměrně všechny svalové skupiny, má také velký význam při emocionálním ladění člověka. Jak dále uvádí, dochází k úpravě náladovosti, zmenšení depresí a neopodstatněných obav, kterými člověk může trpět.

Také podle Stackeové (2011) pohybové aktivity výrazně snižují úzkost, odvádějí pozornost, mohou zvyšovat sebedůvěru a mají přirozeně anxiolytický charakter, pokud ovšem nejde o sérii deprimujících neúspěchů, které naopak úzkost vyvolávají. Dále

uvádí, že strach je subjektivní reakcí na subjektivní hodnocení v oblasti ohrožení hodnot, kdy zvýšené (strachové) napětí se promítá do zvýšeného napětí svalů, čímž trpí především jemná koordinace a protipólem je pak vztek a agrese. Zvládnutá agrese je pro člověka prospěšná (Stackeová, 2011).

Dostatečný pohyb dokáže také podle Moravcové (2013) dokonce částečně kompenzovat špatné jídelní návyky. Za vhodnou pohybovou aktivitu je podle ní považována každodenní běžná fyzická námaha při pracovních a domácích činnostech s odkazem na naše předky, kteří prostě fyzicky pracovali a žádný sport prakticky neznali. Za velmi vhodné považuje procházky na čerstvém vzduchu, ze sportovních aktivit je vhodný každý sport, který přináší potěšení a je přiměřený zdravotnímu stavu a stavu těla (pěší turistika, plavání, cykloturistika, běh na lyžích), tedy sporty, kde převažuje přirozený pohyb nad extrémními výkony s vysokým zatížením pohybového aparátu, doskoky a nárazy. Při tělesných cvičeních je, jak uvádí Paulík (2010), jednou z důležitých podmínek pozitivního výsledku také správné dýchání. Lidé ovšem neztřídká podle něj nedýchají správně často ani při běžných činnostech a v relativním pohybovém klidu a proto je vhodné, v zájmu dobrého zdravotního stavu a odolnosti vůči zátěži vůbec, věnovat se přímo i cvičením zaměřeným na fyziologicky správné dýchání.

Vítek (2008) pak uvádí, že podle současných odhadů má 60-70% světové populace právě nedostatek pohybu. Celosvětově nízkou účast lidí na pohybových aktivitách uvádějí také Tod, Thatcher a Rahman (2010) a přitom dodávají, že pohybová aktivita je faktorem životního stylu, který lze ovlivnit. Bylo prokázáno, že cvičení 30 minut denně po dobu 12 týdnů snížilo výskyt depresí u pacientů téměř na polovinu a vzhledem k enormnímu nárůstu těchto psychických poruch v poslední době je toto jistě dobrá zpráva pro všechny, kteří chtějí podobným nemocem zabránit (Vítek, 2008). Plamínek (2013) pak uvádí, že pohyb by měl být přirozený, co nejvšestrannější a hlavně pravidelně opakovaný. Námětů kolem, jak dále uvádí, není málo, stačí jen mít vůli. Když se na pravidelný pohyb vytvoří návyk, zjistí se, že „adrenalinový“ režim se změní na „endorfinový“ a pocit nezbytné povinnosti se změní v radost z pohybu (Plamínek, 2013).

1. 5. 1. 5 Síla spánku a odpočinku

Výdej energie spojený s pracovní zátěží vede, jak uvádí Paulík (2010), po čase k únavě a energie musí být odpovídajícím způsobem obnovena. Dále uvádí, že nedostatečný odpočinek pak vede mimo jiné k prohlubování únavy a hrozbě vyčerpání. Prevencí proti tomu je podle něj zařazování přestávek do každé dlouhodobější aktivity, tady v obecné rovině se při duševní práci doporučuje zařadit asi pětiminutovou přestávku po každé hodině a také je během přestávky vhodné změnit polohu těla, zaměřit se na jiné předměty aktivity, případně změnit i místo. Po celoroční pracovní činnosti je potřebné dopřát si nejméně dva týdny trvající dovolenou, kdy měníme náplň i místo provozování aktivity (Paulík, 2010). Bohužel nutnost odpočinku je často vnímána jako osobní slabost, nikoli jako způsob, jak podávat stabilně dobrý výkon (Akhtar, 2015).

Jak uvádí Moravcová (2013), abychom byli fyzicky i duševně zdraví, musíme dostatečně spát. Tato skutečnost se zdá samozřejmá, přesto většina lidí podle ní na dostatek spánku zapomíná. Dále pak uvádí, že řada lidí trpí spánkovými poruchami, které způsobují podrážděnost a úzkosti. Spánek patří podle Paulíka (2010) k přirozeným jevům s biologicky ochrannou funkcí, a pokud u něj dochází k poruchám, znepríjemňuje to život a negativně ovlivňuje i odolnost vůči zátěži. Dále uvádí, že na kvalitu spánku mohou mít vliv události celého předchozího dne a veškeré emocionálně vypjaté události mohou spánek negativně ovlivnit. Abychom mohli dobře usnout, potřebujeme být podle Moravcové (2013) dostatečně uvolnění a bludný kruh se uzavírá, ale pokud se naučíme pravidelně relaxovat, zlepší se i kvalita našeho spánku. Dále uvádí, že spánek má dvě základní funkce: odpočinek (zejména stav hlubokého spánku) a zesílení mozkové činnosti (proces učení, zapamatování a zpracování informací).

Paulík (2010) uvádí, že hodné je věnovat určitou péči podmínkám, v nichž spíme. Pro zdravý spánek je, jak dále uvádí, důležité vhodné prostředí, poskytující klid (ruší nejen hluk, ale i světlo), dostatek čerstvého vzduchu (větrání) s teplotou asi 16-18 °C, pohodlné lehké oblečení a přikrývka, vhodná matrace. Usínání pak podle něj usnadňují zavedené rituály (relaxace, koupel, čaj), vhodné je chodit spát v pravidelnou dobu, před spaním tři až čtyři hodiny nejíst, vyhýbat se nápojům obsahujícím kofein, ale také alkoholu (po něm se může zdát, že lze snáze usnout, ale spánek není dostatečně hluboký). Snáze se usíná po dni vyplněném přiměřenou fyzickou i psychickou aktivitou (Paulík, 2010).

1. 5. 1. 6 Výživa a návykové látky

Příjem potravy s určitým složením a energetickou hodnotou je, jak uvádí Paulík (2010), nutnou podmínkou života. Přestože je tento fakt všeobecně známý, existuje podle něho v oblasti výživy v souvislosti s optimální adaptační funkcí řada problémů, lidé z mnoha důvodů nepřijímají potravu, která by množstvím a skladbou odpovídala potřebám jejich životního stylu a často není v souladu energetická bilance přijaté potravy a vynaložené námahy v souvislosti s aktivitou. Jedinci tak doslova ohrožují své předpoklady zvládat zátěž související s jejich životem v daných podmínkách (Paulík, 2010). Fořt (2005) a Svačina (2008) shodně uvádějí, že těsný vztah mezi kvalitou výživy a zdravím byl vědecky dokázán, kdy více než 40 % všech chronických civilizačních onemocnění je způsobeno dlouhodobě praktikovanou nevhodnou výživou, přičemž špatný životní styl je jedním z hlavních příčin více než 60 % všech onemocnění.

Sama konzumace jídla končí nasycením a pro mnoho lidí je podle Paulíka (2010) spojena zejména v souvislosti s chutí jídla a intenzitou pocitu hladu s příjemnými pocity. Jak dále uvádí, hlad bývá v řadě klasifikací potřeb řazen k potřebám základním či fyziologickým, ale z praxe je ovšem známo, že jídlo může být i zdrojem náhradního uspokojení jiných potřeb a prostředkem úzkosti a depresí. Svačina (2008) a Paulík (2010) shodně uvádějí, že výběr poživatin je ovlivňován chutí jíst a utváří se jako návyk ve vztahu k jídlu v souvislosti s kulturními vlivy, sociálními zvyklostmi a individuálními konzumačními stereotypy. Zdroji energie jsou sacharidy, lipidy, bílkoviny a alkohol (Kasper, 2015). Jak uvádí Moravcová (2013), strava by všeobecně měla obsahovat alespoň 50-60 % sacharidové složky, tedy polysacharidy a vlákninu, které jsou hlavním zdrojem energie pro naše tělo. Dále uvádí, že by v jídelníčku nemělo chybět dostatečné množství ovoce a zeleniny v syrové podobě. Bílkoviny by měly podle ní tvořit asi 25 % přijímané stravy. Cukrovinky bychom měli z naší stravy zcela vynechat a rozumně bychom měli zacházet také se solí (Moravcová, 2013). Další složkou potřebnou pro odolnost jsou vitaminy a minerály, jak shodně uvádějí Svačina (2008), Paulík (2010) a Kunová (2011). Důležitý je také pitný režim, denně by tak měl dospělý člověk vypít asi 1,5 – 2 litry tekutin (Moravcová, 2013).

Paulík (2010) dále uvádí, že jídlo se může stát důležitou hodnotou, jejíž nenaplnění přináší výraznou frustraci, a někteří lidé vidí v dobrém jídle také prostředek k úniku z nepřijemné reality, proto při stresu zvyšují konzumaci sladkostí a jídla vůbec. Podle

Fořta (2005) pak většina lidí onemocní vlastní vinou, protože zanedbává prevenci a podceňuje negativní vliv nevhodného životního stylu, stresu, dědičných dispozic a špatného životního a pracovního prostředí.

Některé látky mají pro zdravou výživu především pozitivní význam, naopak další látky mají ve větším množství především negativní účinky, které ještě mnohdy zvyšuje možnost vytvoření návyku (Paulík, 2010). Fořt (2005) uvádí, že současný životní styl vede k nadměrné únavě, přetížení a frustraci a v důsledku toho nakonec způsobuje nepřekonatelný stres, který fatálně poškozuje zdraví. Kdy stále více lidí, jak dále uvádí, řeší stres alkoholem, stoupá počet těch, kteří používají návykové látky – nelegální drogy, nebo končí u lékařů, předepisujících moderní léky (sedativa, hypnotika, anxiolytika, nootropika a stimulancia). Alkohol, podle Paulíka (2010), může v menším množství působit povzbudivě, odbourávat sociální bariéry a omezovat úzkost, strach, či depresi. Dále ale doplňuje, že tyto účinky však jsou časově omezené a po určité době odezní. Proti mírné konzumaci kávy z kvalitní suroviny nelze mít podle něho zásadní námítky, pokud se pije ve chvílích psychické pohody. Jeli však důvodem ke konzumaci kávy snaha překonat únavu a ospalost a zvýšit psychický výkon, nelze to z hlediska odolnosti vůči zátěži považovat za vhodné (Paulík, 2010).

1. 5. 1. 7 Smích a humor

Kraska-Lüdecke (2007) a Akhtar (2015) shodně uvádějí, že vědci zkoumající smích zjistili, že smích je účinný prostředek proti stresu, jelikož se při smíchu do krve uvolňují endorfíny, a tato látka pozitivně ovlivňuje náladu. Smích, jak dále uvádějí, je skutečně hotový balzám pro tělo i duši, prohloubí se nám dýchání, orgány se nám prokrví, zesílí se krevní oběh, při smíchu zapojujeme současně přes tři sta svalů. Smích podporuje tělesné i duševní zdraví a snižuje stres (Kraska-Lüdecke, 2007; Akhtar, 2015). I pouhý úsměv pomáhá totiž zvládat nahromaděný stres a přinášet uvolnění v naší uspěchané době (Cimický, 2014). Helus (2015) uvádí, že smích redukuje napětí způsobené stresem a vrací koncentrace stresových hormonů (adrenalin, kortizol) v krvi na normální úroveň.

Výzkum smíchu (gelotologie) je nenápadná specializace, která však v průběhu času nabývá na významu a ocenění, a aktuálně se jí zabývá přes dvě stě psychologů, imunologů, neurologů a odborníků na stres (Kraska-Lüdecke, 2007). Paulík (2010)

uvádí, že humor je v souvislosti se zvládáním zátěže a v širším kontextu psychologických zásahů ve prospěch řešení osobních problémů různých lidí různé závažnosti vzpomínán stále častěji. Dále uvádí, že S. Freud konstatoval, že humoristický pohled na problém, i když je v podstatě iluzí, pomáhá zvládat obtíže tím, že odhlíží od nepříznivé reality, je prostředkem odreagování a příjemného uvolnění. Humor podle Paulíka (2010) zde má význam především, je-li chápán jako určitý způsob nadhledu, odstupu od reality nabízejícího jiný, nový, hravě elegantní, tvůrčí a často překvapující pohled na nepříznivé okolnosti. Humor pro zvládání zátěže je významným zdrojem především pozitivních emocí, které také mimo jiné pomáhají rozšiřovat náš pohled na svět, zpracování událostí (Paulík, 2010).

Humor boří zábrany, zvyšuje tvořivé možnosti jedince, umožňuje člověku vnímat souvislosti z jiného úhlu (Kraska-Lüdecke, 2007). A při zvládání již nastalého akutního stresu je vhodné snažit se o nadhled a odstup, běžná mluva má pro to výstižné vyjádření „být nad věcí“ (Paulík, 2010).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cílem práce je definovat rozhodující faktory psychosociální zátěže pečujících osob o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí.

Dílčím cílem je zjistit, v jakých oblastech cítí pečující osoby při péči o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí zvýšenou zátěž. Dalším dílčím cílem je zjistit, zda znají a uplatňují pečující osoby při péči o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí zásady duševní hygieny.

2.2 Výzkumné otázky

Byly stanoveny dvě výzkumné otázky:

VO1: Který druh stresu považují pečující osoby za nejzávažnější při své práci?

VO2: Které možné symptomy vyhoření na sobě pozorují pečující osoby?

3 METODIKA

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Pro výzkumnou část diplomové práce byla zvolena kvalitativní strategie výzkumu. Výzkum je proces vytváření nových poznatků, kde jde o systematickou naplánovanou činnost, která je vedena snahou zodpovědět výzkumné otázky a přispět k rozvoji daného oboru (Hendl, 2016). Kvalitativní výzkum představuje nenumerické šetření a interpretaci sociální reality (Disman, 2011). Dále představuje řadu rozdílných postupů, které se snaží najít porozumění zkoumanému sociálnímu problému (Reichel, 2009). Pokouší se na určitý fenomén nahlížet v pro něj autentickém prostředí a vytvářet jeho obraz v co možná nejkompexnější podobě, včetně podob jeho vztahů s dalšími aspekty (Reichel, 2009). Jde o popis, který je výstižný, plastický a podrobný (Gavora, 2010). Předmětem kvalitativní metodologie je studium běžného, každodenního života lidí v jejich přirozených podmínkách (Reichel, 2009). Usiluje o sblížení se zkoumanými osobami, o proniknutí do prostředí a situací, ve kterých vystupují, protože jen tak jim můžeme porozumět a popsat je (Gavora, 2010). Výzkumník produkuje komplexní holistický obraz, informuje o názorech účastníků výzkumu (Hendl, 2016). Centrem výzkumu pozornosti je člověk, při výzkumu je daná problematika rozvíjena a vyjasňována (Kutnohorská, 2009). Cílem kvalitativního výzkumu je prozkoumat sociální skutečnost prostřednictvím odкрыtí subjektivních významů (Loučková, 2010), porozumět člověku, především chápat jeho vlastní hlediska, jak on vidí věci a posuzuje svoje konání (Gavora, 2010). Důležitými jsou pro kvalitativní výzkum jedinečnost, neopakovatelnost, kontextuálnost, procesuálnost a dynamika (Miovský, 2006). Cílem není široké zevšeobecnění údajů, ale hluboké proniknutí do konkrétního případu a objevení nových souvislostí, které se hromadným výzkumem nedají odhalit (Gavora, 2010).

Výzkum má nízkou reliabilitu, ale může mít vysokou validitu (Disman, 2011). Kvalitativní výzkumná strategie je velmi náročná nejen na čas, ale hlavně na metodologii, která klade specifický důraz na schopnost vést nestrukturované pozorování a interview, analýzu a syntézu textových dat a na schopnost předem odložit procesy formulace hypotéz nebo odkazování do teoretického materiálu (Loučková, 2010). Znakem kvalitativního výzkumu je zkoumání mnoha aspektů u málo objektů, kdy sběr a

analýza končí po teoretickém nasycení, data jsou vyhodnocována průběžně, výpovědi respondentů jsou jedinečné a zobecnění výsledků je problematické (Reichel, 2009).

Vzhledem k povaze předmětu zkoumání se specifikuje konkrétní varianta aplikované techniky sběru dat (Reichel, 2009). K získání informací od jednotlivých komunikačních partnerů byla zvolena technika polostrukturovaného rozhovoru a technika pozorování, čímž došlo k aplikaci triangulace technik získávání dat. Záznamový arch pro oblasti pozorování byl vytvořen mnou. Výzkum byl doplněn o Inventář projevů syndromu vyhoření, upravený pro účely tohoto výzkumu.

Polostrukturovaný rozhovor vyžaduje náročnější technickou přípravu, kdy se vytváří schéma, které je pro tazatele závazné, a to specifikuje okruhy otázek, na které se budeme ptát a dle potřeby a možností pořadí okruhů upravujeme (Mioviský, 2006; Kutnohorská, 2009; Reichel, 2009). Mnohdy může tazatel formulace pokládaných otázek částečně modifikovat, ale nezbytné je, aby byly probrány všechny (Reichel, 2009). Máme tedy definované „jádro interview“, minimum témat a otázek, které musíme probrat (Mioviský, 2006). Cílem polostrukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu (Švaříček, Šed'ová, 2014). Otázky by měly být srozumitelné všem, neměly by obsahovat cizí slova a cizí termíny a měly by být jednoznačné (Reichel, 2009). Vnějšímu prostředí přikládáme větší váhu, někdy se přímo požaduje průběh interview v prostorách určitého typu (Mioviský, 2006).

Pozorování je technika sběru informací založená na zaměřeném, systematickém a organizovaném sledování smyslově vnímatelných projevů aktuálního stavu prvků a fenoménů (Reichel, 2009). Reduktivní deskripcí chápeme pozorování, které je strukturované a zaměřené na dopředu vytyčené oblasti, kdy si vytvoříme určité schéma a pozorování určitého jevu zaznamenáváme prostřednictvím kategorií schématu, které musí být konkrétní a jasné (Mioviský, 2006; Švaříček, Šed'ová, 2014). Pozorování pak může být skryté zúčastněné či otevřené zúčastněné (Reichel, 2009). Při skrytém zúčastněném pozorování nejsou účastníci výzkumu informováni, že jsou v rámci výzkumu pozorováni (Mioviský, 2006). Dále může být přímé a nepřímé, kdy u přímého pozorování je badatel účasten zkoumaného jevu v čase jeho průběhu (Kutnohorská, 2009; Švaříček, Šed'ová, 2014). Metodu pozorování je vhodné spojit s rozhovory, badatel si tak může udělat komplexní obrázek o dané situaci, obě metody se tak neustále prolínají (Švaříček, Šed'ová, 2014).

3. 2 Charakteristika výzkumného souboru

Základní soubor v diplomové práci tvoří osoby pečující o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí ze spádové oblasti města Moravské Budějovice. Výběrový soubor představuje 8 komunikačních partnerů. Bližší charakteristiku výběrového souboru nabízí Tabulka 2: Základní informace o komunikačních partnerech. Z komunikačních partnerů ochotných zapojit se do výzkumu byli vybráni komunikační partneři, kteří splňovali následující kritéria:

- starší 18-ti let,
- péče o osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí,
- společné bydliště s osobou závislou na pomoci,
- celodenní pečování s absencí jiného zaměstnání.

V případě tohoto výzkumu byla použita nepravděpodobnostní metoda výběru výzkumného souboru, základní cílový soubor byl zvolen metodou sněhové koule – snowball, nabalování. Tato metoda je založena na kombinaci účelového výběru a prostého náhodného výběru, kde základem je získání kontaktů s první vlnou účastníků výzkumu a to prostřednictvím využití výběru přes instituce nebo díky předchozímu osobnímu kontaktu výzkumníka (Miovský, 2006). Prostřednictvím toho získáme skupinu prvních kandidátů pro první fázi, definitivní podobu „sněhové koule“ vytváříme a měníme v průběhu studie v závislosti na potřebě z hlediska saturace a během druhé fáze získáme opět kromě dat také nominaci kandidátů pro druhou fázi (Miovský, 2006). Každý pak určí jedince, které považuje za vhodné do výzkumu zařadit (Reichel, 2009). Celý proces se pak opakuje až do dosažení saturace (Miovský, 2006).

3. 3 Vlastní realizace výzkumu

Polostrukturované rozhovory a pozorování k výzkumu byly realizovány v období únor - březen 2016, s ohledem na možnosti a přání komunikačních partnerů. Nejprve bylo vytvořeno schéma témat a otázek a realizován předvýzkum prostřednictvím zkušebního rozhovoru k nácviku vedení rozhovoru, k ověření srozumitelnosti tématu a úpravě schématu a otázek rozhovoru. Tyto dvě techniky získání dat byly doplněny o Inventář projevů syndromu vyhoření u každého komunikačního partnera. Rozhovor se skládal

z devíti předem připravených otázek bez možných variant odpovědí, které vycházely z následujících tématických okruhů:

1. Základní informace o komunikačních partnerech.
2. Oblasti zvýšené zátěže.
3. Stres v souvislosti s pečováním.
4. Pomoc při zvládnání náročnosti péče.
5. Možné symptomy syndromu vyhoření.

Komunikační partneři mohli sami zvolit obsah a rozsah odpovědí. Bylo jim tak umožněno odpovědět stručně nebo u jim blízkých témat mohli zajít více do hloubky. Dle odpovědí komunikačních partnerů byly pokládány doplňující otázky k upřesnění daného tématu. Všechny rozhovory byly vedeny osobně a probíhaly v domácím prostředí komunikačního partnera. Každý komunikační partner byl srozuměn s tématem a účelem výzkumu. Výzkum byl prováděn na základě dobrovolnosti a anonymity. Pro zachování anonymity byli komunikační partneři označeni čísly 1 – 8. První komunikační partneři byli kontaktováni přes pracovníci Oblastní charity Třebíč a poté sami nominovali další kandidáty k výzkumu (viz. metoda snowball). Rozhovory byly nahrávány se souhlasem na diktafon, díky tomu byly plynulé. Mohl být udržován oční kontakt a realizováno pozorování. Rozhovory a získání dat k vyhodnocení Inventáře projevů syndromu vyhoření trvaly v rozmezí 50 – 80 minut. Poté byly přepsány do textové formy na počítači v programu MS Word. Při zpracování dat byla použita metoda otevřeného kódování. Otevřené kódování je část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů, neboli proces rozebírání, prozkoumávání, porovnávání, konceptualizace a kategorizace údajů, kdy podobné události a případy jsou označeny a seskupeny do kategorií (Kutnohorská, 2009). Proces kódování je procesem identifikace a systematického označování významových celků dle vytvořených kritérií (Corbin, Strauss, 2008). Pozorování a Inventář projevů syndromu vyhoření byly zaznamenávány do připravených záznamových archů. Přepsané rozhovory jsou přílohou č. 1, záznamový arch inventáře projevů syndromu vyhoření přílohou č. 2 a záznamový arch k pozorování přílohou č. 3.

3. 4 Etika výzkumu

Všichni účastníci rozhovorů byli seznámeni se smyslem a záměrem výzkumu. Dále byli ubezpečeni, že získané informace budou použity výhradně pro účel této práce. Nikde nebude uvedeno jejich jméno, data budou přísně anonymizována. Výzkum proběhl v souladu se zákonem 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Rozhovory byly realizovány na základě dobrovolnosti. Dále byla komunikačním partnerům podána informace, že mohou kdykoli od výzkumu odstoupit. Rozhovory byly nahrávány na diktafon, s čímž všichni účastníci výzkumu souhlasili. Po zpracování rozhovorů do psané podoby bylo všem komunikačním partnerům umožněno přečíst si a odsouhlasit danou podobu rozhovoru s možností úpravy textu.

Aplikace pozorování je z etického hlediska problematičtější. Z důvodu realizace pozorování skrytého zúčastněného byli komunikační partneři informováni o tom, že byli pozorováni, až následně po rozhovoru. Informovaný souhlas s použitím výsledků pozorování byl získáván tedy dodatečně s možností, v případě nesouhlasu, nepoužití získaných údajů pro účely diplomové práce. Jsem si vědoma toho, že data získaná z pozorování, mohou být subjektivně zabarvena.

Při aplikaci Inventáře projevů syndromu vyhoření byli všichni komunikační partneři informováni a ujištěni, že se nejedná o hodnotící test, ale pouze o orientační zjištění.

4 VÝSLEDKY

Výsledky jsou rozděleny do šesti podkapitol. Jsou prezentované pomocí vytvořených tabulek, zejména z důvodu lepší přehlednosti. Tabulky jsou rozčleněny podle tematických okruhů jednotlivých otázek. Tabulka 1 znázorňuje následující rozdělení.

Tabulka 1: Přehled tematických celků

TEMATICKÉ CELKY					
1. Základní informace o komunikačních partnerech	2. Oblasti zvýšené zátěže	3. Stres v souvislosti s pečováním	4. Psychohygiena	5. Možné symptomy syndromu vyhoření	6. Inventář projevů syndromu vyhoření, pozorování
↓	↓	↓	↓	↓	↓
Tabulka 2	Tabulka 3	Tabulka 5	Tabulka 9	Tabulka 11	Tabulka 14
Základní informace o komunikačních partnerech	Oblasti zvýšené zátěže	Péče o osobu závislou jako stresující záležitost	Psychohygiena	Pocity v souvislosti s pečováním	Inventář projevů syndromu vyhoření
	Tabulka 4	Tabulka 6	Tabulka 10	Tabulka 12	Tabulka 15
	Četnosti psychosociální a fyzické zátěže	Výskyt stresu akutního (situačního) x chronického (dlouhodobého)	Četnosti aplikace psychohygieny	Vnímání rizika vzniku syndromu vyhoření	Riziko vzniku syndromu vyhoření
		Tabulka 7		Tabulka 13	Tabulka 16
		Výskyt stresu časového x věcného		Vnímané symptomy syndromu vyhoření	Pozorování
		Tabulka č. 8			Tabulka 17
		Výskyt stresu anticipačního x reziduálního			Komparace výsledků jednotlivých technik

Zdroj: Vlastní výzkum

4. 1 Výsledky - Základní informace o komunikačních partnerech

Rozhovory začínaly identifikačními otázkami, které poskytly obecné informace o komunikačních partnerech. Získané informace od všech osmi komunikačních partnerů znázorňuje Tabulka 2. Jedná se o souhrnné údaje, které vykazují celkové informace o výzkumném souboru. Blíže charakterizují jejich působení v oblasti péče o osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí. Informace jsou podstatné pro základní dokreslení situace jednotlivých komunikačních partnerů. Komunikační partneři byli dotázáni na věk, o koho pečují, na zdravotní stav osoby závislé, stupeň závislosti a jak dlouho péči o osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí vykonávají.

Tabulka 2: Základní informace o komunikačních partnerech

ZÁKLADNÍ INFORMACE O KOMUNIKAČNÍCH PARTNERECH							
komunikační partner	pohlaví	věk	vztah k osobě závislé	věk osoby závislé	zdravotní stav osoby závislé	stupeň závislosti	délka péče (roky)
1	žena	56	sestra	63	zrakové postižení, sluchové postižení, mentální postižení	III.	14
2	žena	45	dcera	25	mentální postižení, hluchoněmost, autismus	IV.	19
3	žena	55	maminka	83	somatické postižení, silná obezita	II.	6
			tatínek	82	Alzheimerova choroba	IV.	1,5
4	žena	32	syn	7	mentální postižení, zrakové postižení, somatické postižení	IV.	1
5	muž	52	manželka	49	somatické postižení, poruchy paměti, sluchové postižení	IV.	8
6	žena	43	tchýně	71	Alzheimerova choroba	IV.	6
7	žena	32	dědeček	80	Diabetes mellitus, somatické postižení, Parkinsonova choroba	IV.	0,5
8	žena	40	syn	18	Downův syndrom	IV.	11

Zdroj: vlastní výzkum

Věk komunikačních partnerů vyjádřený mediánem činil 44 let. Jednalo se o sedm žen a jednoho muže.

Důvody zahájení péče o osobu závislou na péči jiné fyzické osoby v domácím prostředí uvedli komunikační partneři č. 1, č. 3 a č. 5, přičemž:

- komunikační partner č. 1 říká: *„Prvně jsme si vzali k nám maminku po mrtvici a pak i sestru.“*
- komunikační partner č. 3 říká: *„No, tak to je trochu složitější. Nejdříve jsem se starala o svou babičku. To jsem začala před devíti lety. K tomu se pak přidala maminka před šesti lety. Pak babička umřela. A teď se tedy starám i o tatínka už rok a půl.“*
- komunikační partner č. 5 říká: *„Vím, že to je u chlapa asi divný. Předtím jezdila různě po nemocnicích a rehabilitacích. A pak jsem s ní zůstal doma. Nechtěl jsem ji nikam dát. To bych jí neudělal.“*

Věk osob závislých na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí vyjádřený mediánem činil 63 let.

Zdravotní stav osob závislých na pomoci ve vztahu k stupni závislosti na péči (stupně závislosti na péči se pohybovaly v rozmezí od II. do IV. stupně) popisují komunikační partneři č. 1, č. 2, č. 2, č. 5 a č. 7 následovně:

- komunikační partner č. 1 říká: *„Pečuji o svou sestru, které je 63 let. Je nevidomá, téměř neslyší. Srovnala bych to jak s péčí s dvouletým dítětem. Je ještě postižená. Má bércový vředy. Musím se o to starat, převazovat, koupat v hypermanganu. Nic neřekne, musím všechno sama vypořádat. Ani když jí něco bolí. Je dost těžká, takže se ještě natahám. Když byla malá, měla zánět mozkových plen. Od té doby byla pomalá a všechno jí dýl trvalo. Pak při cestě ze školy spadla ještě z meze, tři neděle jí kapala krev na mozek a lékaři říkali rodičům, ať jí už připraví bílý šaty. To jí bylo asi tak 12 let. Ale nakonec dochodila základku.“*
- komunikační partner č. 2 říká: *„Pečuju o dceru, který je 25 let. Je mentálně postižená, neslyší, nemluví a navíc je autista.“*

- komunikační partner č. 5 říká: „*Starám se o manželku. Měla před deseti rokama bouračku s autem. Je na vozíku. Museli jí uříznout obě nohy nad kolenama. Dost dlouho byla v bezvědomí. Mívá výpadky paměti a skoro pak přestala slyšet.*“
- komunikační partner č. 7 říká: „*Starám se o dědečka, kterému je 80. Má silnou cukrovku s následnou amputací dolní končetiny. Navíc se mu rozjel Parkinson.*“

Délka péče o osobu závislou na péči jiné fyzické osoby v domácím prostředí se pohybovala v rozmezí od půl roku do 19 let. Nejdéle vykonává péči komunikační partner č. 2, který říká o péči o dceru: „*Starám se o ni od narození doted' furt*“. Naopak nejkratší dobu pečuje komunikační partner č. 7, který o době péče o dědečka uvádí: „*Starám se šest měsíců. Byla jsem přetím na rodičáku, tak se to dalo zvládat oboje. A když skončil, zůstala jsem doma dál s dědem.*“

4. 2 Oblasti zvýšené zátěže

Ve druhém tematickém celku jsem se zajímala, zda by mi komunikační partneři popsali oblasti, které jsou pro ně při výkonu péče o osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí náročné, a pociťují v nich zvýšenou zátěž. Tabulka č. 3 znázorňuje, že komunikační partneři 1 až 7 uvedli každý několik oblastí zvýšené zátěže, pouze komunikační partner č. 8 u sebe neregistruje žádnou oblast zvýšené zátěže.

Tabulka č. 3: Oblasti zvýšené zátěže

OBLASTI ZVÝŠENÉ ZÁTĚŽE								
oblasti	komunikační partner							
	1	2	3	4	5	6	7	8
komunikace / pochopení se	x	x	x			x		
nutnost předvídat / nenechat nic náhodě	x	x						
odpovědnost / pocit, že musím	x		x	x		x		
péče o hygienu / stravu			x			x	x	
uvázanost / časová náročnost	x		x			x		
nervozita / náladovost opečovávaného			x				x	
vyrovnání se s osudem / ztráta iluzí / negativní prognóza / přihlížení bezmocnosti		x		x	x	x		
fyzická namáhavost / náročnost	x		x	x		x	x	
samota / izolovanost od okolí				x	x	x		
absence financí	x			x		x		
stereotyp						x		
absence předchozí práce					x		x	
negativní dopad na zbytek rodiny		x					x	

Zdroj: Vlastní výzkum

Oblast „komunikace/pochopení se“

Náročnou oblastí při péči o osobu závislou na péči jiné fyzické osoby v domácím prostředí, kde pečující pociťují zvýšenou zátěž, je pro 4 komunikační partnery oblast vzájemné komunikace se závislou osobou a vzájemné pochopení se. Problém vidí komunikační partneři č. 1 a č. 2 především v pochopení se v tom smyslu, že musí vysledovat a vypořádat, co osoba závislá potřebuje, jelikož to sama nedokáže říct, popřípadě vyjádřit. Uvádějí, že není mnohdy jednoduché to poznat. Komunikační partner č. 1 o sestře závislé na péči uvádí: „Nejtěžší je to, že nic neřekne. Jak jsem říkala, neřekne, že ju něco bolí. Žlučnickovej záchvat jsem poznala, až když zvracela a zežloutla. Musím i u doktora mluvit za ňu. Je to prostě strašný, jak já to mám vědět?“ Komunikační partner č. 2 o péči o dceru říká: „Myslím, že nejnáročnější u těchto dětí je snažit se pochopit, co v daný situaci chtějí, když to nemůžou říct.“

Oblast „nutnost předvídat/nenechat nic náhodě“

Náročné pro komunikační partnery č. 1 a č. 2 je také fakt, že nemohou nic nechat náhodě a musí hodně předvídat, co vše se může stát. Uvádí, že sebemenší změna a opomenutí něčeho se pak stávají velkým problémem, kterému by šlo předvídavostí předejít. Komunikační partner č. 2 uvádí: *„Jakákoli věc, která se jim nelíbí, může ovlivnit jejich chování a náladu, i změna věcí v domě. Je třeba i stálá snaha včas předcházet těmhle věcem a dopředu se jim vyvarovat a pak stačí maličkost a stejně se tomu nevyhneme.“* Podobně situaci popisuje také komunikační partner č. 1, který říká: *„Musím furt přemýšlet dopředu. Aby se něco nestalo. Musí být člověk furt připravenej a chytřejší než oni.“*

Oblast „odpovědnost / pocit, že musím“

4 komunikační partneři uvádějí jako oblast zvýšené zátěže odpovědnost, kterou sebou pečování přináší. Kdy tíha odpovědnosti za samotnou péči leží pouze na nich. Především zajistit osobám závislým na péči bezpečnost. Komunikační partner č. 6 o náročnosti péče o tchýni uvádí: *„Je to celodenní péče o její bezpečnost.“* Cítí odpovědnost minimálně za udržení zdravotního stavu a podávání léků. Komunikační partner č. 3 o péči o otce uvádí: *„Celé je to náročné v tom, uhlídat ho, aby se mu něco nestalo. Aby si vzal léky, tak jak má.“* Komunikační partner č. 7 říká o odpovědnosti za zdravotní stav dědečka: *„Musím hlídat ten cukr.“*

Oblast „péče o hygienu / stravu“

Péči o hygienu, či stravu jako oblast přinášející zvýšenou zátěž pro pečujícího uvádějí 3 komunikační partneři. Komunikační partner č. 3 uvádí náročnost péče o hygienu otce i matky následovně: *„Je těžká i oblast hygieny. Nedbá na ni.“* A dále dodává: *„Například koupání matky je fyzicky náročný hodně.“* Zvýšenou zátěž v oblasti provádění hygieny závislého na péči uvádějí také shodně komunikační partneři č. 6 a 7. Komunikační partner č. 6 dále k oblasti stravování své tchýně uvádí, že náročné pro něj je podávání stravy a dodává: *„A to jí jen tak něco nechutná“.*

Oblast „uvázanost / časová náročnost“

Časovou náročnost a uvázanost u osoby závislé na péči jako oblast zvýšené zátěže pro ně uvádějí komunikační partneři č. 1, č. 3 a č. 6. Náročnost spatřují v nutnosti celodenní péče v tom, že tíha péče na nich leží 24 hodin denně. Komunikační partner č. 6 přímo uvádí: *„Je to celodenní péče.“* Komunikační partner č. 3 říká: *„Je to zaměstnání na 24 hodin každý den.“* Komunikační partner č. 1 uvádí o časové náročnosti péče o sestru: *„Nemohla jsem jet ani klukovi do Prahy na svatbu. Kam bych ju dala? Sama tu bejt nemůže.“*

Oblast „nervozita / náladovost“

Pro dva komunikační partnery (č. 3 a č. 7) je náročné pracovat s nervozitou a náladovostí osoby závislé na péči. Kdy samotné osoby závislé na péči se hůře smiřují se svým zdravotním stavem a potřebou péče o ně samé. Komunikační partner č. 3 říká o otci: *„Otcí odebrali řidičský průkaz a on se s tím odmítá smířit. Velice špatně to nese a při jízdě autem vznikají velmi vypjaté situace, že řídím já.“* Komunikační partner č. 7 o svém dědečkovi uvádí: *„Navíc bejvá dost nevrlej, jak přišel o nohu a není samostatnej. A to jsem pak z něj nervózní ají já.“*

Oblast „vyrovnání se s osudem / ztráta iluzí / negativní prognóza / přihlížení bezmocnosti“

Komunikační partneři č. 2, č. 4, č. 5, č. 6 uvedli, že je pro ně samotné velmi těžké vyrovnat se se samotnou nepřízní osudu, ztrátou iluzí a špatnými prognózami od lékařů do budoucnosti. Je pro ně těžké tuto negativní zprávu přijmout. Zprávu, že se jim narodilo dítě s postižením nebo zprávu, že zdravotní stav osoby závislé na péči se bude postupně zhoršovat. Vědět, že lepší už to nebude. Uvádějí, že to trvá i několik let. Konkrétně komunikační partner č. 4 uvádí: *„Člověk se musí vyrovnat s tím, že se mu narodilo postižený dítě. K tomu samý pesimistický zprávy od doktorů. No, chvíli to trvá, než se to člověku srovná v hlavě. A můžu říct, že ještě teď s tím někdy bojuju. Někdy přijde horší období a je to člověku prostě líto.“* Komunikační partner č. 2 říká o vyrovnání se s osudem: *„Někdy to trvá několik let.“* A komunikační partner č. 5 uvádí o

přihlížení bezmocnosti své ženy: „*Nejhůř snáším to, že už to není ona. Vždycky se radovala ze života, bývala veselá. Tak je to jasný, není se čemu divit. Ale mně to prostě někdy schází. Někdy na mě přijdou deprese, takový ty chmurný myšlenky. Když ji vidím, jak skoro nic nemůže. Jak jen tak sedí a čeká, až já přijdu a pomůžu jí. Je to někdy na palici.*“

Oblast „ fyzická namáhavost / náročnost“

Fyzickou náročnost péče pro ně samé jako oblast zvýšené zátěže uvedli 4 komunikační partneři (č. 1, č. 3, č. 4, č. 6, č. 7). Souvisí to především s hmotností jedince, kterému je péče poskytována. Komunikační partner č. 4 o péči o svého syna uvádí: „*Ale i po fyzický stránce je to náročný. Je dost těžkej, takže se s ním dost natahám.*“ Komunikační partner č. 7 pak říká podobně o svém dědovi: „*Někdy, když se to tak nějak seběhne, mám pocit, že mi docházejí síly. Není zrovna lehkej.*“ A od toho se pak odvíjí fyzická unavenost komunikačních partnerů a nespavost. Kdy komunikační partner č. 1 říká: „*Jsem prostě úplně hotová za ten den. Večer padnu unavená do postele a pak stejně nemůžu bez prášku na spaní usnout. To je prostě strašně náročný.*“

Oblast „samota / izolovanost od okolí“

3 komunikační partneři (č. 4, č. 5, č. 6) špatně snáší samotu a určitou izolovanost, kterou sebou pečování přináší a nedostatečný kontakt s okolím. Komunikační partner č. 4 říká: „*Když to tak vezmu, nikam se nedostanu.*“ Komunikační partner č. 5 uvádí: „*Děcka už jsou velký, mají svý partnery. Ne, že by nepomáhali, když je třeba, ale doma s náma už nejsou. Chybí mi takovej ten běžnej rodinnej život.*“

Oblast „absence financí“

Zvýšenou zátěží pro komunikační partnery č. 1, č. 4, č. 6 je nedostatek peněz, který se odvíjí od odchodu z běžného zaměstnání. Komunikační partner č. 6 říká: „*Náročná je i oblast finanční, jak nechodím do práce.*“ Uvádějí, že sice mají více času na výkon péče,

ale s následkem horšího finančního příjmu. Komunikační partner č. 1 říká: *„Když jsem doma, tak se to spíš dá zvládnout. Ale zase chybí peníze.“*

Oblast „stereotyp“

Komunikační partner č. 6 uvádí, že náročný je pro něho určitý stereotyp, který sebou péče o osobu závislou přináší. Kdy přímo říká: *„A co se týká mé osoby, tak mně nejméně vadí ten stereotyp.“* Naopak ale komunikační partner č. 3 uvádí: *„Je to stereotyp, který mi celkem vyhovuje.“*

Oblast „absence předchozí práce“

Komunikačním partnerům č. 5 a č. 7 chybí předchozí zaměstnání. Komunikační partner č. 5 k tomu říká: *„Nechodit do práce, jak jsem byl zvyklý.“* Podobně odpovídá i komunikační partner č. 7: *„Chybí mi má práce, co jsem dělala před děckama.“*

Oblast „negativní dopad na zbytek rodiny“

Negativní dopad pečování na zbytek rodiny udávají komunikační partneři č. 2 a č. 7. Komunikační partner č. 2 uvádí: *„Má to hlavně vliv i na manželství, další děti a veškerý osobní život.“* Není lehké skloubit povinnosti ohledně péče o osobu závislou s péčí o zbytek rodiny, jak říká komunikační partner č. 7: *„Ráno děda, děcka, školka, uvařit oběd, uklidit, školka, děda, manžel a je večer. To si pak někdy říkám a kde jsem já?“*

Komunikační partner č. 8 jako jediný nevedl žádnou oblast, ve které by při péči o osobu závislou na péči v domácím prostředí pociťoval zvýšenou zátěž. Konkrétně říká: *„Nějaké oblasti, které by měly být nějak náročné, jsem nezaznamenala. Jestli člověk žije s člověkem, který potřebuje určitou péči už od narození, tak si na to zvykne, a nepociťuje nějakou náročnost při péči o tuto osobu.“* Pouze dodává: *„Snad jen když byl syn na operaci s kolenama a potom měl šest týdnů sádku. Tak to pak ta péče byla trošičku náročnější, ale byla to jen dočasná náročnější práce.“*

Tabulka č. 4 znázorňuje četnosti v jednotlivých oblastech psychosociální a fyzické zátěže.

Tabulka č. 4 Četnosti psychosociální a fyzické zátěže

PSYCHOSOCIÁLNÍ A FYZICKÁ ZÁTĚŽ	
oblasti	četnosti
komunikace / vzájemné pochopení se	4
nutnost předvídat / nenechat nic náhodě	2
odpovědnost	4
péče o hygienu / stravu	3
uvázanost / časová náročnost	3
nervozita / náladovost operovaného	2
vyrovnání se s osudem / ztráta iluzí / negativní prognóza / přihlížení bezmocnosti	4
fyzická namáhavost / náročnost	5
samota / izolovanost od okolí	3
absence financí	3
stereotyp	1
absence předchozí práce	2
negativní dopad na zbytek rodiny	2

Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastěji komunikační partneři zmiňovali 3 oblasti, které jsou pro ně náročné a pociťují v nich zvýšenou zátěž. Byly to oblast komunikace a vzájemného pochopení se se závislou osobou, oblast týkající se pociťované odpovědnosti za osobu závislou na péči a oblast týkající se otázky vyrovnání se s osudem, ztrátou iluzí, negativními prognózami a přihlížení bezmocnosti osoby závislé na péči v domácím prostředí.

4. 3 Stres v souvislosti s pečováním

Ve třetím tematickém celku jsem se zajímala, zda pečující považují péči o osobu závislou na péči jiné fyzické osoby v domácím prostředí za stresující. A pokud uvedli, že ano, doptávala jsem se, v jaké souvislosti se stres objevuje, působí, co je příčinou.

Komunikační partneři uvedli následující druhy stresu: akutní (situační), chronický (dlouhodobý), časový, věcný (související s odpovědností), anticipační (související s obavami z budoucnosti) a reziduální (související s nevyrovnáním se s minulostí).

Tabulka č. 5: Péče o osobu závislou jako stresující záležitost

PÉČE O OSOBU ZÁVISLOU JAKO STRESUJÍCÍ ZÁLEŽITOST			
komunikační partner	považuje	spíše považuje	nepovažuje
1	x		
2	x		
3	x		
4	x		
5		x	
6	x		
7		x	
8			x

Zdroj: Vlastní výzkum

Péče o osobu závislou na péči jiné fyzické osoby v domácím prostředí je jednoznačně stresující pro 5 komunikačních partnerů (č. 1, č. 2, č. 3, č. 4, č. 6), jak ukazuje tabulka č. 5. Komunikační partner č. 1 říká o stresu v souvislosti s péčí: „*No to teda minimálně. Je to fakt břemeno.*“ Komunikační partner č. 4 říká: „*Tak to každopádně. A ne málo.*“ Shodně to uvádí i komunikační partner č. 3, který říká: „*Jednoznačně mohu říci, že ano.*“

Komunikační partner č. 5 uvádí: „*Nevím, jestli přímo stresující. Ale ano.*“ A komunikační partner č. 7 říká: „*Jo, stresující je, i když jsou i světlé chvílky.*“

Pro komunikačního partnera č. 8 není péče o osobu závislou na péči v domácím prostředí stresující. Říká: „*Já z mého pohledu, a když posoudím péči o mého syna, nemůžu říct, že by byla stresující. Péče o něj mě nějakým způsobem naplňuje a dělám tu práci ráda. Málokdy je pro mě nějaká situace stresující.*“

Tabulka č. 6 u komunikačních partnerů znázorňuje výskyt stresu akutního a chronického.

Tabulka č. 6: Výskyt stresu akutního (situačního) x chronického (dlouhodobého)

VÝSKYT STRESU AKUTNÍHO (situačního) X CHRONICKÉHO (dlouhodobého)		
komunikační partner	akutní	chronický
1	x	x
2	x	x
3	x	
4	x	x
5		x
6		x
7	x	
8		

Zdroj: Vlastní výzkum

O stresu v daném okamžiku (akutním, situačním) při výkonu péče o osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí mluví 5 komunikačních partnerů (č. 1, č. 2, č. 3, č. 4, č. 6). Vzniká ve spojitosti s určitou situací, která stres vyvolá. Komunikační partner č. 3 uvádí: *„Řekla bych, že se jedná o stres v daném okamžiku. Při běžné péči stres ani tak nenastává, nebo pouze zřídka.“* Komunikační partner č. 1 říká: *„Akutní stres je taky. Když se 3x ptá a nepamatuje si a furt dokola se ptá. Pamatuje si před dvaceti rokama, ale co teď, to nic.“* Komunikační partner č. 4 udává i závislost vzniku akutního stresu v souvislosti s nedostatkem peněz při výkonu péče. Říká: *„A jak nechodím do té práce, tak ani těch peněz není moc. A to pak člověka stresuje i každá složenka.“*

Z toho komunikační partneři č. 1, č. 2 a č. 4 říkají, že se u nich jedná i o stres již dlouhodobějšího rázu. Například komunikační partner č. 1 říká: *„A ten stres je furt. Takže i dlouhodobě. To je pořád.“* Komunikační partner č. 2 říká: *„Už je to stres dlouhodobý a jen podle určité situace bývá výraznější.“*

Chronický stres udávají 2 komunikační partneři (č. 1, č. 2, č. 4, č. 5 a č. 6). Domnívají se, že se jedná již o stres dlouhodobějšího rázu. Komunikační partner č. 4 říká: „*U mě je ten stres jednoznačně dlouhodobej. Můžu říct, že v podstatě od samýho začátku. A nebojím se říct, že se i stupňuje.*“ Komunikační partner č. 5 také uvádí: „*Je to zátěž, která se táhne od začátku.*“

Komunikační partner č. 8 neuvádí ani stres akutní, ani chronický.

Výskyt stresu časového a věcného u komunikačních partnerů je znázorněn v tabulce č. 7.

Tabulka č. 7: Výskyt stresu časového x věcného

VÝSKYT STRESU ČASOVÉHO X VĚCNÉHO		
komunikační partner	časový	věcný
1		x
2	x	
3	x	x
4	x	x
5		x
6		x
7	x	x
8		

Zdroj: Vlastní výzkum

Souvislost vzniku stresu s nedostatkem času pociťují 4 komunikační partneři (č. 2, č. 3, č. 4, č. 7). Komunikační partner č. 3 říká, v jaké souvislosti pociťuje při péči stres: „*Určitě s nedostatkem času. Starost o rodiče a pak ještě domácnost, manžel a děti s vnoučaty. Někdy nevím, kam dřív skočit. Čas je to, co mi neustále chybí.*“ Komunikační partner č. 4 uvádí, že mu z důvodu náročnosti časové dotace na péči chybí čas pro něho. Říká: „*A ten čas? Ten nemám spíš na sebe, jsem tu hlavně pro něj. Nejdůležitější je pro mě to, aby byl prostě spokojenej, jestli se to tak dá říct.*“ A komunikační partner č. 7 také udává, co je pro něho stresující. Říká: „*Všechno nějak skloubit a stihnout.*“ Naopak komunikační partner č. 1 uvádí: „*Ten čas už mě ani*

netlačí. Ten už si udělám.“ A komunikační partner č. 6 říká: „*Času mám dost.*“ Také komunikační partner č. 5 udává, že nepocítuje souvislost vzniku stresu s nedostatkem času. Říká: „*Nedostatek času nemám. To zvládám dobře.*“

Stres věcný, nebo-li stres související s odpovědností, pocítuje 6 komunikačních partnerů (č. 1, č. 3, č. 4, č. 5, č. 6, č. 7). Zcela razantně uvádí souvislost vzniku stresu s odpovědností komunikační partner č. 6, kdy říká: „*S pocitem odpovědnosti, určitě.*“ Komunikační partner č. 4 uvádí: „*Pořád má strach, jestli všechno dělám dobře, jestli mu je dobře. Nechci nic zanedbat. Chci pro něj to nejlepší. Ale jak jsem sama, všechna ta odpovědnost je na mě.*“ Komunikační partner č. 1 říká: „*Nenechám nic náhodě.*“ Komunikační partner č. 5 také pocítuje souvislost stresu s pocitem odpovědnosti. Říká: „*Spíš ten pocit, že všechna ta odpovědnost leží na mě. To je horší.*“ Komunikační partner č. 7 také pocítuje souvislost stresu s odpovědností, když říká: „*A ta odpovědnost je velká. Ale to zná asi každéj, kdo má někoho na starost.*“

Tabulka č. 8 znázorňuje u komunikačních partnerů výskyt stresu anticipačního a reziduálního.

Tabulka č. 8: Výskyt stresu anticipačního x reziduálního

VÝSKYT STRESU ANTICIPAČNÍHO X REZIDUÁLNÍHO		
komunikační partner	anticipační	reziduální
1		
2	x	x
3	x	
4	x	x
5	x	x
6	x	
7	x	
8		

Zdroj: Vlastní výzkum

Anticipační stres, nebo-li stres vyvolávaný obavami z budoucnosti, pociťuje 6 komunikačních partnerů (č. 2, č. 3, č. 4, č. 5, č. 6, č. 7). Vznik stresu pak spojují s obavami z nejisté budoucnosti, zhoršující se situace zdravotního stavu osoby závislé na péči jiné fyzické osoby v domácím prostředí, s beznadějí, s pochybnostmi v oblasti víry v sebe sama, s obavou špatné finanční situace do budoucnosti. Komunikační partner č. 3 uvádí: „*Nikdy totiž nevím, co se může stát. To znamená, že si nemůžu nic naplánovat a připravit se na to.*“ Komunikační partner č. 4 říká: „*Víte jen, že lepší to nebude. Spíš horší. Dokud byl malej, tak ta péče celkem šla. Ale teď? Musíte furt jen přemýšlet, co je pro něj dobrý, aby mu to všechno nějak pomohlo.*“ Komunikační partner č. 5 udává: „*Mívám strach, abych vydržel. Psychicky, ale taky fyzicky.*“ Komunikační partner č. 2 říká: „*Někdy mi ale stačí jen pocit beznaděje, který na mě někdy přijde.*“ Dále pak dodává: „*Nikdy se přesně nedá odhadnout, v jaké situaci, místě nebo při jaké činnosti na veřejnosti nebo doma se dítě bude chovat a jak bude reagovat a to pak ovlivňuje náladu a přináší stres.*“ Komunikační partner č. 6 spojuje vznik stresu s otázkou finanční nezajištěnosti, kdy říká: „*Ale dost mě také stresuje otázka finanční, jak jsem už říkala, jak nechodím do práce. Moc peněz pro sebe teda nemám a lepší to asi nebude.*“ Komunikační partner č. 7 udává, že stres vzniká také s náladovostí osoby závislé na péči jiné fyzické osoby v domácím prostředí a nejistotou, jak kdy zareaguje. Říká: „*Právě ta náladovost dědy. Nikdy nevím, jak na co zareaguje.*“

Stres reziduálního charakteru, nebo-li stres vzniklý v důsledku nevyrovnání se s minulostí, pociťují 3 komunikační partneři (č. 2, č. 4, č. 5). Komunikační partner č. 2 uvádí: „*Stresující je už jen to, že se osoba, která má postižené dítě, musí s touto situací vyrovnat a snažit se s tím smířit. Někdy to trvá několik let a má to hlavně vliv i na manželství, další děti a veškerý osobní život.*“ Komunikační partner č. 4 říká: „*Stres už je jen s tím, že nevíte, co bude. Srovnat se s tím.*“ Komunikační partner č. 5 uvádí: „*Je to zátěž, která se táhne od začátku. Nikdy jsem se s tím úplně nevyrovnal. Když si myslím, že je to už lepší, takový ty deprese se zase vrátí. A kór teď v zimě. Jak je pořád pošmurno.*“

4. 4 Psychohygienu

Ve čtvrtém tematickém celku jsem se zajímala, co nejvíce pomáhá osobám pečující o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí zvládat náročnost této péče. Tabulka č. 9 znázorňuje, že každý z osmi komunikačních partnerů uvedl několik příkladů, co nebo kdo mu nejvíce pomáhá zvládat náročnost této péče.

Tabulka č. 9: Psychohygienu

PSYCHOHYGIENU								
oblasti	komunikační partner							
	1	2	3	4	5	6	7	8
rodina, přátelé	x	x	x	x	x	x	x	x
lékař							x	
internet							x	
součinnost závislého na pomoci			x					
samota, klid, spánek		x	x	x	x		x	
víra			x					
vědomí dělání správné věci						x		
přívýdělek				x	x			
pohyb	x		x		x	x	x	
zdravá strava							x	
smích				x				
zahrádka	x	x						
cestování, fotografování		x						
kultura				x	x	x		x
keramika				x				

Zdroj: Vlastní výzkum

Oblast „rodina / přátelé“

Nejčastěji komunikačním partnerům pomáhá zvládat náročnost péče rodina. Ta jim nejčastěji poskytuje pomoc s výkonem péče. Vypomůžou, když mohou, aby si mohly osoby pečující odpočinout, popřípadě zařídit vlastní záležitosti. Komunikační partner č.

1 říká: „A manžel, ten mi pomáhá nejvíc. Díky němu se dostanu taky ven.“ Také komunikační partner č. 6 nachází pomoc u svého manžela. Říká: „Taky manžel, dost mi s ní pomáhá. A taky vím, že se postará o děti, když zrovna já nemůžu. Dělá dvakrát tolik, aby nás zabezpečil, a já se mohla věnovat tchýni.“ Komunikační partner č. 3 udává: „Dost mě také nabije, když mi někdo s péčí pomůže, na hodinu je pohlídá.“ Komunikační partner č. 4 uvádí jako velkou pomoc svoje rodiče. Říká: „Ale co mi pomůže úplně nejvíc je to, když naši pohlídají malýho. Pomáhají mi, jak jen můžou.“ I komunikační partner č. 5 říká, že mu hodně pomůže rodina. Především dcera. Říká: „To se někdy seberu, když dcera přijede a postará se, a dám si pořádně do těla.“ Komunikační partner č. 8 také uvádí: „Nejvíc mi pomáhá rodina. Zaskočí, když nemůžu.“

Rodina ale pro komunikační partnery představuje také velikou psychickou oporu. Komunikační partner č. 1 uvádí, že manžel se ho vždy snaží podpořit a zase se uklidnit. Říká: „Vždycky říká, ať zachovám klid.“ Komunikační partner č. 4 říká, že oporou jsou pro něj rodiče. Konkrétně říká: „Jsou pro mě neskutečnou oporou.“ Komunikační partner č. 6 má oporu ve svém manželovi, který si váží jeho práce. Říká: „Dává mi najevo, jak si váží toho, co pro jeho mámu dělám. Taky ví, jak je to pro mě náročné a stresující.“ Pro komunikačního partnera č. 7 je také psychickou podporou rodina. Především její děti. Říká: „Hlavně děti, když vidím, jak jsou šikovný a zdravý.“

Někdy si jen komunikační partneři chtějí popovídat, sdílet tak své starosti, těžkosti, či problémy s někým dalším. To uvádí komunikační partner č. 3, který říká: „Potom určitě popovídání si o problémech s někým jiným. Prostě se jen vypovídá.“ Také komunikační partner č. 6 shodně uvádí, že pomocí pro něj je vypovídání se někomu jinému. Uvádí: „Dost často mi pomůže i rozhovor s někým, kdo je, nebo byl, ve stejné situaci. Kdo ví, o čem to všechno prostě je.“

Také přátelé poskytují podporu a pomoc pro osoby pečující o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí. Pomoc a podporu přátel zmiňují komunikační partneři č. 4, č. 5, č. 7, č. 8. Nabízejí možnost popovídat si o problémech osob pečujících, i o běžných záležitostech k psychickému ulehčení osob pečujících. Ale také je dokážou rozptýlit tím, že s nimi vyrazí mimo domov, do společnosti. K tomu komunikační partner č. 7 říká: „Psychicky mi nejvíc pomáhá kontakt s kamarádkama.“

Také komunikační partner č. 8 zmiňuje přátele. Říká: „*A kamarádi, se kterými si někam vyrazíme.*“

Oblasti „lékař“, „internet“

Komunikační partner č. 7 říká, že pomoc a podporu pro něj představuje také kontakt s lékařem a internet, kde si může dohledávat potřebné informace. Říká: „*No tak když to vezmu z hlediska péče o dědu, tak mi nejvíc pomáhá to, že se můžu ptát jeho doktora, na co potřebuju, nebo si to najdu na internetu.*“

Oblast „součinnost závislého na pomoci“

Velkým ulehčením práce a podporou pro komunikačního partnera č. 3 je, když samotná osoba závislá na péči projevuje určitou součinnost s pečujícím. Konkrétně komunikační partner č. 3 říká: „*Když se mnou otec a matka spolupracují.*“

Oblast „samota / klid / spánek“

Komunikačním partnerům č. 2, č. 3, č. 5, č. 7 nejvíce pomáhá při zvládnání náročnosti péče o osobu závislou, když jsou občas úplně sami a užívají si naprostý klid. Konkrétně to říká komunikační partner č. 2: „*Ale hlavně samota a klid v domácím prostředí.*“ Shodně to říká také komunikační partner č. 7: „*Ale úplně nejvíc si odpočnu, když si můžu někam zalízt a užívat si úplnej klid a ticho.*“

Jako důležitou pomoc při zvládnání náročnosti péče o osobu závislou na péči představuje také odpočinek ve formě spánku. Spánek jako psychickou, ale také fyzickou podporu uvádí komunikační partneři č. 4 a č. 7. Komunikační partner č. 4 říká, že největší pomoc je: „*Když se můžu pořádně prospat.*“ Shodně to uvádí i komunikační partner č. 7, který říká: „*No a taky když se můžu pořádně vyspat.*“

Oblast „víra“

Komunikační partner č. 3 považuje za velkou oporu duchovno a víru, která poskytuje zklidnění a nadhled na problémy. Říká: „*Jsem věřící, takže mi hodně pomáhá i to, že si občas mohu zajít do kostela. Tam se tak nějak zklidním a problémy jsou najednou menší.*“

Oblast „vědomí dělání správné věci“

Komunikačnímu partnerovi č. 6 pomáhá zvládat náročnost péče osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí vědomí, že dělá správnou a užitečnou věc. Říká: „*Musím si vždycky uvědomit, že tchýně mou pomoc potřebuje. Ale nejenom pomoc, ale taky podporu.*“

Oblast „přivýdělek“

Možnost přivýdělku a tím zlepšení své finanční situace, jako pomoc při zvládnání náročnosti péče, uvádí komunikační partneři č. 4 a č. 5. Komunikačnímu partnerovi č. 5 pomáhá to, že si může přivydělat zedničinou. Říká: „*Je to sice fyzicky náročný, ale člověk si alespoň vyčistí hlavu. Chodím občas na fušky.*“ Dále zmiňuje, že mu to také zvyšuje sebevědomí, když říká: „*Potřebuju si dokázat, že ještě něco umím a jsem taky chlap.*“

Oblast „pohyb“

Hojně zmiňovaný je pohyb, jako pomoc při zvládnání náročnosti péče o osobu blízkou. Konkrétně ho uvádějí komunikační partneři č. 1, č. 3, č. 6, č. 5, č. 7. Nejčastěji uváděná byla procházka do přírody, kterou uvedli komunikační partneři č. 1, č. 3 a č. 6. Komunikační partner č. 5 říká: „*Vyrazím si jen tak na procházku k lesu, kde je klid.*“ Pro komunikačního partnera č. 5 je pomocí při zvládnání náročnosti péče jízda na kole. Říká: „*No a pak taky kolo. To se někdy seberu, když dcera přijede a postará se, a dám si pořádně do těla. Třeba těch 70 kilometrů.*“ Komunikační partner č. 7 říká, že mu

pomáhá běh. A to jak po psychické, tak po fyzické stránce. Konkrétně říká: „*Od loňska běhám, což výborně čistí hlavu. Ale taky popravdě musím shodit pár kilo.*“

Oblast „zdravá strava“

Komunikační partner č. 7 uvádí, že pohyb kombinuje se zdravou stravou. Říká: „*A k tomu se snažím jest zdravě. Někde jsem četla, že má pak člověk i víc sil. No tak uvidíme.*“

Oblast „smích“

Pro komunikačního partnera č. 4 je způsobem uvolnění a pomoci smích. Jako člověka, který ho vždy potěší a rozesměje, uvádí kamarádka. Říká: „*Je to takovej smíšek od přírody. Umí potěšit a rozesmát.*“

Oblast „zahrádka“

Pomoc při zvládnání náročnosti péče o osobu závislou na péči představuje pro dva komunikační partnery možnost práce na zahrádce a pěstování květin. Která potom potěší. A komunikační partnery pak nabíjí energií. Konkrétně se jedná o komunikační partnery č. 1 a č. 2. Komunikační partner č. 1 říká: „*A kytky, mám nádhernou azalku. To mi dělá radost ty kytky jen pozorovat.*“

Oblast „cestování, fotografování“

Možnost příležitostného cestování a fotografování jako určitou formu pomoci při zvládnání náročnosti péče o osobu závislou na péči udává komunikační partner č. 2.

Oblast „kultura“

Celkem čtyři komunikační partneři uvedli jako jistou formu podpory a pomoci při náročnosti péče kulturu a možnost zajít si do společnosti. Jednalo se o komunikační partnery č. 4, č. 5, č. 6 a č. 8. Možnost zajít si do společnosti jako formu pomoci při zvládnání náročnosti péče zmínili komunikační partneři č. 4, č. 5 a č. 6. Komunikační partner č. 4 zmiňuje jako iniciátora společenského vyžití kamarádku. Říká: *„Občas mě vytáhne někam ven, abych si vyčistila hlavu.“* Komunikační partner č. 6 to říká velmi podobně a označuje jako iniciátora společenského vyžití manžela. Když říká: *„Když to jde, vytáhne mě ven, abych se dostala taky mezi ostatní lidi. Stačí třeba procházka, divadlo.“* Pro komunikačního partnera č. 5 je také pomocí možnost vyjít si do společnosti mezi kamarády. Komunikační partner č. 5 říká: *„A občas vyrazím s kamarádama tady do hospody na jedno. Jen tak si pokecat.“* I když komunikační partner č. 8 nepopsal žádné oblasti péče představující zvýšenou zátěž a uvedl, že ho péče samotná nijak nestresuje, přesto uvedl, že jemu pomáhá hudba a zpívání. Říká: *„Zpívám v místní kapele.“*

Oblast „keramika“

Pro komunikačního partnera č. 4 představuje určitou formu pomoci při zvládnání náročnosti péče o osobu závislou možnost věnovat se svému koníčku a příležitostnému přivýdělku, keramice. Říká: *„Přivydělávám si keramikou, která mě odjakživa baví, to mi taky čistí hlavu.“*

Tabulka č. 10 znázorňuje četnosti aplikace jednotlivých oblastí psychohygieny.

Tabulka č. 10 Četnosti aplikace psychohygieny

PSYCHOHYGIENA	
oblast	četnosti
rodina, přátelé	8
lékař	1
internet	1
součinnost závislého na pomoci	1
samota, klid, spánek	5
víra	1
vědomí správné věci	1
přivýdělek	2
pohyb	5
zdravá strava	1
smích	1
zahrádka	2
cestování, fotografování	1
kultura	4
keramika	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastěji komunikačním partnerům pomáhá zvládat náročnost péče rodina a přátelé. Jejich pomoc a psychická podpora a možnost komunikace a vypovídání se jim z problémů a určité izolovanosti, kterou sebou pečování o osobu závislou na péči jiné fyzické osoby v domácím prostředí velmi často přináší. A to všem osmi komunikačním partnerům. Pět komunikačních partnerů zmiňovalo jako určitou formu pomoci s náročností péče možnost pohybových aktivit a stejně tak pěti komunikačním partnerům pomáhá klid, samota a spánek. Čtyři komunikační partneři uvedli, že zvládat náročnost péče jim pomáhá možnost alespoň občasného kulturního vyžití a vyjít si do společnosti.

4. 5 Možné symptomy syndromu vyhoření

V pátém tematickém celku jsem zjišťovala, jaké pocity v osobách pečujících o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí evokuje pečování. Výsledky znázorňuje tabulka č. 11. Zda jim pečování přináší spíše pocity radosti nebo pocity smutku. Dále jsem se ptala, jestli tyto osoby pečující u své osoby vnímají riziko vzniku syndromu vyhoření.

Tabulka č. 11: Pocity v souvislosti s pečováním

POCITY V SOUVISLOSTI S PEČOVÁNÍM								
pocit	komunikační partner							
	1	2	3	4	5	6	7	8
smutek					X	X	X	
spíše smutek				X				
strach					X	X		
pochybnosti			X	X	X	X		
beznaděj	X			X	X	X		
lítost							X	
dělání správné věci	X		X	X	X		X	
spíše radost		X	X					X
radost				X			X	

Zdroj: Vlastní výzkum

Jak je patrné z tabulky č. 11, pocity, které sebou osobě pečující o osobu závislou na péči jiné fyzické osoby v domácím prostředí samotné pečování přináší, představují širokou škálu pestrosti. Od smutku a strachu až po pocit dělání správné věci a radost. U velké části komunikačních partnerů se pocity z pečování dosti mísily. Někteří komunikační partneři uvedli souběh negativních s pozitivními pocity.

Pocit „smutek“, „spíše smutek“

Pocit smutku v souvislosti s pečováním uvedli 3 komunikační partneři (č. 5, č. 6 a č. 7). Komunikační partner č. 5 přímo říká: „*Smutek.*“ A dodává: „*Je to hrozně depresivní.*“

Shodně to říká komunikační partner č. 7, říká: „*Vyvolává to pocit smutku.*“ U komunikačního partnera č. 4 pečování vyvolává spíše pocity smutku. Konkrétně říká: „*Nevím, je to těžký. Mísí se to. Ale spíš asi smutek.*“

Pocit „strach“

Strach, jako pocit, který v nich vyvolává pečování o osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí, uvedli 2 komunikační partneři. Komunikační partner č. 5 a č. 6. Komunikační partner pociťuje v souvislosti s pečováním strach, především v souvislosti s otázkou budoucnosti. Říká: „*A když pak začnu někdy víc přemýšlet, je to ještě horší.*“

Pocit „pochybnosti“

Ve čtyřech komunikačních partnerech vyvolává pečování pochybnosti. Konkrétně u komunikačních partnerů č. 3, č. 4, č. 5, č. 6. Komunikační partner č. 4 uvádí do spojitosti pocity pochybnosti v souvislosti se smířením se s osudem, že se mu narodilo dítě s postižením. Říká: „*Možná je to třeba tím, že třeba ještě nejsem úplně smířená s osudem, nebo co já vím.*“ Komunikační partner č. 5 pociťuje pochybnosti v souvislosti s výkonem péče a jeho psychickými a fyzickými kapacitami do budoucnosti, kdy říká: „*Co já vím, dokdy na to budu já sám stačit?*“ Také komunikační partner č. 6 pociťuje pochybnosti a nejistotu v souvislosti s výkonem péče a také jeho fyzickými a psychickými kapacitami do budoucnosti. Říká: „*Ale hlavně nejistotu, jak to půjde dál. Jestli já to všechno ještě zvládnou, jestli mi budou stačit síly.*“ Komunikační partner č. 3 pociťuje pochybnosti s pečováním v kontrastu s běžným zaměstnáním. Říká: „*Na druhou stranu si ale někdy říkám, že by bylo snazší chodit klasicky do práce, přijít dom a zavřít za sebou dveře.*“

Pocit „beznaděj“

Pocity beznaděje v souvislosti s výkonem péče o osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí pociťují 4 komunikační partneři. Komunikační partner č. 1,

č. 4, č. 5, č. 6. Komunikační partner č. 1 cítí pocity beznaděje v souvislosti s možností srovnání pokroku vnoučat a osoby závislé při stejné časové dotaci a péči. Říká: „*Když tu mám vnuky, vidím u nich pokrok. A jí se věnuju, čteme, jíme a pokrok nevidím. To je fakt hrozný.*“ Komunikační partner č. 5 pociťuje pocit beznaděje v souvislosti s jistotou zhoršování zdravotního stavu závislého na péči. Říká: „*Pramení to z toho, že lepší to nebude.*“

Pocit „lítost“

V komunikačním partneru č. 7 pečování vyvolává pocity lítosti. Lítosti osoby, o kterou pečuje, jak špatně snáší svůj zhoršující se zdravotní stav v kombinaci se vzpomínkami na tuto osobu v lepším zdravotním stavu. Říká: „*Vyvolává to pocit lítosti, když vidím dědu, jak špatně tu nesamostatnost snáší. Pamatuju si ho jako vitálního urostlého chlapa, samostatného a sršícího humorem.*“

Pocit „dělání správné věci“

Pět komunikačních partnerů má pečování o osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí spojeno s pocitem dělání správné/dobré věci. Jedná se konkrétně o komunikační partnery č. 1, č. 3, č. 4, č. 5, č. 7. Komunikační partner č. 1 říká: „*Pocit, že dělám dobrou věc, to jako jo.*“ Podobně tento pocit uvádí komunikační partner č. 5, který říká: „*Vím, že dělám správnou věc.*“ Komunikační partner č. 7 cítí vnitřní uspokojení v souvislosti s péčí o osobu závislou na péči. Říká: „*Cítím takový vnitřní uspokojení, když můžu pomáhat. Vím, že je mi i přes tu nevrlost v hloubi duše vděčný, i když to neumí moc dát najevo.*“ Komunikační partner č. 3 uvádí smysluplnost své práce: „*Jsou tu situace, kdy jsem ráda, že otec odpoví pěkně na otázku. To vidím, že má práce má smysl.*“

Pocit „spíše radost“, „radost“

Komunikačním partnerům č. 2, č. 3 a č. 8 péče o osobu blízkou přináší spíše pocity radosti. Komunikační partner č. 2 uvádí, že současnému pocitu předcházela proces

smiřování se s fakty. Říká: „*Ted' po těch letech, co jsem se s danou situací smiřila, tak je to pro mě už víc radost.*“ Komunikační partner č. 3 uvádí spíše pocit radosti spojený s faktem, že rodiče stále ještě má. Říká: „*Převažuje ale pocit radosti, protože jsem ráda, že jsou tu se mnou.*“ Komunikační partner č. 7 uvádí: „*Já se synem máme krásný vztah a jsem ráda, že ho mám. A že je, jaký je. Takže spíše pocity radosti.*“

Pocity radosti cítí v závislosti na výkonu péče o osobu závislou na péči jiné fyzické osoby v domácím prostředí dva komunikační partneři (č. 4 a č. 7). Komunikační partner č. 7 uvádí současně pocity smutku a lítosti i radosti. Říká: „*Je to takovej mišmaš pocitů. Vyvolává to pocit smutku a lítosti. Ale zase na druhou stranu mám radost.*“

Tabulka č. 12 znázorňuje, zda osob pečující o osobu závislou na péči jiné fyzické osoby v domácím prostředí u sebe vnímají riziko vzniku syndromu vyhoření.

Tabulka č. 12: Vnímání rizika vzniku syndromu vyhoření

VNÍMÁNÍ RIZIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ		
komunikační partner	vnímá	nevnímá
1		x
2	x	
3		x
4	x	
5	x	
6	x	
7		x
8		x

Zdroj: Vlastní výzkum

Polovina komunikačních partnerů uvedla, že u své osoby vnímá riziko vzniku syndromu vyhoření. Jednalo se o komunikační partnery č. 2, č. 4, č. 5 a č. 6. Komunikační partner č. 2 řekl: „*Myslím, že podle toho, co jsem si o syndromu vyhoření přečetla, odpovídám přesně projevům těchto stresových situací. Ale nevím, jak to změnit. Protože myšlení a povaha se asi změnit nedají. Je to už každému určený. A já jsem pesimista ve většině situací. Každý je občas v situaci, která se zdá být neřešitelná a pak vše dopadne dobře a*

samo se vyřeší.“ Komunikační partner č. 5 říká, že u sebe jednoznačně vnímá riziko vzniku syndromu vyhoření. Uvádí: „*Jednoznačně ano. Už je to nějaký ten pátek, co jsem v uvozovkách zavřený doma. Vím, že dělám správnou věc. Ale stejně se to na člověku podepíše. Špatně spím, hůř se soustředím. A jak jsem říkal, někdy mě přepadají ty depresivní myšlenky.*“ Podobně to uvádí, také komunikační partner č. 6, který říká: „*Ano. Jsem dost často vystresovaná, plná pochybností. Špatně spím, to s tím možná souvisí.*“

Naopak riziko vzniku syndromu vyhoření u sebe nevnímají také 4 komunikační partneři (č. 1, č. 3, č. 7, č. 8). Komunikační partner č. 1 říká: „*Zatím ne. Zatím můžu.*“ Komunikační partner č. 7 vyjadřuje jisté pochybnosti: „*Snažím se mu předcházet. Tak doufám, že ne.*“ Komunikační partner č. 3 uvádí: „*Je to stereotyp, který mi celkem vyhovuje. Takže bych řekla, že ne.*“ Nejvíce jistý si je ovšem komunikační partner č. 8, který zcela jasně říká: „*Ne. To vůbec.*“

Tabulka č. 13 znázorňuje, které symptomy syndromu vyhoření na sobě komunikační partneři vnímají. Vnímají symptomy na rozumové, emocionální, tělesné, i sociální rovině.

Tabulka č. 13: Vnímané symptomy syndromu vyhoření

VNÍMANÉ SYMPTOMY SYNDROMU VYHOŘENÍ									
roviny	symptomy	komunikační partneři							
		1	2	3	4	5	6	7	8
rozumová	obtížné soustředování				x	x			
	pochybnosti o „profesionálních“ schopnostech				x		x		
emocionální	nedokázat se radovat z práce		x			x			
	ustrašenost		x						
	sklíčenost / úzkost				x	x			
	vnitřní neklid / nervozita		x		x				
tělesná	poruchy spánku		x			x	x		
	bolesti hlavy		x						
	fyzická „vyždímanost“				x		x		
	napjatost						x		
sociální	narušení soukromých vztahů		x				x		
	omezení práce na mechanické provádění						x		

Zdroj: Vlastní výzkum

Symptomy v rovině rozumové

Symptomy syndromu vyhoření v rovině rozumové na sobě pozorují komunikační partneři č. 4, č. 5 a č. 6. Uvádějí, že se obtížně soustřeďují a někdy pochybují o svých profesionálních schopnostech. Komunikační partner č. 5 uvádí: „*Hůř se soustředím*“ Komunikační partner č. 4 říká: „*To se pak musím pořád vracet na místo, kde mě něco napadlo, než si na to vzpomenu.*“ Dále říká: „*Někdy se bojím, jestli všechno dělám dobře.*“

Symptomy v rovině emocionální

Komunikační partneři č. 2, č. 4, č. 5, č. 6 uvádějí pozorované symptomy v rovině emocionální. Nedokáží se radovat ze své práce, komunikační partner č. 2 se cítí ustrašený. Určitou sklíčenost/úzkost pociťují komunikační partneři č. 4 a č. 5. Komunikační partner č. 4 říká: *„Když to tak vezmu, tak úzkost na mě někdy přijde.“* Vnitřní neklid a nervozitu uvádějí komunikační partneři č. 2 a č. 4. Komunikační partner č. 4 říká: *„No, někdy si připadám taková nervózní.“*

Symptomy v rovině tělesné

Symptomy syndromu vyhoření na rovině tělesné pociťují komunikační partneři č. 2, č. 4, č. 5, č. 6. Komunikační partneři č. 2, č. 5 a č. 6 uvádějí, že mají problémy se spánkem. Komunikační partner č. 2 říká: *„Někdy mívám problémy s usínáním. Ale není to pravidlem.“* Komunikační partner č. 5 říká: *„Špatně spím.“* Bolest hlavy uvádí komunikační partner č. 2. Uvádí: *„Dost často mě pobolívá hlava.“* Fyzickou „vyždímanou“ uvádí komunikační partneři č. 4 a č. 6. Komunikační partner č. 4 říká: *„No a taky bejvám někdy fakt hodně unavená, úplně vyždímaná. To myslím teď jako fyzicky.“* Komunikační partner č. 6 uvádí napjatost jako symptom syndromu vyhoření.

Symptomy v rovině sociální

Na rovině sociální uvádějí symptomy syndromu vyhoření komunikační partneři č. 2 a č. 6. To, že výkon péče narušuje jeho soukromé vztahy, udává komunikační partner č. 2 a č. 6. Komunikační partner č. 2 říká: *„Mám pocit, že se to podepisuje pak na druhé dceři.“* Komunikační partner č. 6 uvádí, že když bývá napjatý, tak to pak odnesou lidé v okolí. Říká: *„To pak křičím na všechny kolem.“* U komunikačního partnera č. 6 dochází k omezení práce jen na mechanické provádění. Říká: *„Někdy mi popravdě připadá, že se tchýni nevěnuju na sto procent. Postarám se o jídlo, hygienu, hlídám ji, to jo. Ale někdy se mi prostě nechce mluvit. A to se jí tak trochu vyhýbám.“*

4. 6 Inventář projevů syndromu vyhoření a pozorování

4. 6. 1. Inventář projevů syndromu vyhoření

Zpracované výsledky Inventáře projevů syndromu vyhoření (upraveného pro účely výzkumu) komunikačních partnerů znázorňuje tabulka č. 14 a následně byly porovnány s rozhovory, kde komunikační partneři předtím uvedli, zda u sebe vnímají riziko vzniku syndromu vyhoření (tabulka č. 15).

Tabulka č. 14 Inventář projevů syndromu vyhoření

INVENTÁŘ PROJEVŮ SYNDROMU VYHOŘENÍ					
komunikační partner	rovina				
	rozumová	emocionální	tělesná	sociální	celkem
1	2	3	8	1	14
2	7	13	13	9	42
3	9	13	14	8	44
4	8	14	10	10	42
5	9	15	15	9	48
6	15	17	15	16	63
7	5	9	9	6	29
8	1	3	3	1	8
maximální hodnota bodů	24	24	24	24	96

Zdroj: Vlastní výzkum

Z maximálně možných 96 bodů vykazoval nejvyšší míru náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření komunikační partner č. 6, který součtem všech bodů z jednotlivých rovin vykazoval svůj individuální stresový profil se 63 body. Nejmenší míru náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření (nejméně bodů - 8) vykázal komunikační partner č. 8.

Tabulka č. 15: Riziko vzniku syndromu vyhoření

RIZIKO VZNIKU SYNDROMU VYHOŘENÍ				
komunikační partner	rozhovor		Inventář projevů syndromu vyhoření	
	vnímá	nevnímá	vykázal	max. hodnota
1		x	14	96
2	x		42	96
3		x	44	96
4	x		42	96
5	x		48	96
6	x		63	96
7		x	29	96
8		x	8	96

Zdroj: Vlastní výzkum

Komunikační partner č. 6, který vykázal nejvyšší míru náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření (63 bodů z 96) také v rozhovoru uvedl, že u své osoby riziko vzniku syndromu vyhoření vnímá. Komunikační partner č. 8 a komunikační partner č. 1 v rozhovoru uvedli, že u své osoby riziko vzniku syndromu vyhoření nevnímají a Inventář projevů syndromu vyhoření u obou vykázal nízkou hodnotu bodů, konkrétně 8 bodů u komunikačního partnera č. 8 a 14 bodů u komunikačního partnera č. 1.

4. 6. 2 Pozorování

Dále jsem zpracovala výsledky pozorování a rozdělené dle jednotlivých oblastí pozorování zanesla do Tabulky č. 16. V rámci pozorování byly sledovány následující oblasti: aktivita, osobní vzezření a výraz, řeč, soustředěnost a pohotovost, sebedprosazování, emoce, zevnějšek a péče o sebe.

Tabulka č. 16: Pozorování

POZOROVÁNÍ									
oblast pozorování		souhlasí							
		komunikační partner							
		1	2	3	4	5	6	7	8
aktivita	podrážděný, neklidný					x			
	rychlý, živý, čilý	x					x	x	x
	tichý, klidný, rozvážný		x	x	x				
	pohrávání si s věcmi	x			x	x			
osobní vzezření a výraz	veselý, optimistický	x						x	x
	smysl pro humor	x						x	x
	uzavřený (introvertní)		x	x					
	otevřený (extrovertní)	x					x	x	x
	depresivní, melancholický				x	x			
řeč	projev jasný, plynulý, zřetelný	x	x	x			x	x	x
	vyjadřuje se přímo, snadno	x		x		x	x	x	x
	neschopnost vyjádřit se								
	dostí hovorný	x						x	x
	nemluvný		x		x				
soustředěnost a pohotovost	pozorný, bdělý, soustředěný	x	x	x			x	x	x
	duchem nepřítomný				x				
	snadno se rozptýlí, nepozorný					x			
sebeprosazování	sebevědomý a jistý	x		x				x	x
	sebekritický		x		x				
	rozpačitý a ostýchavý		x		x	x			
	opatrný a zdrženlivý		x						
	nevrlý a nepřátelský								
	přátelský	x	x				x	x	x
emoce	smích	x	x		x		x	x	x
	pláč				x				
zevnějšek, péče o sebe	upravený, čistý	x	x	x	x		x	x	x
	nedbalý, neupravený					x			

Zdroj: Vlastní výzkum

4. 6. 3 Komparace výsledků jednotlivých technik

V této kapitole jsou v rámci zvýšení validity prováděného výzkumu zpracována a porovnána data získaná z rozhovorů, data z Inventáře projevů syndromu vyhoření (upraveného pro účel výzkumu) a z pozorování.

Tabulka č. 17 znázorňuje výsledky z rozhovoru ohledně vnímání rizika vzniku syndromu vyhoření, z Inventáře projevů syndromu vyhoření (upraveného pro účel výzkumu) a pozorování.

Komunikační partner č. 6, který u sebe vnímá riziko vzniku syndromu vyhoření, a při aplikaci Inventáře projevů syndromu vyhoření (upraveného pro účel výzkum) vykázal nejvyšší hodnotu ze všech komunikačních partnerů, vykazuje ovšem v rámci pozorování kladné hodnoty: v oblasti aktivity – rychlý, živý, čilý; osobní vzezření a výraz – otevřený; řeč – projev jasný, plynulý, zřetelný, vyjadřuje se přímo, snadno; soustředěnost a pohotovost – pozorný, bdělý, soustředěný; sebeprosazování – přátelský, emoce – smích; zevnějše, péče o sebe – upravený, čistý.

Tabulka č. 17: Komparace výsledků jednotlivých technik

KOMPARACE VÝSLEDKŮ JEDNOTLIVÝCH TECHNIK									
POZOROVÁNÍ									
oblast pozorování		souhlasí							
		komunikační partner							
		1	2	3	4	5	6	7	8
aktivita	podrážděný, neklidný					x			
	rychlý, živý, čilý	x					x	x	x
	tichý, klidný, rozvážný		x	x	x				
	pohrávání si s věcmi	x			x	x			
osobní vzezření a výraz	veselý, optimistický	x						x	x
	smysl pro humor	x						x	x
	uzavřený (introvertní)		x	x					
	otevřený (extrovertní)	x					x	x	x
	depresivní, melancholický				x	x			
řeč	projev jasný, plynulý, zřetelný	x	x	x			x	x	x
	vyjadřuje se přímo, snadno	x		x		x	x	x	x
	neschopnost vyjádřit se								
	dostí hovorný	x						x	x
	nemluvný		x		x				
soustředěnost a pohotovost	pozorný, bdělý, soustředěný	x	x	x			x	x	x
	duchem nepřítomný				x				
	snadno se rozptýlí, nepozorný					x			
sebeprosazování	sebevědomý a jistý	x		x				x	x
	sebekritický		x		x				
	rozpačitý a ostýchavý		x		x	x			
	opatrný a zdrženlivý		x						
	nevrlý a nepřátelský								
	přátelský	x	x				x	x	x
emoce	smích	x	x		x		x	x	x
	pláč				x				
zevnějšek, péče o sebe	upravený, čistý	x	x	x	x		x	x	x
	nedbalý, neupravený					x			
ROZHOVOR									
riziko vzniku syndromu vyhoření	vnímá		x		x	x	x		
	nevnímá	x		x				x	x
INVENTÁŘ PROJEVŮ SYNDROMU VYHOŘENÍ									
vykázal bodů (max. 96)		14	42	44	42	48	63	29	8

Zdroj: Vlastní výzkum

5 DISKUSE

Tato práce si klade za cíl definovat rozhodující faktory psychosociální zátěže pečujících osob o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí, přičemž dílčími cíly je zjistit, v jakých oblastech cítí pečující osoby při péči o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí zvýšenou zátěž a zda znají a uplatňují pečující osoby při péči o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí zásady duševní hygieny. Stanovených cílů jsem se snažila dosáhnout prostřednictvím výzkumných otázek: „*Který druh stresu považují pečující osoby za nejzávažnější při své práci?*“ a „*Které možné symptomy vyhoření na sobě pozorují pečující osoby?*“.

Oblasti zvýšené zátěže

Péče o osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí sebou nese jistou náročnost pro osobu pečující. Z provedeného výzkumu vyplynulo, že oblasti zvýšené zátěže jsou poměrně širokého spektra. Velká většina komunikačních partnerů uvedla několik oblastí, které jsou pro ně při výkonu péče náročné a pociťují v nich zvýšenou zátěž. Obecně se dá říci, že pociťují zvýšenou zátěž jak v oblasti fyzické a psychické, tak také v oblasti sociální. Nejčastěji uváděnou byla oblast fyzické namáhavosti/náročnosti. Komunikační partner č. 1 ji popsal: „*Jsem prostě úplně hotová za ten den. Večer padnu unavená do postele a pak stejně nemůžu bez prášku na spaní usnout. To je prostě strašně náročný.*“ Fyzickou a psychickou náročnost popisují také Dobiášová et al. (2013) a Průša (2013), kteří shodně uvádějí, že poskytování služeb celých 24 hodin denně 7 dní v týdnu je pro jednoho člověka zcela likvidační psychická a fyzická zátěž. Často zmiňovanou je také oblast odpovědnosti a vědomí pocitu, že „musím“. Tíha odpovědnosti za péči leží pouze na samotných pečujících. Velmi těžké je pak vůbec vyrovnat se s nepřízní osudu, ztrátou iluzí a nejasnou budoucností. Náročnost, vyrovnání se s nepřízní osudu, popisuje komunikační partner č. 4: „*Člověk se musí vyrovnat s tím, že se mu narodilo postižený dítě. K tomu samý pesimistický zprávy od doktorů. No chvíli to trvá, než se to člověku srovná v hlavě. A můžu říct, že ještě teď s tím někdy bojuju. Někdy přijde horší období a je to člověku prostě líto.*“ Hojně zmiňovanou je také oblast jisté uvázanosti k osobě potřebující péči a časové náročnosti péče. Samotnou náročnost pečující spatřují v nutnosti celodenní péče.

Komunikační partner č. 3 to uvádí následovně: „*Je to zaměstnání na 24 hodin každý den.*“ Jeřábek (2005) uvádí, že pečující osoba, která poskytuje zejména nejnáročnější osobní péči nesoběstačnému jedinci v rodině, je velmi často v situaci, která vyžaduje celodenní přítomnost pečujícího, a to 365 dní v roce a tato péče je spojena s obětavostí, vytrvalostí a velkou odpovědností pečující osoby, ale také s chvílemi beznaděje, bezmoci a osamělosti. Polovina komunikačních partnerů také uvádí, že velmi náročnou oblastí pro ně je oblast samotné komunikace s osobou závislou na péči, vzájemné pochopení se a respektování se. Komunikační partner č. 2 k tomu říká: „*Myslím, že nejnáročnější u těchto dětí je snažit se pochopit, co v dané situaci chtějí, když to nemůžou říct.*“ Shodně to uvádí Slováková (2007), která říká, že nejnáročnějším úkolem osob pečujících o nesoběstačné jedince je pochopit jejich potřeby, porozumět jim a poskytnout jim profesionální a zároveň humánní péči, která vychází z jejich potřeb. Často u osob pečujících o osobu závislou na péči v domácím prostředí dochází k pocitu samoty a určité izolovanosti od okolí. Časová náročnost této péče jim neumožňuje dostatečný kontakt s okolím. Většina komunikačních partnerů byla ráda, že si mohou s někým popovídat, a navíc o problémech, které je tíží. Komunikační partner č. 4 k tomuto říká: „*Když to tak vezmu, nikam se nedostanu.*“ Také Ptáček a Bartůněk (2011) a Valenta et al. (2012) toto potvrzují, když uvádějí, že u pečujících osob často dochází ke zhoršení společenských vztahů, v důsledku péče jsou sociálně izolováni, přerušili sociální kontakty se svým okolím a nemají si tak s kým pohovořit o svých problémech. Náročnost péče se často odráží také na běžném chodu zbytku rodiny. Komunikační partner č. 2 k tomuto uvádí: „*Má to hlavně vliv i na manželství, další děti a veškerý osobní život.*“ Není jistě lehké skloubit povinnosti ohledně péče o osobu závislou s péčí o zbytek rodiny a starost o chod domácnosti. Bártlová (2005) uvádí, že při rodinné péči často dochází k přeměně rolí a přerozdělování úloh. Také podle Vágnerové (2014) dochází s potřebností péče o jednoho člena rodiny nejen ke změně obsahu rolí ostatních členů rodiny, ale také k celkové změně životního stylu rodiny a mění se i jejich hodnoty a normy. Oblastí, kde pečující pociťují zvýšenou zátěž při péči je mnoho. Jsou dle mého názoru ale také vysoce individuální. Příčinou tohoto faktu může být souvislost se závislostí na dělce vykonávané péče a konkrétními jedinci, o něž pečují. Také se domnívám, že nemalý vliv na odolnost vůči jakékoli zátěži má i věk, zdravotní stav a jistá míra spokojenosti pečující osoby v osobním životě. Čehož by mohl být důkazem komunikační partner č. 8, který neoznačil žádnou oblast, ve které by při výkonu péče pociťoval zvýšenou zátěž. Říká: „*Nějaké oblasti, které by měly být*

nějak náročné, jsem nezaznamenala. Jestli člověk žije s člověkem, který potřebuje určitou péči už od narození, tak si na to zvykne, a nepociťuje nějakou náročnost při péči o tuto osobu. Samozřejmě si uvědomujete, že Vaše dítě je mentálně postižené, ale jde s tím dobře žít.“ Mlýnková (2010) říká, že předpoklady k pečovatelské práci má ten jedinec, který je sociálně zralou osobností, je schopen svědomitě a odpovědně vykonávat tuto činnost a identifikoval se s rolí pečovatele.

Stres v souvislosti s pečováním

Z výzkumu vyplývá, že pro většinu komunikačních partnerů je výkon péče o osobu závislou na péči jiné fyzické osoby v domácím prostředí stresující záležitostí. Komunikační partner č. 4 k tomu uvádí: *„Tak to každopádně. A ne málo.“*. Naopak pro jediného komunikačního partnera č. 8 péče stresující není. Říká: *„Já z mého pohledu, a když posoudím péči o mého syna, nemůžu říct, že by byla stresující. Péče o něj mě nějakým způsobem naplňuje a dělám tu práci ráda. Málokdy je pro mě nějaká situace stresující.“* Podle Ptáčka a Kuželové (2010) je stres přirozenou součástí života, ale je třeba se s ním naučit dobře zacházet a předcházet tak jeho možným závažným důsledkům. Může způsobit značné problémy, ale také pomáhá učit se a vyvíjet se (Stoppler, 2015). Každý člověk je jedinečný. Někdo je odolný, zvládá velkou zátěž. Jiného stresují běžné maličkosti. Záleží pak na každém jedinci, jak se se stresem vyrovná a jak se s ním naučí pracovat. Není ale radno ho podceňovat. Stres se může objevovat a působit v různých souvislostech a příčiny vzniku stresu a jeho druhy pak bývají různé. Působení akutní stresu (situačního) zmínilo 5 komunikačních partnerů. Vzniká ve spojitosti s určitými situacemi, které ho vyvolávají. Například u komunikačního partnera č. 4 vyvolává akutní stres nedostatečné finanční ohodnocení výkonu péče. Říká: *„A jak nechodím do té práce, tak ani těch peněz není moc. A to pak člověka stresuje i každá složenko.“* Mikuláščík (2015) uvádí, že se jedná o zátěž v daném okamžiku a prožitek je velmi silný. Záchvaty stresu se střídají s obdobími žádného nebo jen mírného stresu (Jones a Moorhouse, 2010). Někteří komunikační partneři se domnívají, že výkon péče je u nich záležitostí dlouhodobého (chronického) stresu. Komunikační partner č. 5 uvedl: *„U mě je ten stres jednoznačně dlouhodobý. Můžu říct, že v podstatě od samého začátku. A nebojím se říct, že se i stupňuje.“* Chronický stres nastává tehdy, když jeden záchvat stresu stíhá druhý, a pokud tento

stres prožívá člověk delší dobu, nijak mu to nesvědčí, člověk pak nedokáže pustit z hlavy věci, které ho frustrují (Jones, Moorhouse, 2010). Podle Mikuláščíka (2015) je charakteristický tím, že jedinec dlouhodobě není schopen mít kontrolu nad podněty, které na něj negativně působí. Souvislost vzniku stresu s nedostatkem času pociťují čtyři komunikační partneři. Komunikační partner č. 4 popisuje nedostatečnou časovou dotaci takto: „*Starost o rodiče a pak ještě domácnost, manžel a děti s vnoučaty. Někdy nevím, kam dřív skočit. Čas je to, co mi neustále chybí.*“ Také Janíček a Marek (2013) uvádějí, že časový stres dezorganizuje a zpovrchňuje nejen myšlení člověka při vykonávání činností, ale i celkové vnímání okolí jedincem, kdy jedinec si plánuje, že v daném čase vykoná mnohem více práce, než je ve skutečnosti schopen, což u něho může vést ke stresovým situacím. Péče o osobu blízkou samotná, ale i v kombinaci s péčí o domácnost a ostatní členy rodiny je jistě časově velmi náročnou záležitostí. Jistou možností je věci a úkoly si lépe plánovat. Nabízí se myšlenka „střízlivějšího“ plánování věcí. Pokud si člověk naplánuje méně, není poté tolik zklamán, a může být mile překvapen, když udělá více, než původně plánoval. Stres související s odpovědností pociťuje většina komunikačních partnerů. Komunikační partner č. 4 říká: „*Pořád mám strach, jestli všechno dělám dobře, jestli mu je dobře. Nechci nic zanedbat. Chci pro něj to nejlepší. Ale jak jsem sama, všechna ta odpovědnost je na mě.*“ Ptáček a Bartůněk (2011) uvádějí, že stres související s odpovědností ohrožuje ty, na něž jsou dlouhodobě kladeny vysoké nároky, po nichž je práce vyžadována s plným nasazením a jejichž práce je neadekvátně ohodnocena. Anticipační stres, nebo-li stres vyvolaný obavami z budoucnosti, se objevil také u většiny komunikačních partnerů. Vznik stresu pak spojují s obavami z nejisté budoucnosti, zhoršující se situace zdravotního stavu osoby závislé na péči jiné fyzické osoby v domácím prostředí, s beznadějí, s pochybnostmi v oblasti víry v sebe sama, s obavou špatné finanční situace do budoucnosti. Například komunikační partner č. 3 uvádí: „*Nikdy totiž nevím, co se může stát. To znamená, že si nemůžu nic naplánovat a připravit se na to.*“ Novák (2015) také uvádí, že nejistota je mnohdy horší než smutná jistota. Podle McGee (2013) daná událost ještě nenastala, ale mysl je soustředěna do budoucna, a i když problém ještě nenastal, v hlavě už probíhá. Různá zvažování pak mohou vyvolat větší stres než uskutečněný krok (Novák, 2015). Domnívám se, že osoby pečující o osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí jsou tímto druhem stresu mnohem více ohroženi, jelikož prognózy jakéhokoli rázu pro osobu závislou do budoucna nebývají příliš příznivé. A tak je logické, že se pečující obávají, kdy se situace zhorší, kdy se co

stane. Často se musí vyrovnávat i s myšlenkami blížícího se smutného konce. Někteří komunikační partneři bojují také s reziduálním stresem, stresem vzniklým nevyrovnáním se s minulostí. Komunikační partner č. 5 to říká o zdravotním stavu manželky po nehodě následovně: „*Je to zátěž, která se táhne od začátku. Nikdy jsem se s tím úplně nevyrovnal. Když si myslím, že je to už lepší, takový ty deprese se zase vrátí.*“ Mareš (2012) uvádí, že jedinci se změnil svět, musí se propracovat k osobnímu smyslu prožité zkušenosti i k závažnosti jejího dopadu na život, rozpoznat přínos prožité události a najít nový smysl života. Vyrovnání se s minulostí není jistě jednoduchou záležitostí. Je ale důležité vidět i to hezké, co nám život přináší a snažit si uvědomit i pozitiva výkonu péče o osobu závislou. Pokud se to jedinci samotnému nedaří, nabízí se možnost pomoci erudovaných odborníků.

Psychohygienu

Péče o osobu závislou na péči jiné fyzické osoby v domácím prostředí je pro samotné pečující v mnoha oblastech náročná a velká většina jich ji považuje za stresující. Je tedy důležité, najít si jistou kompenzaci náročnosti a věnovat se prevenci. Oblastí psychohygieny, jisté prevence a kompenzace zvládnání náročnosti této péče bylo od komunikačních partnerů zjištěno více. Kopřiva (2013) uvádí, že pomáhající potřebují myslet na to, aby jejich profesionální zájmy nepohltily veškerý jejich volný čas, aby zůstal prostor na koníčky, kulturu a společenský život a neméně důležité je také zázemí v osobním životě. Všichni komunikační partneři uvedli, že nejvíce jim pomáhá zvládat náročnost péče právě rodina a přátelé. Poskytují jim jednak pomoc se samotným výkonem péče. Komunikační partner č. 8 říká: „*Nejvíce mi pomáhá rodina. Zaskočí, když nemůžu.*“ Baštecká (2005) a Křivohlavý (2010) shodně uvádějí důležitost sociální opory v životě ve formě praktické, kterou nazývají podporou a vyjadřují ji prostřednictvím konkrétní pomoci včetně pomoci materiální, finanční a informační. Neméně důležitou je také funkce rodiny a přátel jako forma psychické (sociální) opory. Například komunikační partner č. 4 uvádí, že největší oporou jsou pro něj rodiče, když říká: „*Jsou pro mě neskutečnou oporou.*“ Podle Horákové Hoskovcové a Suchochlebové Ryntové (2009) má sociální opora v životě člověka význam jako nárazník, kdy funguje jako tlumič nárazu ve chvíli, kdy se objeví nemoc, životní krize, nehoda, kdy byl člověk chodem událostí hluboce zklamán, kde stojí před závažným

rozhodnutím. Díky sociální opoře rodiny a přátel se náročnost péče o osobu závislou na péči v domácím prostředí jistě snižuje. Hojně uváděnou oblastí, která pomáhá pečujícím zvládat náročnost této péče je také to, když mohou být na chvíli sami a užívat si naprostý klid. K tomu komunikační partner č. 7 říká: „*Ale úplně nejvíc si odpočnu, když si můžu někam zalízt a užívat si úplnej klid a ticho.*“ Moravcová (2013) uvádí, že relaxace je přirozená činnost, která nám pomáhá uvolnit nahromaděné množství napětí v našem organismu, zachovat si pocit pohody a stres se stává rizikovým faktorem ve chvíli, kdy zátěž, napětí a přetížení nejsou vystřídány potřebným uklidněním a uvolněním. Tato forma duševní hygieny se pro pečující osobu jeví důležitá také z toho hlediska, že osoba pečující je s osobou závislou na péči v neustálém kontaktu, nezděná 24 hodin 7 dní v týdnu. Důležitou pomoc při zvládnutí náročnosti péče o osobu závislou na péči jiné fyzické osoby v domácím prostředí představuje také odpočinek ve formě spánku. Komunikační partner č. 4 říká, že největší pomoc pro něho je: „*Když se můžu pořádně vyspat.*“ Paulík (2010) říká, že výdej energie spojený s pracovní zátěží vede po čase k únavě a energie musí být odpovídajícím způsobem obnovena. Moravcová (2013) uvádí, že abychom byli fyzicky i duševně zdraví, musíme dostatečně spát. Bohužel nutnost spánku je dle Akhtara (2015) často vnímána jako osobní slabost, nikoli jako způsob, jak podávat stabilně dobrý výkon. Výkon péče o osobu závislou na péči je časově, psychicky i fyzicky velice náročná záležitost. Z tohoto důvodu je odpočinek a spánek o to potřebnější. Pro většinu pečujících je jistou formou pomoci při zvládnutí náročnosti péče pohyb a sportovní vyžití. Nejčastěji byly uváděny procházky do přírody, dále také kolo a běh. Komunikační partner č. 5 říká o odpočinku při jízdě na kole: „*To se někdy seberu, když dcera přijede a postará se, a dám si pořádně do těla. Třeba těch 70 kilometrů.*“ Komunikačnímu partnerovi č. 7 pomáhá běh: „*Od loňska běhám, což výborně čistí hlavu.*“ Zřetelný vliv pohybu na tělesný a psychický stav uvádí Moravcová (2013), když říká, že tělesný pohyb snižuje nejen stres, ale i depresivní pocity, agresivitu, prohlubuje spánek, kdy při pohybu se do těla uvolňují endorfíny, kterým vděčíme za dobrou náladu. Podle Stackeové (2011) pohybové aktivity výrazně snižují úzkost, odvádějí pozornost a mohou zvyšovat sebedůvěru. I když je péče o osobu závislou na péči fyzicky náročná, jiná forma pohybu je jistě prospěšnou aktivitou. Především pokud se jedná o pohybovou aktivitu vykonávanou na čerstvém vzduchu. Důležité ale je, aby si každý jedinec našel takovou pohybovou aktivitu, která bude vhodná právě pro něj. Měla by mu přinášet radost, nikoli pocit, že musí. Další hojně uváděnou formou pomoci při zvládnutí náročnosti péče je kulturní

vyžití pečujících a možnost zajít si do společnosti. Komunikační partner č. 6 říká o svém manželovi: „*Když to jde, vytáhne mě ven, abych se dostala taky mezi ostatní lidi. Stačí třeba procházka, divadlo.*“ Baštecká (2005) uvádí, že s okolním světem, kam podle ní patří také kultura, je člověk ve vztahu vzájemné souvislosti, kdy prostředí poskytuje zdroje a upevňuje jedincovy síly a ctnosti a naopak, a v jeho rámci člověk naplňuje svoje potřeby a osobní cíle. Podle Vymětala (2004) je celkově důležité, že klidné zázemí a vůbec život, kdy pomáhající sebe rozvíjí ve vztazích k nejbližším lidem a společně s nimi, je důležitým zdrojem jeho vnitřní síly, stability a obnovy psychických sil a vzhledem k náročnosti povolání je třeba, aby ve zvýšené míře dbal pravidel psychohygieny, k čemuž patří i umění odpočívát a pěstování hmotných zájmů. Jak již bylo řečeno, péče o osobu závislou na péči v domácím prostředí je z mnoha hledisek náročnou záležitostí. Domnívám se, že je právě u pečujících osob nanejvýš důležité znát a uplatňovat zásady duševní hygieny. Ovšem nejdůležitější ze všeho je soustředit se, a věnovat se, individuálně vhodně zvolené vhodné formě odpočinku.

Symptomy syndromu vyhoření

Z provedeného výzkumu vyplynulo, že polovina komunikačních partnerů u sebe vnímá riziko a pozorují symptomy syndromu vyhoření. Problematika syndromu vyhoření a jeho vymezení jsou značně problematické. Vyplyvá to i z odpovědí komunikačního partnera č. 5, který uvádí, že u sebe symptomy pozoruje: „*Jednoznačně ano. Už je to nějaký ten pátek, co jsem v uvozovkách zavřený doma. Vím, že dělám správnou věc. Ale stejně se to na člověku podepíše. Špatně spím, hůř se soustředím. A jak jsem říkal, někdy mě přepadají ty depresivní myšlenky.*“ Také Schmidbauer 2015 uvádí, že se těžko vymezují hranice mezi syndromem vyhoření, depresí a pracovním vyčerpáním. Podle Raudenské a Javůrkové (2011) je syndrom definován ztrátou ve třech paralelních oblastech: kvalita života, zdraví a zdatnost. Naopak riziko vzniku syndromu vyhoření u sebe nepozoruje druhá polovina osob pečujících. Nejvíce jistý si byl komunikační partner č. 8, který uvedl: „*Ne. To vůbec.*“ Podle Hawkinsna a Shoheta (2004) je důležité zabývat se prevencí. Důležitá je podle něho motivace k práci v pomáhajících profesích, sledovat sám sebe, vytvářet si zdravý systém podpory, postarat se o vlastní smysluplný, příjemný a aktivní život mimo roli pomáhajícího. Rozhodně symptomy vyhoření, pokud se začnou objevovat, není radno podceňovat. Nebrat je na lehkou váhu

a nebát se požádat i o odbornou pomoc. Najdou se určitě i tací pečující, kteří si ani neuvědomují, že se u nich symptomy syndromu vyhoření projevují. Domnívám se, že stejně důležitá je také intervence okolí a ostatních členů rodiny, jejich zpětná vazba pečujícímu, aby mohlo docházet k včasnému podchycení problému a včasné intervenci. Ale na prvním místě by měla být právě prevence, aby se tyto symptomy pokud možno vůbec neobjevily. Komunikační partneři uváděli směsice pocitů spojených s výkonem péče o osobu závislou na péči v domácím prostředí. I přes převažující negativní pocity si často uvědomovali, že dělají správnou věc, že jejich práce je smysluplná. Komunikační partner č. 7 uvedl pocity, které v něm péče vyvolává: „*Cítím takový vnitřní uspokojení, když můžu pomáhat. Víím, že je mi i přes tu nevrlost v hloubi duše vděčný, i když to neumí moc dát najevo.*“ Převažovaly ale negativní pocity vyvolávané péčí, jako je smutek, strach, pochybnosti, beznaděj a lítost. Komunikační partner č. 4 hovořil o pocitech takto: „*Nevím, je to těžký. Mísí se to. Na jednu stranu jsem ráda, že se o malýho můžu starat, že mě má. Ale spíš asi smutek a beznaděj. Možná je to třeba tím, že třeba ještě nejsem úplně smířená s osudem, nebo co já víím. Ale myslím si, že jsem z toho spíš smutná než šťastná.*“ Moravcová (2013) k tomuto uvádí, že u osob s příznaky syndromu vyhoření převažuje depresivní ladění, osoba má pocity smutku a beznaděje a prožívá marnost svého úsilí. Vždy podle ní záleží na konkrétní osobnosti, odolnosti a schopnosti vyrovnávat se s nepříjemnými situacemi, je důležité poznat sebe sama, najít naše slabá místa a tak i obranu před nadměrnou zátěží. V komunikačním partnerovi č. 8 vyvolává péče pocity radosti: „*Já se synem máme krásný vztah a jsem ráda, že ho mám. A že je, jaký je. Takže spíše pocity radosti.*“ Domnívám se, že je naprosto přirozené, že se pocity smutku a radosti mísí. Jako důležité se mi jeví, které z pocitů převažují a v jakém časovém horizontu. Osoby pečující, které vnímají riziko syndromu vyhoření, uvedly symptomy v rovině rozumové, emocionální, tělesné i sociální. Kallwas (2007) uvádí, že syndrom vyhoření představuje soubor nejrůznějších tělesných i duševních potíží, ty se pak projevují v oblasti pracovní, soukromého života a duševní. V každodenní praxi se podle něho tyto tři sféry vzájemně prolínají a stres vzniklý v souvislosti s výkonem práce působí na rodinný a partnerský život a naopak. Velmi podobně se vyjadřují o problematice dělby symptomů také Moravcová (2013) a Novotná a Hlaváčová (2006). V rovině rozumové byl uváděn symptom obtížného soustředování a také pochybnosti o profesionálních schopnostech pečujících. Komunikační partner č. 4 k tomu uvádí: „*To se pak musím pořád vracet na místo, kde mě něco napadlo, než si na to vzpomenu.*“ Dále uvádí: „*Někdy se bojím, jestli všechno*

dělám dobře.“ Moravcová (2013) uvádí, že dotyčný má také pocit, že jeho snažení a vynaložená námaha neodpovídá výsledku. V rovině emocionální bylo uváděno, že pečující se nedokáží radovat ze své práce, cítí se ustrašení, sklíčení a vnitřně neklidní. Komunikační partner č. 4 to charakterizoval následovně: „*No někdy si připadám taková nervózní.*“ Ze symptomů v rovině tělesné byly uváděny časté poruchy spánku, bolesti hlavy a celková fyzická únava. Komunikační partner č. 5 uvedl: „*Špatně spím.*“ „*Dost často mě pobolívá hlava*“ pak byly slova komunikačního partner č. 2. Tělesné vyčerpání má podle Moravcové (2013) za následek oslabení imunity a náchylnost k onemocněním a úrazům. Uvádí mimo jiné obtíže spojené s bolestí hlav a zad, bolesti u srdce, dýchací obtíže a špatný spánek. V rovině sociální bylo pečujícími uvedeno, že vlivem výkonu péče jsou narušovány jejich soukromé vztahy. Komunikační partner č. 2 uvedl dopad náročnosti péče na jeho druhou dceru: „*Mám pocit, že se to podepisuje pak na druhé dceři.*“ Dalším uvedeným symptomem byla u komunikačního partnera č. 6 tendence k omezení práce na její mechanické provádění: „*Někdy mi popravdě připadá, že se tchýni nevěnuju na sto procent. Postarám se o jídlo, hygienu, hlídám ji, to jo. Ale někdy se mi prostě nechce mluvit. A to se jí tak trochu vyhýbám.*“ Kebza (2005) i Stock (2010) to popisují následovně. Na úrovni sociálních vztahů je charakteristická nízká empatie typicky u osob, u kterých byla dříve vysoká. Dotyčný věnuje práci jen nejnutnější minimum energie, zaujímá ke klientům neangažovaný vztah (Matoušek, 2013). Podle Bartoškové (2006) ztrácí kapacitu pro lidi, nechce slyšet starosti, je podrážděný, nepřátelský a necitlivý. Není pochyb, že výkon péče o osobu závislou na péči jiné fyzické osoby v domácím prostředí, je náročnou a odpovědnou záležitostí. Každý pečující je individuem se svým postojem k výkonu péče. Každý je svým způsobem limitován celkovou mírou životního optimismu a mírou odolnosti vůči zátěži. Limitován je také prognózou do budoucna osoby závislé na péči a její osobností a postojem k péči samotné. Je těžké paušalizovat. Důležité se mi ovšem jeví, aby pečujícím a jejich potřebám byla věnována dostatečná pozornost a poskytována jim nabídka pro ně vhodné podpory a pomoci. Aby nežili s pocitem, „že musím“. Nebáli se, ale hlavně nestyděli se říci si o pomoc. Zvláště pak když cítí, že na péči sami nestačí..

Z výše uvedené diskuse lze vyvodit odpovědi na výzkumné otázky:

„Který druh stresu považují pečující osoby za nejzávažnější při své práci?“

Z rozhovorů vyplývá, že pro většinu komunikačních partnerů je výkon péče o osobu závislou na péči jiné fyzické osoby v domácím prostředí stresující záležitostí. Za nejzávažnější a nejčastěji uváděný lze považovat věcný stres, nebo-li stres související s odpovědností při výkonu péče. Výzkum také ukázal na významnost výskytu stresu anticipačního, nebo-li stresu vyvolaného obavami z budoucnosti.

„Které možné symptomy vyhoření na sobě pozorují pečující osoby?“

Pečující osoby na sobě pozorují symptomy syndromu vyhoření ve čtyřech rovinách. V rovině rozumové na sobě pečující pozorují obtížné soustředění a pochybnosti o svých profesionálních dovednostech. Výsledky v emocionální rovině ukázaly, že pečující na sobě pozorují, že se nedokáží radovat ze své práce, cítí se ustrašení, sklíčení a nervózní. V rovině tělesné pozorují pečující poruchy spánku, bolesti hlavy, celkovou fyzickou unavenost a napjatost. A výsledky v emocionální rovině poskytly informace, že pečujícím výkon péče narušuje soukromé vztahy a pečující omezují práci v souvislosti s výkonem péče na její mechanické provádění.

Z výzkumu lze vyvodit následující hypotézy:

„Věcný a anticipační stres považují pečující osoby při výkonu své práce za závažnější než stres časový a reziduální.“

„Osoby pečující o osobu závislou na péči v domácím prostředí na sobě pozorují symptomy syndromu vyhoření.“

6 ZÁVĚR

Cílem práce bylo definovat rozhodující faktory psychosociální zátěže pečujících osob o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí. Dílčím cílem bylo zjistit, v jakých oblastech cítí pečující osoby při péči o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí zvýšenou zátěž. Dalším dílčím cílem bylo zjistit, zda znají a uplatňují pečující osoby při péči o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí zásady duševní hygieny. V souvislosti s cíli práce byly stanoveny výzkumné otázky. První výzkumná otázka hledala odpověď na to, který druh stresu považují pečující osoby za nejzávažnější při své práci. Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na to zjistit, které možné symptomy vyhoření na sobě pozorují pečující osoby.

K realizaci výzkumu diplomové práce byli osloveni jedinci starší 18-ti let, kteří pečují o osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí, mají společné bydliště s osobou závislou na pomoci a pečují celodenně s absencí jiného zaměstnání. Jednalo se o 7 žen a 1 muže žijících v regionu Moravské Budějovice. Komunikační partneři byli do výzkumu vybráni pomocí sněhové koule.

Ke zpracování výzkumné části diplomové práce byla použita kvalitativní výzkumná strategie. Data od komunikačních partnerů byla získána metodou dotazování, technikami polostrukturovaného rozhovoru a pozorování. Výzkum byl doplněn o Inventář projevů syndromu vyhoření, upravený pro účely tohoto výzkumu. Při zpracování dat byla použita metoda otevřeného kódování.

Pro nalezení odpovědí byly stanoveny tematické okruhy rozhovorů, kde byly zmapovány základní informace o komunikačních partnerech, oblasti zvýšené zátěže pečujících, druhy stresu v souvislosti s pečováním, pomoc při zvládnání náročnosti péče, možné symptomy syndromu vyhoření u pečujících.

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že pečující nejvíce pociťují zvýšenou zátěž v oblasti fyzické náročnosti péče, v oblasti odpovědnosti související s výkonem péče, dále v oblasti komunikace a vzájemného pochopení se s osobou závislou na péči a v oblasti související s vyrovnáním se s osudem, ztrátou iluzí a negativními prognózami pro osoby závislé na péči do budoucna. Osoby pečující o osobu závislou na péči jiné fyzické osoby v domácím prostředí považují výkon péče ve velké většině za stresující.

Uvádějí, že se jedná o stres akutní i chronický. Většina komunikačních partnerů považuje za závažnější stres věcný, nebo-li stres související s odpovědností, než-li stres časový. Dále považují za závažnější stres anticipační, nebo-li stres vyvolaný obavami z budoucnosti, než-li stres reziduální, nebo-li stres vzniklý v důsledku nevyrovnání se s minulostí. Dále bylo z výzkumného šetření zjištěno, že pečující osoby většinou znají a uplatňují zásady duševní hygieny při péči o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí. Náročnost péče jim nejčastěji pomáhá zvládat rodina a přátelé, dále také samota, klid a spánek, ale také pohyb a kultura. Polovina komunikačních partnerů vnímá u své osoby riziko vzniku syndromu vyhoření, symptomy syndromu vyhoření pak vnímají v rovině rozumové, emocionální, tělesné i sociální. Nejčastěji byly uváděny poruchy spánku, obtížné soustředování, pochybnosti o „profesionálních schopnostech, sklíčenost, celková fyzická unavenost a narušení soukromých vztahů.

Je zcela evidentní, že se s výkonem péče o osobu závislou na péči jiné fyzické osoby v domácím prostředí pojí jistá rizika související s psychosociální zátěží pro pečující osoby. Je třeba na tyto rizika myslet a pracovat s nimi. V budoucnu bude jistě neméně zajímavé tuto oblast sledovat, především v návaznosti na současný trend deinstytucionalizace a snaze zvýšit podíl rodinných pečujících.

Věřím, že tato práce může přispět k bližšímu náhledu do problematiky psychosociální zátěže osob pečujících o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí. Získané výsledky mohou sloužit jako nástroj zpětné vazby pro samotné komunikační partnery. Mohou se stát i zdrojem informací pro ostatní osoby pečující o osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby v domácím prostředí, stejně tak i zdrojem informací pro komunitní plánování sociálních služeb.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. AKHTAR, Miriam, 2015. *Pozitivní psychologií proti depresi: Jak svépomocí dosáhnout štěstí, pohody a vnitřní síly*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4839-9.
2. ANDRŠOVÁ, Alena, 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4119-2.
3. ASBJORN, O. F., B. L. LILLEBA a K. F. EYOLF, 2010. *Vliv psychiky na zdraví: Současná psychosomatika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2864-3.
4. BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4.
5. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, 2006. *O syndromu vyhoření: pro zdravotní setry*. Praha: NCO NZO. ISBN 80-7013-439-9.
6. BAŠTECKÁ, Bohumila, 2005. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0708-X.
7. BOURG CARTER, Sherrie, 2011. *High-octane women: how superachievers can avoid burnout*. Amherst, N.Y.: Prometheus Books. ISBN 1616142200.
8. CIMICKÝ, Jan, 2014. *Tisíc jiskérek na noční obloze*. Praha: Baronet. ISBN 978-80-7384-875-0.
9. COLOMBO, F. et al. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. [online] OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2011. [citováno 2015-07-30] Dostupné z www: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>
10. CORBIN, Juliet M a Anselm L STRAUSS, 2008. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. 3rd ed. Los Angeles, Calif.: Sage Publications, Inc.. ISBN 9781412906449.
11. CUNGI, Charly a Serge LIMOUSIN, 2005. *Relaxace v každodenním životě*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-948-8.

12. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA, 2010. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3213-8.
13. ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 31. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006. Dostupný také z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf
14. ČEVELA, Rostislav, 2015. *Sociální a posudkové lékařství*. Praha: Karlova univerzita v Praze. ISBN 978-80-246-2938-4.
15. ČEVELA, R., Z. KALVACH a L. ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.
16. ČÍRTKOVÁ, Ludmila, 2006. *Policejní psychologie*. Plzeň: Aleš Čeněk. ISBN 80-86898-73-3.
17. DISMAN, Miroslav, 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 4., nezměň. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.
18. DOBIÁŠOVÁ, K., M. KOTRUSOVÁ a J. HOŠŤÁLKOVÁ, 2013. Dlouhodobá péče o seniory a osoby se zdravotním postižením perspektivou neformálních pečujících. *Zdravotnictví v České republice*. 2013, roč. 16, č. 2, str. 2-10. ISSN 1213-6050.
19. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
20. ELDER, R., K. EVANS a D. NIZETTE, 2012. *Psychiatric-mental health nursing: an interpersonal approach*. New York: Springer Pub. ISBN 9780826105639.
21. FOŘT, Petr, 2005. *Výživa pro dokonalou kondici a zdraví*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1057-9.
22. GAVORA, Peter, 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Překlad Vladimír Jůva, Vendula Hlavatá. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.

23. GILLERNOVÁ, I., V. KEBZA a M. RYMEŠ, 2011. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: Člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2798-1.
24. GULÁŠOVÁ, Ivica, 2012. Prevence krizových situací. *Sestra*. ročník: XX, č 1., s. 67. ISSN 1210-0404.
25. HALAMA, Peter, 2007. *Zmysel života z pohľadu psychologie*. Bratislava: Slovak Academic Press. ISBN 978-80-8095-023-1.
26. HALUZÍKOVÁ, Jana a Zdeňka ŘÍMOVSKÁ, 2010. Zvládání stresu a prevence jeho následků. *Sestra*. č. 4, s. 26-27. ISSN 1210-0404.
27. HARRISON, Eric, 2011. *Rychlé meditace pro zklidnění těla a mysli: Jak meditovat kdykoliv a kdekoliv*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3768-3.
28. HAVLÍKOVÁ, Jana, 2012. Mezigenerační vzájemná výpomoc v českých rodinách vyššího věku a její srovnání s vybranými evropskými zeměmi. *Sociální práce*. roč. 12, č. 4, s. 102-113, ISSN 1213-6204.
29. HAWKINS, Peter a Robin SHOHET, 2004. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-715-9.
30. HÁJEK, Karel, 2012. *Práce s emocemi pro pomáhající profese: Tělesně zakotvené prožívání*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0221-0.
31. HELUS, Zdeněk, 2015. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4674-6.
32. HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum*. 4., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
33. HERODESOVÁ, Oxana a Hana SKALLOVÁ, 2011. *Buďte strůjci vlastního štěstí: Duchovní ochrana, meditace, samoléčení, práce s energií, věštění a zhmotňování přání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3949-6.
34. HEŘMANOVÁ, Eva, 2013. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-7419-106-0.

35. HONZÁK, Radkin, 2013. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-331-3.
36. HORÁKOVÁ HOSKOVCOVÁ, Simona a Lucie SUCHOCHLEBOVÁ RYNTOVÁ, 2009. *Výchova k psychické odolnosti dítěte*. Praha, Grada. ISBN 978-80-247-2206-1.
37. HRINDOVÁ, Tatiana. Syndrom vyhorenia sestier. *Bedeker zdravia*. [online]. 2011. [cit. 2015-07-30] Dostupné z: <http://www.zzz.sk/?clanok=11379>
38. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
39. HUBÍKOVÁ, Olga, 2012. Přímé platby za péči v kontextu nevyjasněného statusu neformální péče. *Sociální práce*. roč. 12, č. 4, s. 113-126, ISSN 1213-6204.
40. HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.
41. JANÍČEK, Přemysl a Jiří Marek, 2013. *Expertní inženýrství v systémovém pojetí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4127-7.
42. JAROLÍMOVÁ, Eva, 2013. K problematice rodinných pečujících o seniora s demencí. In: *Prostor v nás a mezi námi – respekt, vzájemnost, sdílení. Sborník z konference Psychologické dny 2012*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 201-205. ISBN 978-80-244-3492-6.
43. JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7368-110-2.
44. JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2150-7.
45. JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ, 2006. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-74-1.
46. JEŘÁBEK, Hynek, 2005. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: UK FSV CESES. ISBN 1801-1640.

47. JEŘÁBEK, Hynek, 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Slon. ISBN 978-80-7419-117-6.
48. JONES, Graham a Adrian MOORHOUSE, 2010. *Jak získat psychickou odolnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3022-6.
49. JURÍČKOVÁ, M., K. IVANOVÁ a J. FILKA, 2013. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4786-6.
50. KALINA, Kamil, 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4331-8.
51. KALLWAS, Angelika, 2007. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-299-7.
52. KALVACH, Zdeněk, 2009. *Pečujeme doma: příručka pro laické pečující*. Brno: Moravskoslezský kruh.
53. KALVACH, Zdeněk et al., 2012. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
54. KASPER, Heinrich, 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4533-6.
55. KEBZA, Vladimír, 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.
56. KEBZA, Vladimír a Iva Šolcová, 2004. *Komunikace a stres*. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-246-5.
57. KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ, 2008. Syndrom vyhoření-rekapitulace současného stavu poznání a perspektivy do budoucna. *Československá psychologie*, roč. 52, č. 4, s. 351-365. ISSN 0009-062X.
58. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty-4.ročník*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5203-7.
59. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.

60. KOPŘIVA, Karel, 2013. *Lidský vztah jako součást profese: Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. Vyd. 7. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-05-28-9.
61. KRASKA-LÜDECKE, Kerstin, 2007. *Nejlepší techniky proti stresu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1833-0.
62. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
63. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2010. *Sestra a stres*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3149-0.
64. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2013. *Jak zvládat depresi*. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4774-3.
65. KUNOVÁ, Václava, 2011. *Zdravá výživa*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3433-0.
66. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
67. LEBOWITZ, Shana. *Scientists say chronic stress can actually change your brain*. Business Insider Strategy. 2015 [citováno 2015-07-30] Dostupné z: <http://www.businessinsider.com/brain-effects-of-job-burnout-2015-7>
68. LOUČKOVÁ, Ivana, 2010. *Integrovaný přístup v sociálněvědním výzkumu*. Praha: Slon. ISBN 978-80-864-2979-3.
69. LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK, 2015. *Chorobné znaky a příznaky: Diferenciální diagnostika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5067-5.
70. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ, 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2715-8.
71. MANDINCOVÁ, Petra, 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: Onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3811-6.
72. MAREŠ, Jiří, 2012. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3007-3.

73. MARKOVÁ, E., M. VENGLÁŘOVÁ a M. BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
74. MAROON, Istifan, 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistika*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0180-9.
75. MATOUŠEK, Oldřich, 2008. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.
76. MATOUŠEK, Oldřich, 2011. *Sociální služby*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0041-3.
77. MATOUŠEK, Oldřich, 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4.
78. MCGEE, Paul, 2013. *Jak si nedělat starosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4513-8.
79. MERG, Klaus a Torsten KNÖDEL, 2007. *Jak přežít v práci*. Praha: Cpress. ISBN 80-251-1723-5.
80. MERTIN, Václav a Radka KREJČOVÁ, 2013. *Výchovné poradenství*. 2., přeprac. vyd. Praha: Wolkers Kluwer ČR. ISBN 978-80-7478-356-2.
81. MICHALÍK, Jan, 2010. *Malý právní průvodce pečujících*. Brno: Moravskoslezský kruh. ISBN 978-80-254-7333-7.
82. MICHALÍK, Jan, 2013. *Rodina pečující o člena se zdravotním postižením-kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3643-2.
83. MIKULÁŠTÍK, Milan, 2015. *Manažerská psychologie*. 3., přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4221-2.
84. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1362-5.
85. MISCOVIOVÁ, Blanka. *Historie domácí péče. Národní centrum domácí péče* [online]. 2006. [cit. 2015-07-30] Dostupné z: [http://www.domaci-pece-](http://www.domaci-pece.info/historie-domaci-pece-)

86. MLČÁK, Zdeněk, 2011. *Psychologie zdraví a nemoci*. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-951-3.
87. MLÝNKOVÁ, Jana, 2010. *Pečovatelsví 1.díl: Učebnice pro obor sociální péče-pečovateľská činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3184-1.
88. MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
89. MORAVCOVÁ, Klára. *Prevence syndromu vyhoření a stress management* [online]. Benepal 2013 [cit. 2015-07-30]. Dostupné z: http://www.benepal.cz/files/project_4_file/PREVENCE-SYNDROMU-VYHORENI.pdf
90. MÜLLEROVÁ, Dana, 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karlova univerzita v Praze. ISBN 978-80-246-2510-2.
91. NAKONEČNÝ, Milan, 2004. *Psychologie téměř pro každého*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1198-6.
92. NAKONEČNÝ, Milan, 2009. *Sociální psychologie*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1679-9.
93. NEŠPOR, Karel. *Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. Medicína pro praxi*, 2007, č. 9. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-200709-0010.php>
94. NOVÁK, Tomáš, 2004. *Jak bojovat se stresem*. Praha, Grada. ISBN 80-247-0695-4.
95. NOVÁK, Tomáš, 2015. *Sebedůvěra – cesta k úspěchu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5445-1.
96. NOVÁKOVÁ, Radana, 2011. *Pečovatelsví: učební text pro žáky oboru Sociální péče-pečovateľská činnost*. Praha: Triton. ISBN 978-807-3875-312.
97. NOVOSAD, Libor, 2006. *Základy speciálního poradenství*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 80-7367-174-3.

98. ÖSTERLE, August, 2010. Long-term Care in Central and South-Eastern Europe: Challenges and Perspectives in Addressing a „New“ Social Risk. *Social Policy & Administration*, Vol. 44. No.,4, pp. 461-480.
99. PASTUCHA, Dalibor, 2015. *Tělovýchovné lékařství: Vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4837-5.
100. PAULÍK, Karel, 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2959-6.
101. PAVLOKOVÁ, Kateřina et al.. *Finanční toky ve veřejných a soukromých rozpočtech v dlouhodobé péči* [online]. 2011. [cit. 2015-07-30] Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/11994/Financni_toky.pdf
102. PLAMÍNEK, Jiří, 2013. *Sebepoznání, sebeřízení a stres*. 3., dopl. vyd. Praha, Grada. ISBN 978-80-247-4751-4.
103. PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ, 2007. *Asertivitou proti stresu*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1697-8.
104. PROCHÁZKA, Miroslav, 2012. *Sociální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4033-1.
105. PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA, 2014. *Andragogický slovník*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4748-4.
106. PRŮŠA, Ladislav, 2013. *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči*. Praha: VÚPSV, v.v. i.. ISBN 978-80-7416-120-9.
107. PTÁČEK, Radek a Hana KUŽELOVÁ, 2010. Stres a zdraví. *Zdravotnické noviny: Pacientské listy*. ročník: LIX, č. 8. ISSN 0044-1996.
108. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.
109. RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2223-8.
110. REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.

111. RŮŽIČKA, Petr. Metodický portál inspirace a zkušenosti učitelů. *Syndrom vyhoření a psychohygienu*. [online]. 16. 10. 2013. [cit. 2016-02-02] Dostupné z: <http://digifolio.rvp.cz/view/view.php?id=7147>
112. SEAWARD, Brian Luke, 2012. *Managing stress: principles and strategies for health and well-being*. 7th ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. ISBN 0763798339.
113. SCHMIDBAUER, Wolfgang, 2015. *Syndrom pomocníka: Podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0865-5.
114. SLAMĚNÍK, Ivan, 2011. *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3311-1.
115. SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-4722-702.
116. SMITH, M., J. SEGAL a R. SEGAL. *Preventing burnout. Signs, Symptoms, Causes and Coping Strategies*. [online]. 2011. [cit. 2015-07-30] Dostupné z: <http://www.helpguide.org/articles/stress/preventing-burnout.htm>.
117. STACKEOVÁ, Daniela, 2011. *Relaxační techniky ve sportu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3646-4.
118. STOCK, Christian, 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3553-5.
119. STÖPPLER, Melisa Conrad. *Stress Facts*. MedicineNet. [online] 2015. [citováno 2015-07-30] Dostupné z: http://www.medicinenet.com/stress/article.htm#what_is_stress
120. SVÁČINA, Štěpán, 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2256-6.
121. ŠTĚPANÍK, Jaroslav, 2008. *Umění jednat s lidmi 3: stres, frustrace, konflikty*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1527-9.

122. ŠTĚPÁNKOVÁ, H., C. HÖSCHL a L. VIDOVIČOVÁ, 2014. *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 978-80-246-2628-4.
123. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
124. TOD, D., J. THATCHER a R. RAHMAN, 2012. *Psychologie sportu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3923-6.
125. TRIANTAFILLOU, Judy. et al. *Informal care in the long-term care system. European Overview Paper*. Project Interlinks. Athesn/Vienna, 2010. [citováno 2015-07-30] Dostupné na [www: http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP5_Overview_FINAL_04_11.pdf](http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP5_Overview_FINAL_04_11.pdf)
126. UHLÍŘOVÁ, Barbora a Camille LATIMIER. *Příspěvek k situaci osob pečujících o osoby s mentálním, kombinovaným a tělesným postižením a o osoby s poruchami autistického spektra* [online]. 2013 [cit. 2015-07-30]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/Download.aspx?param=T2lkOmk6OTE0Mzw/JSQKDT5GaWxlSWWQ6aTo5MTQ0PD8lJAoNPkNyYzpzOjM3NzEzNzI1MTg1Nzg5NDYzNzI0Zjk0NTRIMjU3ODk4YzUwNWU4M2QyZDRhNzEwNWlxMzw/JSQKDT5UeXBIOmM6Q29udGVudDw/JSQKDT5NZXRob2Q6czpJbmxpbmU8PyUkCg0%2B>
127. VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.
128. VALENTA, M., J. MICHALÍK a M. LEČBYCH, 2012. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3829-1.
129. VÍTEK, Libor, 2008. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2247-4.
130. VYMĚTAL, Jan, 2004. *Obecná psychoterapie*. 2. vyd., rozš. a přeprac. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0723-5.

131. VYMĚTAL, Jan, 2010. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2667-0.
132. VYMĚTAL, Štěpán, 2009. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2472510-9.
133. YOGANI, 2013. *Deep Meditation - Pathway to Personal Freedom*. U. S. Edition. ISBN 978-1-494223-85-4.
134. ZACHAROVÁ, Eva, 2008. Syndrom vyhoření – riziko ohrožující zdravotnické pacienty. *Interní medicína pro praxi*. roč. 10, č. 1, s. 41-42, ISSN 1212-7299.
135. ZACHAROVÁ, E., M. HERMANOVÁ a J. ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.

8 PŘÍLOHY

Příloha 1: Rozhovory 1 - 8

Příloha 2: Záznamový arch inventáře projevů syndromu vyhoření pro účely této práce

Příloha 3: Záznamový arch k pozorování

Příloha 1: Rozhovory 1 – 8

Rozhovor – komunikační partner č. 1

1. Mohu se zeptat, kolik je Vám let, o koho pečujete a s jakými zdravotními problémy?

Je mi 56 let a pečuji o svou sestru, které je 63 let. Je nevidomá, téměř neslyší. Srovnala bych to jak s péčí s dvouletým dítětem. Je ještě postižená. Má bércový vředy. Musím se o to starat, převazovat, koupat v hypermanganu. Nic neřekne, musím všechno sama vypořádat. Ani když jí něco bolí. Je dost těžká, takže se ještě natahám. Když byla malá, měla zánět mozkových plen. Od té doby byla pomalá a všechno jí dýl trvalo. Pak při cestě ze školy spadla ještě z meze, tři neděle jí kapala krev na mozek a doktoři říkali rodičům, ať jí už připraví bílý šaty. To jí bylo asi tak 12 let. Ale nakonec došla základku.

1. A řeknete mi, prosím, který jí byl přiznán stupeň závislosti?

Teďka má trojku příspěvek a ten na mobilitu.

2. Mohu se dále zeptat, jak dlouho vykonáváte péči o osobu závislou?

Od roku 2002. Prvně jsme si vzali k nám maminku po mrtvici a pak i sestru. Předtím se starala o sestru maminka. Pečovat na dálku je nesmysl. To bych ty sociální dávky nikomu nedala. Slyším každý vrznutí, i když je nahoře.

3. Prosím, můžete mi popsat oblasti, které jsou pro Vás při výkonu péče náročné, a pociťujete v nich zvýšenou zátěž?

Nejtěžší je to, že nic neřekne. Jak jsem říkala, neřekne, že ju něco bolí. Žlučnickovej záchvat jsem poznala, až když zvracela a zežloutla. Musím i u doktora mluvit za ňu. Je to prostě strašný, jak já to mám vědět? Jsem prostě úplně hotová za ten den. Večer padnu unavená do postele a pak stejně nemůžu bez prášku na spaní usnout. To je prostě strašně náročný. To já bych mohla psát román. Nemohla jsem jet ani klukovi do Prahy na svatbu. Kam bych ju dala? Sama tu bejt nemůže.

4. Dá se tedy říci, že je péče o osobu závislou na péči stresující? Popište, prosím.
No to teda minimálně. Z Městského úřadu v Budovicích chodily letáky, kde jsme měli napsat, co nás zatěžuje. Když jsem jim to napsala, stejně na to nereagovali. Ale teď už nic. Já jsem za 14 let neměla den volna. Ani na tu svatbu. Jsem prostě uvázaná jak pes u boudy. Je to fakt břemeno. Musím furt přemýšlet dopředu. Aby se něco nestalo. Musí bejt člověk furt připravený a chytřejší než oni.
5. Jedná se spíše o stres v daném okamžiku nebo se domníváte, že se jedná o stres již dlouhodobějšího rázu?
Akutní stres je taky. Když se 3x ptá a nepamatuje si a furt dokola se ptá. Pamatuje si před dvaceti rokama, ale co teď, to nic. A ten stres je furt. Takže i dlouhodobě. To je pořád.
6. Pociťujete souvislost vzniku stresu s nedostatkem času nebo spíše s pocitem odpovědnosti?
Ten čas už mě ani netlačí, ten už si udělám. Ale spíš ta odpovědnost. Nenechám nic náhodě. Když jsem byla v práci, tak to bylo horší. Ale když jsem doma, tak se to spíš dá zvládnout. Ale zase chybí peníze. No jo, no. Tak to je.
7. Co Vám nejvíce pomáhá zvládat náročnost péče?
Já to musím něčím vykompenzovat. Musím si vždycky něco nalízt. Teď mám vnuky, ti mi dělají radost. A kytky, mám nádhernou azalku. To mi dělá radost ty kytky jen pozorovat. A manžel, ten mi pomáhá nejvíc. Někdy se k ní chová líp než já. Vždycky říká, ať zachovám klid. Díky němu se dostanu taky ven, na procházku. A když nemůžu spát, tak si něco hezkýho přečtu.
8. Přináší Vám pečování spíše pocity radosti nebo smutku? Popište mi to, prosím.
Radosti to teda fakt opravdu moc nepřináší. Když tu mám vnuky, vidím u nich pokrok. A jí se věnuju, čteme, jíme a pokrok nevidím. To je fakt hrozný. Pocit, že dělám dobrou věc, to jako jo. Ale radost to není. Dělám ale, co můžu. Už jen kvůli svému svědomí. To mi hrozně vadí, když se k ní někdo nechová hezky.

9. Vnímáte u své osoby riziko vzniku syndromu vyhoření? Popište, prosím.
Zatím ne. Zatím můžu.

Rozhovor – komunikační partner č. 2

1. Mohu se zeptat, kolik je Vám let a o koho pečujete?
Je mi 45 let a pečuju o dceru, který je 25 let. Je mentálně postižená, neslyší, nemluví a navíc je autista.
2. A mohu se zeptat, který má dcera přiznaný stupeň závislosti?
Dcera má postižení čtvrtého stupně, je úplně závislá. Měsíčně dostává 12. 000,- Kč.
3. Mohu se dále zeptat, jak dlouho vykonáváte péči o osobu závislou?
Starám se o ni od narození doteď furt.
4. Prosím, můžete mi popsat oblasti, které jsou pro Vás při výkonu péče náročné, a pociťujete v nich zvýšenou zátěž?
Myslím, že nejnáročnější u těchto dětí je snažit se pochopit, co v daný situaci chtějí, když to nemůžou říct. Protože jakákoli věc, která se jim nelíbí, může ovlivnit jejich chování a náladu, i změna věcí v domě. Je třeba i stálá snaha včas předcházet těmhle věcem a dopředu se jim vyvarovat a pak stačí maličkost a stejně se tomu nevyhneme.
5. Rozumím tomu dobře, že pociťujete zátěž spíše v oblasti psychické?
Určitě.
6. Dá se tedy říci, že je péče o osobu závislou na péči stresující? Popište, prosím.
Stresující je už jen to, že se osoba, která má postižené dítě, musí s touto situací vyrovnat a snažit se s tím smířit. Někdy to trvá několik let a má to hlavně vliv i na manželství, další děti a veškerý osobní život. Nikdy se přesně nedá odhadnout, v jaké situaci, místě nebo při jaké činnosti na veřejnosti nebo doma se dítě bude chovat a jak bude reagovat a to pak ovlivňuje náladu a přináší stres.

7. Jedná se spíše o stres v daném okamžiku nebo se domníváte, že se jedná o stres již dlouhodobějšího rázu?
Pokud to budu posuzovat podle sebe, tak už je to stres dlouhodobý a jen podle určité situace bývá výraznější. A občas pocit'uju horší pocity v okamžiku, kdy bych nečekala, že může nějaká stresová situace nastat. Takže jo, i v daném okamžiku.
8. A pocit'ujete souvislost vzniku stresu s nedostatkem času nebo spíše s pocitem odpovědnosti?
Občas při nedostatku času. Přiznám se, že mi občas pěkně tečou nervy. Nebo při řešení neobvyklých situací nebo náhlé změně prostředí. Je to stres pro ni a tím pádem i pro mě. Někdy mi ale stačí jen pocit beznaděje, který na mě někdy přijde. Když se musím v dané chvíli rychle rozhodnout.
9. Co Vám nejvíce pomáhá zvládat náročnost péče?
Jednoznačně najít si chvílku pro sebe a věnovat se svým zájmům.
10. A řeknete mi, které to jsou?
Tak zahrádka, knížky, cestování, fotografování, rodina, manžel a mladší dcera. Ale hlavně samota a klid v domácím prostředí.
11. Přináší Vám pečování spíše pocity radosti nebo smutku? Popište mi to, prosím.
Teď po těch letech, co jsem se s danou situací smířila, tak je to pro mě už víc radost. Smutek jen občas. Hlavně podle nálady a spokojenosti v mém osobním životě.
12. Vnímáte u své osoby riziko vzniku syndromu vyhoření? Popište, prosím.
Myslím, že podle toho, co jsem si o syndromu vyhoření přečetla, odpovídám přesně projevům těchto stresových situací. Ale nevím, jak to změnit. Protože myšlení a povaha se asi změnit nedají. Je to už každému určený. A já jsem pesimista ve většině situací. Každý je občas v situaci, která se zdá být neřešitelná a pak vše dopadne dobře a samo se vyřeší. Mám pocit, že se to podepisuje pak na druhé dceři, jak bývám nervózní. Dost často mě pobolívá hlava. Někdy mívám problémy s usínáním. Ale není to pravidlem.

Rozhovor – komunikační partner č. 3

1. Mohu se zeptat, kolik je Vám let a o koho pečujete?

Je mi 55 let. Pečuji o svou maminku a nově teď i o tatínka. Mamince je 83 let a má problémy s pohybovým aparátem. Celé to je zesíleno silnou obezitou. No a tatínkovi je 82 a má středně těžkou Alzheimerovu chorobu.

2. Mohu se zeptat, jaký stupeň závislosti jim byl přiznán?

Mamince dvojka a tatínkovi čtyřka.

3. Jak dlouho vykonáváte péči o osobu závislou?

No tak to je trochu složitější. Nejdříve jsem se starala o svou babičku. To jsem začala před devíti lety. K tomu se pak přidala maminka před šesti lety. Pak babička umřela. A teď se tedy starám i o tatínka už rok a půl.

4. Prosím, můžete mi popsat oblasti, které jsou pro Vás při výkonu péče náročné, a pociťujete v nich zvýšenou zátěž?

U otce je náročnost značná. Především po psychické stránce. No, odvíjí se to od jeho diagnózy. Někdy je jak malé dítě, někdy utlumený a nemluvný. Celé je to náročné v tom, uhlídat ho, aby se mu něco nestalo. Aby si vzal léky, tak jak má. Musím být pořád ve střehu. Na druhou stranu je těžká i oblast hygieny. Nedbá na ni. U matky náročné oblasti nejsou. Spíš mi dokáže ve spoustě věcí pomoci.

5. Rozumím tomu dobře, že náročnost je spíše v psychické oblasti?

No, to ne. Na psychiku je to náročné hodně. Nemůžu nikdy vypnout. Hlavně otce musím mít pořád pod kontrolou. Je to ale náročné i po fyzické stránce. Například koupání matky je fyzicky náročné hodně. Není nikdo, kdo by mě zastoupil, když bych nemohla. Unavená bývám každý den.

6. Můžete tedy říci, že je péče o osobu závislou na péči stresující? Popište, prosím.

Jednoznačně mohu říci, že ano. Je to zaměstnání na 24 hodin každý den. Stresové situace nastávají nepravidelně. Nikdy totiž nevím, co se může stát. To znamená, že si nemůžu nic naplánovat a připravit se na to.

7. Jedná se spíše o stres v daném okamžiku nebo se domníváte, že se jedná o stres již dlouhodobějšího rázu?
Řekla bych, že se jedná o stres v daném okamžiku. Při běžné péči stres ani tak nenastává, nebo pouze zřídka. Například, když se otec odmítá jít koupat. Akutním stresem pro mě je, když otci odebrali řidičský průkaz a on se s tím odmítá smířit. Velice špatně to nese a při jízdě autem vznikají velmi vypjaté situace, že řídím já.
8. Pociťujete souvislost vzniku stresu s nedostatkem času nebo spíše s pocitem odpovědnosti?
Určitě s nedostatkem času. Starost o rodiče a pak ještě domácnost, manžel a děti s vnoučaty. Někdy nevím, kam dřív skočit. Čas je to, co mi neustále chybí. Ale s odpovědností vlastně taky. Někdy to s otcem není jednoduché.
9. Co Vám nejvíce pomáhá zvládat náročnost péče?
Když se mnou otec a matka spolupracují. Potom určitě popovídání si o problémech s někým jiným. Prostě se jen vypovídat. Jsem věřící, takže mi hodně pomáhá i to, že si občas mohu zajít do kostela. Tam se tak nějak zklidním a problémy jsou najednou menší. Dost mě také nabije, když mi někdo s péčí pomůže, na hodinu je pohlídá a já si vyrazím jen tak na procházku k lesu, kde je klid.
10. Přináší Vám pečování spíše pocity radosti nebo smutku? Popište mi to, prosím.
Jak kdy. Jsou tu situace, kdy jsem ráda, že otec odpoví pěkně na otázku. To vidím, že má práce má smysl. Na druhou stranu si ale někdy říkám, že by bylo snazší chodit klasicky do práce, přijít dom a zavřít za sebou dveře. Převažuje ale pocit radosti, protože jsem ráda, že jsou tu se mnou.
11. Vnímáte u své osoby riziko vzniku syndromu vyhoření? Popište, prosím.
Je to stereotyp, který mi celkem vyhovuje. Takže bych řekla, že ne.

Rozhovor – komunikační partner č. 4

1. Mohu se zeptat, kolik je Vám let a o koho pečujete?
Je mi 32 let. Pečuji o svého syna, kterému je 7 let. Je těžce mentálně postižený a skoro nechodí. Navíc má ještě zrakovou poruchu. Má čtyřku závislost.

2. Mohu se dále zeptat, jak dlouho vykonáváte péči o osobu závislou?
Od jeho narození. Začalo se to projevovat hodně brzo, že bude postižený. Pořád jsme jezdili po nějakých vyšetřeních. Prvně jsem byla na rodičáku a teď ho mám poslední rok v ošetřování.

3. Prosím, můžete mi popsat oblasti, které jsou pro Vás při výkonu péče náročné, a pociťujete v nich zvýšenou zátěž?
Teď už je to celkem dobrý. Ale hodně náročný to bylo hlavně po psychický stránce. Člověk se musí vyrovnat s tím, že se mu narodilo postižený dítě. K tomu samý pesimistický zprávy od doktorů. No, chvíli to trvá, než se to člověku srovná v hlavě. A můžu říct, že ještě teď s tím někdy bojuju. Někdy přijde horší období a je to člověku prostě líto. Ale i po fyzický stránce je to náročný. Je dost těžkej, takže se s ním dost natahám. No, manžel od nás odešel, takže jsem na kluka zůstala sama. Když to tak vezmu, nikam se nedostanu. Jsem u něj prostě uvázaná. Ještěže mi dost pomáhají moji rodiče. To by se jinak nedalo. Když už nemůžu, vždycky mě podpoří a pomůžou nám. To bych jinak sama nedala.

4. Dá se tedy říci, že je péče o osobu závislou na péči stresující? Popište, prosím.
Tak to každopádně. A ne málo. Stres už je jen s tím, že nevíte, co bude. Srovnat se s tím. Víte jen, že lepší to nebude. Spíš horší. A tím, že nechodím do práce, nedostanu se moc mezi lidi. A musím nad vším furt přemejšlet. A to člověku moc nepřidá. A jak nechodím do té práce, tak ani těch peněz není moc. A to pak člověka stresuje i každá složenka.

5. Jedná se spíše o stres v daném okamžiku nebo se domníváte, že se jedná o stres již dlouhodobějšího rázu?

U mě je ten stres jednoznačně dlouhodobej. Můžu říct, že v podstatě od samýho začátku. A nebojím se říct, že se i stupňuje. Dokud byl malej, tak ta péče celkem šla. Ale teď? Musíte furt jen přemýšlet, co je pro něj dobrý, aby mu to všechno nějak pomohlo. Vím, že někteří dávají tyhle děti do stacionáře každý den. Ale to já nechci. Vím, že mu je tam dobře. Ale doma ja doma.

6. Pociťujete souvislost vzniku stresu s nedostatkem času nebo spíše s pocitem odpovědnosti?

Myslím, že obojí. Horší je to ale s tou odpovědností. Pořád mám strach, jestli všechno dělám dobře, jestli mu je dobře. Nechci nic zanedbat. Chci pro něj to nejlepší. Ale jak jsem sama, všechna ta odpovědnost je na mě. A ten čas? Ten nemám spíš na sebe, jsem tu hlavně pro něj. Nejdůležitější je pro mě to, aby byl prostě spokojenej, jestli se to tak dá říct.

7. Co Vám nejvíce pomáhá zvládat náročnost péče?

Jak už jsem říkala, tak především moji rodiče. Jsou pro mě neskutečnou oporou. Pomáhají mi, jak jen můžou. A taky kamarádka. Občas mě vytáhne někam ven, abych si vyčistila hlavu. Je to takovej smíšek od přírody, umí potěšit a rozesmát. Ještě, že ju mám. Přivydělávám si keramikou, která mě odjakživa baví, to mi taky čistí hlavu. Ale co mi pomůže úplně nejvíc je to, když naši pohlídají malýho a já se můžu pořádně prospat.

8. Mohu se zeptat, jaké pocity ve Vás pečování vyvolává?

Nevím, je to těžký. Mísí se to. Na jednu stranu jsem ráda, že se o malýho můžu starat, že mě má. Ale spíš asi smutek a beznaděj. Možná je to třeba tím, že třeba ještě nejsem úplně smířená s osudem, nebo co já vím. Ale myslím si, že jsem z toho spíš smutná než šťastná.

9. Vnímáte u své osoby riziko vzniku syndromu vyhoření? Popište, prosím.

Nikdy jsem nad tím moc nepřemýšlela. Ale když to tak vezmu, tak úzkost na mě někdy přijde, unavená bývám taky. A depky? Ty mám celkem často. Takže asi jo. Asi u sebe pozoruju něco jako náznak syndromu vyhoření.

10. A popíšete mi to blíže, prosím? Co myslíte depkama?

No někdy si připadám taková nervózní. To se pak musím pořád vracet na místo, kde mě něco napadlo, než si na to vzpomenu. Někdy se bojím, jestli všechno dělám dobře. No a taky bejvám někdy fakt hodně unavená, úplně vyždímaná. To myslím teď jako fyzicky.

Rozhovor – komunikační partner č. 5

1. Mohu se zeptat, kolik je Vám let a o koho pečujete?

Teď mi bylo 52. Starám se o manželku. Měla před deseti rokama bouračku s autem. Je na vozíku. Museli jí uříznout obě nohy nad kolenama. Dost dlouho byla v bezvědomí. Mívá výpadky paměti a skoro pak přestala slyšet.

2. Mohu se zeptat, kolik let je Vaší paní a který stupeň závislosti jí byl přiznán?
Čtyřka. A je jí 49.

3. Mohu se dále zeptat, jak dlouho vykonáváte péči o osobu závislou?

No bude to 8 let. Víím, že to je u chlapa asi divný. Předtím jezdila různě po nemocnicích a rehabilitacích. A pak jsem s ní zůstal doma. Nechtěl jsem ji nikam dát. To bych jí neudělal.

4. Prosím, můžete mi popsat oblasti, které jsou pro Vás při výkonu péče náročné, a pociťujete v nich zvýšenou zátěž?

Nejhůř snáším to, že už to není ona. Vždycky se radovala ze života, bývala veselá. Tak je to jasný, není se čemu divit. Ale mně to prostě někdy schází. Někdy na mě přijdou deprese, takový ty chmurný myšlenky. Když ji vidím, jak skoro nic nemůže. Jak jen tak sedí a čeká, až já přijdu a pomůžu jí. Je to někdy na palici. Děcka už jsou velký, mají svý partnery. Ne, že by nepomáhali, když je třeba, ale doma s náma už nejsou. Chybí mi takovej ten běžnej rodinnej život. Na to, že jsem chlap, tak to se mnou dost mává. Být skoro celý dny zavřenej doma a vědět, že to tak je napořád. Nechodit do práce, jak jsem byl zvyklej.

5. Dá se tedy říci, že je péče o osobu závislou na péči stresující? Popište, prosím.
Nevím, jestli přímo stresující. Ale ano. Hlavně je to záběr na psychiku. Fyzicky na to stačím. Ale ta hlava. S tím budu asi bojovat už pořád.
6. Jedná se spíše o stres v daném okamžiku nebo se domníváte, že se jedná o stres již dlouhodobějšího rázu?
Je to zátěž, která se táhne od začátku. Nikdy jsem se s tím úplně nevyrovnal. Když si myslím, že je to už lepší, takový ty deprese se zase vrátí. A kór teď v zimě. Jak je pořád pošmurno.
7. Pociťujete souvislost vzniku stresu s nedostatkem času nebo spíše s pocitem odpovědnosti?
Nedostatek času nemám. To zvládám dobře. Spíš ten pocit, že všechna ta odpovědnost leží na mně. To je horší. Mívám strach, abych vydržel. Psychicky, ale taky fyzicky.
8. Co Vám nejvíce pomáhá zvládat náročnost péče?
Asi zedničina. Je to sice fyzicky náročný, ale člověk si alespoň vyčistí hlavu. Chodím občas na fušky. Potřebuju se dostat taky ven mezi lidi. Dokázat si, že ještě něco umím a jsem taky chlap. A taky si tím přijdu na nějaký peníze navíc. A občas vyrazím s kamarádama tady do hospody na jedno. Jen tak si pokecat. No a pak taky kolo. To se někdy seberu, když dcera přijede a postará se, a dám si pořádně do těla. Třeba těch 70 kilometrů. Nevím, jestli to sem patří, ale někdy mi dost pomůže, když si jen tak sednu na dvůr pod pergolu a v klidu si zapálím.
9. Přináší Vám pečování spíše pocity radosti nebo smutku? Popište mi, prosím, jaké pocity ve Vás souvislost s pečováním vyvolává.
Smutek. Ale hlavně to pramení z toho, že vím, že lepší to nebude. A když pak začnu někdy víc přemýšlet, je to ještě horší. Co já vím, dokdy na to budu já sám stačit? Je to hrozně depresivní.

10. Vnímáte u své osoby riziko vzniku syndromu vyhoření? Popište, prosím.
Jednoznačně ano. Už je to nějaký ten pátek, co jsem v uvozovkách zavřený doma. Vím, že dělám správnou věc. Ale stejně se to na člověku podepíše. Špatně spím, hůř se soustředím. A jak jsem říkal, někdy mě přepadají ty depresivní myšlenky.

Rozhovor – komunikační partner č. 6

1. Mohu se zeptat, kolik je Vám let a o koho pečujete?
43 let a pečuji o tchýni. Té je 71 let a má Alzheimerera.
2. Mohu se zeptat, který stupeň závislosti byl Vaší tchýni přiznán?
Čtvrtý stupeň, bere 12.000,- korun.
3. Mohu se dále zeptat, jak dlouho vykonáváte péči o osobu závislou?
Už šest let.
4. Prosím, můžete mi popsat oblasti, které jsou pro Vás při výkonu péče náročné, a pociťujete v nich zvýšenou zátěž?
Je to psychická i fyzická zátěž, časově náročná až stresující. Náročná je i oblast finanční, jak nechodím do práce.
5. Můžete mi prosím blíže popsat, co z oblasti psychické a fyzické je pro Vás nejnáročnější?
Tak vědět, že lepší to nebude. Že je to napořád. I samotná komunikace je dost náročná. Vědět, že ještě nějakou tu dobu se nikam v podstatě nedostanu.
6. Dá se tedy říci, že je péče o osobu závislou na péči stresující? Popište, prosím.
Jednoznačně ano. Je to celodenní péče o hygienu, krmení. A to jí jen tak něco nechutná. Ale hlavně její bezpečnost. A co se týká mé osoby, tak mně nejvíc vadí ten stereotyp a nedostatečný kontakt s okolím, jak nechodím do práce.

7. Jedná se spíše o stres v daném okamžiku nebo se domníváte, že se jedná o stres již dlouhodobějšího rázu?
Jedná se o stres dlouhodobějšího rázu.
8. Pociťujete souvislost vzniku stresu s nedostatkem času nebo spíše s pocitem odpovědnosti?
S pocitem odpovědnosti, určitě. Času mám dost. Ale dost mě také stresuje otázka finanční, jak jsem už říkala, jak nechodím do práce. Moc peněz pro sebe teda nemám a lepší to asi nebude.
9. Co Vám nejvíce pomáhá zvládat náročnost péče?
Musím si vždycky uvědomit, že tchýně mou pomoc potřebuje. Ale nejenom pomoc, ale taky podporu. Dost často mi pomůže i rozhovor s někým, kdo je, nebo byl, ve stejné situaci. Kdo ví, o čem to všechno prostě je. Taky manžel, dost mi s ní pomáhá. Dává mi najevo, jak si váží toho, co pro jeho mámu dělám. A taky vím, že se postará o děti, když zrovna já nemůžu. Dělá dvakrát tolik, aby nás zabezpečil, a já se mohla věnovat tchýni. Taky ví, jak je to pro mě náročné a stresující. Když to jde, vytáhne mě ven, abych se dostala taky mezi ostatní lidi. Stačí třeba procházka, divadlo.
10. S jakými pocity máte pečování spojeno? Popište mi to, prosím.
Pocity smutku, strachu, bezmoci a plno pochybností. Ale hlavně nejistotu, jak to půjde dál. Jestli já to všechno ještě zvládnu, jestli mi budou stačit síly.
11. Vnímáte u své osoby riziko vzniku syndromu vyhoření? Popište, prosím.
Ano. Jsem dost často vystresovaná, plná pochybností. Bývám unavená, špatně spím, to s tím možná souvisí.
12. Upřesníte mi, prosím, čeho se pochybnosti týkají?
Jestli všechno dělám dobře. Pochybuju prostě sama o sobě. Někdy mi popravdě připadá, že se tchýni nevěnuju na sto procent. Postarám se o jídlo, hygienu, hlídám ji, to jo. Ale někdy se mi prostě nechce mluvit. A to se jí tak trochu vyhýbám.

13. A vystresovanost?
Taková ta napjatost. To pak křičím na všechny kolem.

Rozhovor – komunikační partner č. 7

1. Mohu se zeptat, kolik je Vám let, o koho pečujete a s jakými zdravotními problémy?
Je mi 32 let. Starám se o dědečka, kterému je 80. Má silnou cukrovku s následnou amputací dolní končetiny. Navíc se mu rozjel Parkinson.
2. Mohu se zeptat, který stupeň závislosti byl přiznán Vašemu dědečkovi?
Čtvrtý. Úplná závislost.
3. Mohu se dále zeptat, jak dlouho vykonáváte péči o osobu závislou?
Starám se šest měsíců. Byla jsem přetím na rodičáku, tak se to dalo zvládat oboje. A když skončil, zůstala jsem doma dál s dědem.
4. Prosím, můžete mi popsat oblasti, které jsou pro Vás při výkonu péče náročné, a pociťujete v nich zvýšenou zátěž?
Někdy, když se to tak nějak seběhne, mám pocit, že mi docházejí síly. Není zrovna lehké. Musím ho přemísťovat, dávat na vozík, koupat, převlíkat, hlídat ten cukr. Navíc bejvá dost nevrlej, jak přišel o nohu a není samostatnej. A to jsem pak z něj nervózní ají já. Nevím, no, možná je to tím, jak jsem už dýl pořád doma. Chybí mi má práce, co jsem dělala před děckama.
5. Dá se tedy říci, že je péče o osobu závislou na péči stresující?
Jo, stresující je. I když jsou i světlé chvílky.
6. V čem je pro Vás stresující?
Právě ta náládovost dědy. Nikdy nevím, jak na co zareaguje. A navíc to všechno skloubit ještě s mojí rodinou. Někdy mám večer pocit, že mám hlavu jak pátrací balón. Ráno děda, děcka, školka, uvařit oběd, uklidit, školka, děda, manžel a je večer. To si pak někdy říkám a kde jsem já?

7. Jedná se spíše o stres v daném okamžiku nebo se domníváte, že se jedná o stres již dlouhodobějšího rázu?
Spíš se mi zdá, že v daném okamžiku. Všechno nějak skloubit a stihnout.
8. Pociťujete souvislost vzniku stresu s nedostatkem času nebo spíše s pocitem odpovědnosti?
No tak to obojí. O tom časovým fofru jsem už mluvila. A ta odpovědnost je velká. Ale tak to zná asi každéj, kdo má někoho na starost.
9. Co Vám nejvíce pomáhá zvládat náročnost péče?
No tak když to vezmu z hlediska péče o dědu, tak mi nejvíc pomáhá to, že se můžu ptát jeho doktora, na co potřebuju, nebo si to najdu na internetu. Psychicky mi nejvíc pomáhá kontakt s kamarádkama, rodina. Hlavně děti, když vidím, jak jsou šikovný a zdravý. Od loňska běhám, což výborně čistí hlavu. Ale taky popravdě musím shodit pár kilo. A k tomu se snažím jest zdravě. Někde jsem četla, že má pak člověk i víc sil. No tak uvidíme. Ale úplně nejvíc si odpočnu, když si můžu někam zalízt a užívat si úplnej klid a ticho. No a taky když se můžu pořádně vyspat.
10. Jaké pocity ve Vás pečování vyvolává? Popište mi je, prosím.
Je to takovej mišmaš pocitů. Vyvolává to pocit smutku a lítosti, když vidím dědu, jak špatně tu nesamostatnost snáší. Pamatuju si ho jako vitálního urostlýho chlapa, samostatnýho a sršícího humorem. Ale zase na druhou stranu mám radost. Cítím takový vnitřní uspokojení, když můžu pomáhat. Vím, že je mi i přes tu nevrlost v hloubi duše vděčný, i když to neumí moc dát najevo.
11. Vnímáte u své osoby riziko vzniku syndromu vyhoření? Popište, prosím.
Snažím se mu předcházet. Tak doufám, že ne.

Rozhovor – komunikační partner č. 8

1. Mohu se zeptat, kolik je Vám let, o koho pečujete a s jakými zdravotními problémy?
Je mi 40 let, pečuji o svého nyní již osmnáctiletého syna, který má Downův syndrom.
2. Mohu se zeptat, který stupeň závislosti byl přiznán synovi?
4. stupeň. Dostává 12. 000,- korun.
3. Mohu se dále zeptat, jak dlouho vykonáváte péči o osobu závislou?
O svého syna pečuji už od narození, od sedmi let jsem si zažádala o příspěvek na péči o osobu blízkou.
4. Prosím, můžete mi popsat oblasti, které jsou pro Vás při výkonu péče náročné, a pociťujete v nich zvýšenou zátěž?
Nějaké oblasti, které by měly být nějak náročné, jsem nezaznamenala. Snad jen když byl syn na operaci s kolenama a potom měl šest týdnů sádku. Tak to pak ta péče byla trošičku náročnější, ale byla to jen dočasná náročnější práce. Jestli člověk žije s člověkem, který potřebuje určitou péči už od narození, tak si na to zvykne, a nepociťuje nějakou náročnost při péči o tuto osobu. Samozřejmě si uvědomujete, že Vaše dítě je mentálně postižené, ale jde s tím dobře žít.
5. Dá se tedy říci, že pro Vás není péče o osobu závislou na péči stresující?
Já z mého pohledu, a když posoudím péči o mého syna, nemůžu říct, že by byla stresující. Péče o něj mě nějakým způsobem naplňuje a dělám tu práci ráda. Málokdy je pro mě nějaká situace stresující. Možná jen po té operaci kolen, když byl syn na vozíku. Ale i tato situace se dala dobře zvládnout. Snad proto, že jsem věděla, že to není napořád.
6. Co Vám nejvíce pomáhá zvládat náročnost péče?
Nejvíce mi pomáhá rodina. Zaskočí, když nemůžu. A kamarádi, se kterými si někdy vyrazíme. A hudba. Zpívám v místní kapele.

7. Přináší Vám pečování tedy spíše pocity radosti? Popište mi to, prosím.
Já se synem máme krásný vztah a jsem ráda, že ho mám. A že je, jaký je. Takže spíše pocity radosti. Smutek ovšem proběhne někdy taky. Těch smutných okamžiků je tak málo, že si na ně ani nevzpomenu.
8. Dá se tedy říci, že u sebe riziko vzniku syndromu vyhoření ani nevnímáte?
Ne. To vůbec.

Příloha 2: Záznamový arch Inventáře projevů syndromu vyhoření pro účely této práce

Zaškrtněte u každé položky, do jaké míry se vás jednotlivé výpovědi týkají:		vždy	často	někdy	zřídka	nikdy
1	Obtížně se soustředuji					
2	Nedokážu se radovat ze své práce (péče o osobu závislou na pomoci)					
3	Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“					
4	Nemám chuť pomáhat osobě závislé na pomoci					
5	Pochybuji o svých „profesionálních“ schopnostech					
6	Jsem sklíčený/á					
7	Jsem náchylný/á k nemocem					
8	Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s osobami poskytujícími odborné zdravotní a sociální služby					
9	Vyjadřuji se posměšně o příbuzných osoby závislé i o osobě závislé na pomoci					
10	V konfliktních situacích během poskytování péče se cítím bezmocný/á					
11	Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením, apod.					
12	Frustrace z výkonu péče narušuje moje soukromé vztahy					
13	Můj zájem o oblast péče (zdravotně sociálních služeb) zaostává					
14	Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní					
15	Jsem napjatý/á					
16	Svou práci omezují na její mechanické provádění					
17	Přemýšlím o ukončení péče o osobu závislou na pomoci					
18	Trpím nedostatkem uznání a ocenění					
19	Trápí mě poruchy spánku					
20	Vyhýbám se účasti na získávání dalších informací v oblasti péče					
21	Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oblasti péče					
22	Cítím se ustrašený/á					
23	Trpím bolestmi hlavy					
24	Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s osobou závislou na pomoci					

Zdroj: Růžička (2013), upraveno pro vlastní výzkum

Příloha 3: Záznamový arch k pozorování

oblast pozorování		souhlasí
aktivita	podrážděný, neklidný	
	rychlý, živý, čilý	
	tichý, klidný, rozvážný	
	pohrávání si s věcmi	
osobní vzezření a výraz	veselý, optimistický	
	smysl pro humor	
	uzavřený (introvertní)	
	otevřený (extrovertní)	
	depresivní, melancholický	
řeč	projev jasný, plynulý, zřetelný	
	vyjadřuje se přímo, snadno	
	neschopnost vyjádřit se	
	dosti hovorný	
	nemluvný	
soustředěnost a pohotovost	pozorný, bdělý, soustředěný	
	duchem nepřítomný	
	snadno se rozptýlí, nepozorný	
sebeprosazování	sebevědomý a jistý	
	sebekritický	
	rozpačitý a ostýchavý	
	opatrný a zdrženlivý	
	nevrlý a nepřátelský	
	přátelský	
emoce	smích	
	pláč	
zevnějšek, péče o sebe	upravený, čistý	
	nedbalý, neupravený	

Zdroj: Vlastní výzkum

