

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**Syndrom vyhoření u rodinných příslušníků pečujících o nemocné
s progresivním neurodegenerativním onemocněním**

Jana Kloučková

Bakalářská práce
2009

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra ošetřovatelství
Akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana KLOUČKOVÁ**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Název tématu: **Syndrom vyhoření u rodinných příslušníků pečujících
o nemocné s progresivním neurodegenerativním
onemocněním**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a vyhledání odborné literatury.
2. Stanovení cílů, hypotéz a metod.
3. Zpracování teoretické části.
4. Stanovení vhodné metodiky a sestavení dotazníků.
5. Výběr respondentů a rozdáni dotazníků.
6. Sběr, zpracování a interpretace dotazníků.
7. Zhodnocení cílů, hypotéz a celé bakalářské práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

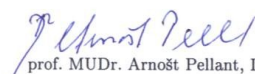
Seznam odborné literatury:

1. BÁRTLOVÁ, S.; SADÍLEK, P.; TÓTHOVÁ, V. Výzkum a ošetřovatelství. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-416-X.
2. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. 2. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-365-1.
3. KALLWASS, A. Syndrom vyhoření v práci a osobním životě. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.
4. KEBZA, V.; ŠOLCOVÁ, I. Syndrom vyhoření. 2. vyd. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
5. SEIDL, Z.; OBENBERGER, J. Neurologie pro studium a praxi. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0623-7.
6. VALIŠOVÁ, A. Jak získat, udržet a neztrácet autoritu. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2282-5.
7. VYMĚTAL, J. Lékařská psychologie. 3. vyd. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.


Vedoucí bakalářské práce: Petra Mandysová, MSN
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2008

Termín odevzdání bakalářské práce: 24. dubna 2009


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. února 2009

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 22. 4. 2009

Jana Kloučková

ANOTACE A KLÍČOVÁ SLOVA

Anotace

Má bakalářská práce je teoreticko-výzkumná a zabývá se syndromem vyhoření u rodinných příslušníků pečujících o nemocné s progresivním neurodegenerativním onemocněním. Z těchto onemocnění jsem vybrala skupinu pečovatelů, kteří se starají o nemocné s Parkinsonovou chorobou, Alzheimerovou nemocí, roztroušenou sklerózou či amyotrofickou laterální sklerózou.

V teoretické části je popsán syndrom vyhoření - co to je, jak se projevuje, diagnostické metody, terapie a prevence. Dále je zde uvedena stručná charakteristika neurodegenerativních onemocnění.

Ve výzkumné části je popisována metodika výzkumného šetření a dále jsou prezentovány výsledky pomocí tabulek, grafů a slovního vyjádření. Při sběru dat byla použita metoda kvantitativního výzkumu s použitím vlastního dotazníku a dotazníku Burnout Measure. V závěru této práce jsou rozebrány předem stanovené cíle a výzkumné záměry.

Klíčová slova

syndrom vyhoření, laický pečovatel, chronická onemocnění, neurodegenerativní onemocnění

Title

Burnout syndrome in family members providing care to patients with a progressive neurodegenerative disease

Abstract

My bachelor thesis is a theoretical and research study and it deals with burnout syndrome in family members providing care to patients with a progressive neurodegenerative disease. For these diseases, I selected a group of carers who take care of patients with Parkinson's disease, Alzheimer's disease, multiple sclerosis and amyotrophic lateral sclerosis.

The theoretical part focuses on burnout syndrome - what it is, what are its manifestations, diagnostic methods, therapy and prevention. In addition, it provides a brief overview of neurodegenerative diseases.

The practical part of the thesis provides a description of the research methodology. Next study results are presented using tables, graphs and verbal description. For data collection a quantitative research method was implemented, using own questionnaire and the Burnout Measure questionnaire. In the final part, this work addresses pre-determined objectives and statements of research intent.

Keywords

Burnout syndrome, lay carer, chronic diseases, neurodegenerative diseases

*Skutečně, on byl nepostradatelný!
Všude, kde se něco dělo pro blaho obce, byl činný, byl tady.
Slavnosti a bály, dostihy i udílení cen,
hostiny i zkouška hasičské stříkačky - bez něho to prostě nešlo.
Bez něho se nic neudálo, ani chvíli neměl volno.
Ani včera, když ho pohřbívali, u toho nemohl chybět.*

Wilhelm Busch

OBSAH

1	Úvod.....	9
2	Cíl práce a výzkumné záměry.....	10
3	Teoretická část.....	11
3.1	Syndrom vyhoření.....	11
3.1.1	Definice syndromu vyhoření.....	11
3.1.2	Příčiny syndromu vyhoření.....	12
3.1.3	Příznaky syndromu vyhoření.....	13
3.1.4	Fáze syndromu vyhoření.....	14
3.1.5	Diagnostika syndromu vyhoření.....	15
3.1.6	Terapie syndromu vyhoření.....	17
3.1.7	Prevence syndromu vyhoření.....	17
3.2	Progresivní neurodegenerativní onemocnění.....	19
3.2.1	Charakteristika progresivních neurodegenerativních onemocnění.....	19
3.2.2	Roztroušená skleróza mozkomíšní.....	20
3.2.3	Alzheimerova choroba.....	21
3.2.4	Parkinsonova nemoc.....	22
3.2.5	Amyotrofická laterální skleróza.....	23
4	Výzkumná část.....	24
4.1	Výzkumné záměry.....	24
4.2	Metodika výzkumu.....	25
4.3	Prezentace výsledků.....	27
4.4	Diskuze a závěr.....	44
5	Seznam použité literatury.....	49
6	Přílohy.....	51
6.1	Vlastní dotazník.....	51
6.2	Dotazník Burnout Measure.....	53
6.3	Relaxační techniky.....	55
6.3.1	Základní relaxační technika.....	55
6.3.2	Relaxační technika před spaním.....	55
6.3.3	Jacobsonova progresivní relaxace.....	55
6.3.4	Meditace klidu.....	55
6.4	Jak se vyhnout syndromu vyhoření.....	57

1 ÚVOD

Každého člověka během života čeká povinnost o někoho pečovat. Ať je to péče o malé dítě či nemocného rodinného příslušníka, vždy je náročná. Pečovatele vysiluje po stránce fyzické a hlavně psychické. Dennodenní působení fyzické zátěže a psychického stresu má na pečovatele negativní vliv, zvláště co se týká zdravotní a emocionální stránky. Postupem času se mohou objevit problémy v rodině, práci a mohou být narušeny mezilidské vztahy.

Pečovatel má nedostatek času sám na sebe, na uspokojování svých vlastních potřeb a užívání si koníčků a zájmů. Nevěnuje se signalizujícím příznakům, že něco není v pořádku a nepřikládá jim žádnou váhu.

Syndrom vyhoření je velmi diskutovaným tématem, hlavně v odvětví zdravotnických povolání. Myslím si, že laičtí pečovatelé nejsou o tomto problému dostatečně informováni a možná se i domnívají, že se jich syndrom vyhoření netýká. Proto jsem se rozhodla tento problém probádat a zaměřit se na výšku míry ohrožení syndromem vyhoření u laických pečovatelů.

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ ZÁMĚRY

Bakalářská práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření u osob, které pečují o blízké členy rodiny postižené progresivním neurodegenerativním onemocněním.

V tomto výzkumu jsem se zaměřila na výšku míry ohrožení syndromem vyhoření u laických pečovatelů a také na náročnost vykonávané péče. Také by mě zajímalo, zda budou respondenti využívat úlevovou péči či pobyty.

Cílem výzkumu je zjistit:

1. do jaké míry jsou syndromem vyhoření ohroženi rodinní příslušníci, kteří pečují o nemocné s progresivním neurodegenerativním onemocněním, a jaké rizikové faktory jsou se syndromem vyhoření spojeny.
2. zda rodinní příslušníci pečující o nemocné s progresivním neurodegenerativním onemocněním využívají úlevovou péči či pobyty a jaké jsou souvislosti mezi užíváním této péče nebo pobytů, výškou rizika syndromu vyhoření a nároky na pečovatele.

Výzkumné záměry:

1. Předpokládám, že míra ohrožení syndromem vyhoření bude vyšší u pečovatelů, kteří delší dobu poskytují péči nemocnému rodinnému příslušníkovi.
2. Domnívám se, že pokud bude pečovatel sdílet společnou domácnost s nemocným rodinným příslušníkem, bude míra ohrožení syndromem vyhoření vyšší.
3. Předpokládám, že u zaměstnaných pečovatelů bude míra ohrožení syndromem vyhoření vyšší.
4. Podle mého názoru bude míra ohrožení syndromem vyhoření vyšší u pečovatelů, kteří uvedou zdravotní stav nemocného rodinného příslušníka jako špatný nebo velmi špatný.
5. Myslím si, že úlevové pobyty budou pravidelně využívat pečovatelé s vyšším rizikem syndromu vyhoření.
6. Domnívám se, že osoby, které uvádějí velké až neúnosné požadavky na roli pečovatele, budou více využívat úlevových pobytů či péče.

3 TEORETICKÁ ČÁST

3.1 SYNDROM VYHOŘENÍ

3.1.1 Definice syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření neboli burnout syndrom se vyskytuje po celou dobu lidské existence. Avšak poprvé byl tento pojem uveden do literatury až v roce 1974 americkým psychoanalytikem Herbertem J. Freudenbergerem v časopise „Journal of Social Issues“. V 70. až 80. letech 20. století se zvedl o tuto problematiku obrovský zájem. (Kebza; Šolcová, 2003)

Dále se syndrom vyhoření stal více diskutovatelným na přelomu 80. - 90. let 20. století, kdy řada zemí procházela transformačními změnami. Vznik syndromu vyhoření je zkoumán jak v souvislosti s těmito změnami, tak i s finančními a ekonomickými krizemi. (Kebza; Šolcová, 2003)

V dnešní době je syndrom vyhoření obrazně přirovnáván k silně hořícímu ohni, který živí velká motivace a elán. Postupem času dochází k dohořívání až uhasnutí ohně, protože jej nemá co vydržovat. (Snopková, 2007)

Syndrom vyhoření lze tedy definovat jako určitý druh stresu, emocionální únavy a frustrace z důsledku očekávaného pozitivního výsledku, který se nedostaví nebo ho není dosaženo.

V posledních letech se ve světové literatuře objevilo mnoho definic syndromu vyhoření, ale neexistuje jednotné vymezení tohoto pojmu. Většina definic se alespoň shoduje v některých bodech:

1. *Jde především o psychický stav, prožitek vyčerpání.*
2. *Vyskytuje se zvláště u profesí obsahujících jako podstatnou složku pracovní náplně „práci s lidmi“.*
3. *Tvoří jej řada symptomů především v oblasti psychické, částečně však též v oblasti fyzické a sociální.*
4. *Klíčovou složkou symptomu je zřejmě emoční exhause, kognitivní vyčerpání a „opotřebení“ a často i celková únava.*
5. *Všechny hlavní složky tohoto syndromu resultují z chronického stresu.*¹

¹ Kebza, V.; Šolcová, I. *Syndrom vyhoření*. s.7

3.1.2 Příčiny syndromu vyhoření

Ve společnosti se výskyt syndromu vyhoření objevuje čím dál častěji. Příčin může být hned několik. Podíl na výskytu a vzniku burnout syndromu má jistě zvyšující se celkové životní tempo, požadavky na vyšší výkonnost, prodloužil se produktivní věk lidí a tím pádem je zde nutnost větší potřeby čelit těmto nárokům. Jednou z hlavních příčin je působení každodenního chronického stresu, který nejčastěji pochází z pracovního prostředí. (Snopková, 2007)

Syndrom vyhoření se může projevit u všech zaměstnaneckých kategorií. Dříve byl popisován jen u lidí, kteří vykonávají práci s druhými lidmi (lékaři, zdravotní sestry, pečovatelé, policisté a další). Později se ukázalo, že jsou ohroženi lidé i v dalších profesích jako jsou např. poštovní úředníci, sociální pracovníci, pracovníci věznic a další profesní skupiny. Do ohrožené skupiny patří také osoby, které jsou závislé na hodnocení druhých, např. umělci, sportovci. Co se týče pohlaví, jsou více ohroženy ženy, které se snaží být stoprocentní jak na pracovišti, tak i v domácnosti. (Kebza; Šolcová, 2003; Snopková, 2007)

Vliv pracovního prostředí zde má tedy také svoji roli. Pracovní činnost, která byla dříve naplněním života, se mění a provázejí ji pocity zklamání.

Nejrizikovějšími pracovišti jsou ta, kde „výdej“ převažuje „příjem“, kde zaměstnanci pracují s vysokým emočním a osobním nasazením. Pracovní výkon je nedostatečně oceněn, je zde málo uznání a pochvaly. Práce této osoby je zhoršena, ztrácí zájem na dalším profesním růstu a často se objevují negativní až cynické pocity, postoje ve vztahu k ostatním. (Vymětal, 2003)

Lidé pracující s druhými lidmi jsou naučeni vyhledávat a uspokojovat potřeby svých klientů. Na hledání a uspokojování svých vlastních potřeb nemají čas, anebo neví jakým způsobem mají těchto potřeb dosáhnout.

Příčiny vzniku je třeba hledat i v osobnostním charakteru. Více jsou ohroženy osoby nadměrně zodpovědné, úzkostlivé, s rysy k perfekcionismu, velmi ambiciózní osoby a workholici. Dále jedinci, kteří jsou méně odolní vůči stresu, mají nízké sebevědomí a jsou emočně labilní, nebo depresivně laděni.

Vyhoření by se tedy dalo definovat jako postupná ztráta idealismu a energie.

Syndrom vyhoření nevzniká jen z prosté přemíry práce. Rozvoj burnout syndromu riskujeme například když:

- *shledáváte těžké říci „ne“ k dalším a dalším úkolům nebo odpovědnostem*
- *jste pod stálým tlakem náročných úkolů po delší dobu*
- *vaše vysoké nároky vám ztěžují podělit se o práci s kolegy či podřízenými*
- *jsste se snažili dosáhnout příliš mnoho cílů po dlouhou dobu*
- *dávali příliš velkou emocionální podporu po dlouhou dobu²*

Do jisté míry vznik syndromu vyhoření ovlivňují životní události, které člověka potkávají. Ať jsou to události malé či velké, mohou zásadně ovlivnit život, např. vážná nemoc nebo úmrtí blízké osoby, rozpad rodiny, ztráta zaměstnání. Nezáleží na vnějším posouzení dané události, ale na osobním hodnocení a prožívání životní události.

3.1.3 Příznaky burnout syndromu

Syndrom vyhoření může být akutní i chronický. Akutní burnout syndrom může nastat po nadměrné pracovní zátěži a pokud se podmínky vrátí k normálnímu stavu nebo je-li možnost odpočinku, relaxace, cítí se dotčený opět dobře. Jedná-li se o chronický syndrom vyhoření, probíhá delší dobu a pozvolně. Příznaky se objevují v různých rovinách. (Jobánková, 2002)

V psychické oblasti je výrazný pocit duševního vyčerpání a to především emocionálního. Dále je popisován výrazný pokles, až ztráta motivace, únava s celkovým utlumením a oploštěním emocionality, redukce kreativity a iniciativy. Převažuje depresivní ladění, pocity smutku, bezvýchodnosti a beznaděje, věci pro dotčeného ztrácejí význam. Také se objevují negativistické postoje, cynismus, sebelítost a vymizení empatie. Rovněž se změní pracovní výkon, který se zredukuje na rutinní postupy a užívání stereotypních frází. (Bártlová, 2005; Kebza; Šolcová, 2003; Snopková, 2007)

Na úrovni fyzické se dostaví celková únava, apatie a ochablost. Typická je rychlá unavitelnost. Dále se zde projevují vegetativní potíže, mezi které patří bolesti u srdce, pocity bušení srdce a změny srdeční frekvence, zažívací a dýchací obtíže. K těmto vegetativním projevům se přidávají bolesti hlavy, poruchy spánku, bolesti ve svalech a celkové napětí. Zde je nutné odlišit syndrom vyhoření od syndromu chronické únavy. Oba jsou si značně podobné. Ovšem při syndromu chronické únavy se k výše uvedeným příznakům ještě přidávají zvýšené tělesné teploty, bolesti v krku, bolestivost lymfatických uzlin, migrující otoky a bolesti kloubů a svalů. V určité vývojové fázi syndromu vyhoření je velké riziko vzniku závislosti všeho druhu. (Bártlová, 2005; Kebza; Šolcová, 2003; Snopková, 2007)

² Tošner, J.; Tošnerová, T. *Burn-Out syndrom, Syndrom vyhoření*. s.5

V oblasti sociálních vztahů dochází k omezování kontaktů s okolním světem a to zvláště s osobami majícími vztah k dané profesi. Postižená osoba nejeví zájem o hodnocení od ostatních osob a postupně přibývají konfliktní situace. (Kebza; Šolcová, 2003; Snopková, 2007)

Podle některých studií (např. studie W. Schaufeli) může být syndrom vyhoření „infekční“. Vysvětlení spočívá v přirovnání k lavinové reakci, kdy se projeví syndrom vyhoření u jednoho jedince v kolektivu a následovně může být spouštěčem u dalších pracovníků. Ch. Maslach v této souvislosti vyslovila domněnku, že syndrom vyhoření nějakého pracovníka je signálem nefungující části organizace. (Kebza; Šolcová, 2003; Snopková, 2007)

3.1.4 Fáze syndromu vyhoření

Fáze vývoje syndromu vyhoření:

- *nadšení: vysoké ideály, vysoká angažovanost;*
- *stagnace: ideály se nedaří realizovat, mění se jejich zaměření. Požadavky klientů, jejich příbuzných, či zaměstnavatele začínají obtěžovat;*
- *frustrace: pracovník vnímá klienta negativně, pracoviště pro něj představuje velké zklamání;*
- *apatie: mezi pracovníkem a klientem vládne nepřátelství, pracovník se vyhýbá odborným rozhovorům s kolegy a jakýmkoliv aktivitám;*
- *syndrom vyhoření: dosaženo stádia úplného vyčerpání - ztráta smyslu práce, cynismus, odosobnění, odcizení, vymizení reflexe vnitřních norem*³

Tento proces probíhá po mnoho měsíců až let. Délka jednotlivých fází je také velmi individuální. (Vališová, 2008)

Výše uvedené fáze syndromu vyhoření se mohou na jedinci projevovat nevýrazně a skrytě a nebo naopak mohou být velmi výrazné. Záleží na osobnostní charakteristice jedince a to zvláště na senzitivitě. Občas se člověk cítí přepracovaně, což si uvědomuje, a někdy se cítí špatně a neví proč. (Tošner; Tošnerová, 2002)

Vždy je důležité mít kolem sebe rodinu, přátele a volný čas vyplňovat osobními zájmy a koníčky. Práce nebo péče o nemocného rodinného člena by se neměla stát hlavním smyslem života.

Pokud se syndrom vyhoření začne projevovat, je nutné tomuto problému věnovat pozornost a vyhledat odbornou pomoc. Ve fázi stagnace je nejlepší předpoklad k zabránění rozvoje tohoto syndromu. Pokud se již jedinec dostane do fáze frustrace a apatie, je cesta zpět náročná. Je zde nutností, aby postižený člověk pochopil svůj problém a snažil se ho zastavit.

³ Tošner., J.; Tošnerová, T. *Burn-Out syndrom, Syndrom vyhoření.* s.5

V poslední fázi úplného vyhoření je léčba časově velice zdlouhavá a je potřeba využít pravidelné odborné pomoci např. psychologa, psychoterapeuta a dalších. (Tošner; Tošnerová, 2002)

3.1.5 Diagnostika syndromu vyhoření

I když se hovoří o syndromu vyhoření a má specifické příznaky, nebývá v české klinické praxi vnímán jako diagnostická kategorie a není v našich podmínkách brán jako choroba z povolání, i přes prokazatelný negativní vliv na pracovní výkon. Avšak mezinárodní klasifikace nemocí syndrom vyhoření zařadila *do skupiny diagnóz Z 73 - „Problémy spojené s obtížemi při vedení života“ i do kategorie Z 73-0 „Vyhasnutí (vyhoření)“*.⁴

Před vyslovením diagnózy „burnout syndrom“ je důležité se soustředit na jednotlivé příznaky a na prožívání těchto příznaků u postižených jedinců. Dále se syndrom vyhoření diagnostikuje pomocí speciálních psychologických metod a jejich vyhodnocení. Nejčastěji jsou používány dotazníky založené na porovnávacích škálách a vedené rozhovory. (Kapounová, 2007)

Při pozorování jednotlivých symptomů a jejich prožívání, je potřeba dbát na správnou úvodní orientaci. Syndrom vyhoření se svými projevy podobá některým jiným nemocem a je nutné je od sebe odlišit. Podobnost příznaků můžeme najít u depresivních či bipolárních poruch. Symptomy se od sebe odlišují v časovém průběhu. Depresivní ladění se při těchto poruchách objevuje sezónně - jaro a podzim. Při vyhoření se vyskytuje zřídka. Další podobající se burnout syndromu je porucha alexithymie. Ta se projevuje nedostatkem slov k vyjádření emocí. Pacienti s alexithymií nedokáží emoce vyjádřit, zatímco jedinci s burnout syndromem emoce redukují. Jiným lehce zaměnitelným syndromem je tzv. CFS („chronic fatigue syndrome“), tedy syndrom chronické únavy. Odlišnosti byly popsány v předchozí kapitole. (Kebza; Šolcová, 2003)

⁴ Tošner., J.; Tošnerová, T. *Burn-Out syndrom, Syndrom vyhoření*. s.13

Ve své bakalářské práci jsem se rozhodla použít dotazník Burnout Measure.

Burnout Measure (BM) (viz příloha)

Pomocí tohoto dotazníku můžeme zjistit míru psychického vyhoření. BM byl vytvořen Ayal Pines a Elliot Aronson roku 1981. Jedná se o druhou nejčastěji používanou metodu k diagnostice syndromu vyhoření. (Křivohlavý, 1998)

Tento dotazník se skládá z 21 položek, které se hodnotí podle sedmibodové škály typu „Jak často“. Je zaměřen na tři základní aspekty syndromu vyhoření a to na pocity fyzického vyčerpání, emocionálního vyčerpání a psychického vyčerpání. (Křivohlavý, 1998)

Tento dotazník má dobrou míru shody s výsledky jiných psychologických vyšetření jako je např. spokojenost s prací a vlastním životem, se snahou odejít z práce, s fyzickými zdravotními problémy, s pocity beznaděje. (Křivohlavý, 2003)

Výsledky se interpretují podle hodnoty BQ (burnout quotient) a ta je hodnotou psychického vyčerpání postiženého jedince. Výsledky BM jsou hodnoceny podle tabulky, která byla vytvořena výše zmíněnými autorkami. Hodnoty BQ jsou rozděleny do pěti skupin a každá skupina určuje míru ohrožení syndromem vyhoření. Skupina, která dosáhla nejnižší hodnoty BQ = 2 a méně, je ohodnocena dobrým výsledkem BM a není ohrožena syndromem vyhoření. Naopak u skupiny, která dosáhla nejvyššího výsledku BQ = 5 a více, je již přítomný syndrom vyhoření s velice rozvinutými příznaky. Průměrná hodnota BQ je 3,3. (Křivohlavý, 1998)

Dotazník BM byl použit v různých výzkumech zabývajících se syndromem vyhoření. Byl aplikován např. u vybraných a speciálních pedagogických pracovníků, dále u sociálních pracovníků, u policistů, pracovníků zdravotnické záchranné služby, u laických pečovatелů a dalších skupin. BM ale zatím nebyl použit u skupiny pečovatелů, kteří se starají o nemocné s progresivním neurodegenerativním onemocněním.

Maslach Burnout Inventory (MBI)

Tento dotazník je jedním z nejznámějších ke sledování syndromu vyhoření u exponovaných profesí.

MBI se zaměřuje na tři faktory, z nichž dva jsou laděni negativně a jeden pozitivně. Negativní faktory se zaměřují na emocionální vyčerpání a depersonalizaci, pozitivní faktor na osobní uspokojení z práce. Každý faktor se hodnotí jednotlivě.

3.1.6 Terapie syndromu vyhoření

Jedinec, u kterého se objevily příznaky syndromu vyhoření, potřebuje pomoc a to hlavně druhé osoby. Ve většině případů si již není schopen pomoci sám. V této situaci ani tak nepomůže dovolená, ale je mnohem efektivnější více odpočívat. Je dobré se věnovat jiným méně náročnějším záležitostem, ale především sám sobě. Vhodná je výměna zkušeností se spolupracovníky nebo přáteli, i když syndromem vyhořením netrpí. Z rozhovoru s druhými lidmi lze získat informace ke zvládnutí situace. Pokud je již syndrom vyhoření rozvinut více, je nutností vyhledat odbornou pomoc psychologa nebo psychoterapeuta. Jestliže se u postiženého jedince vyskytly vážné deprese, je vhodnější vyhledat pomoc psychiatra. Tito odborníci posoudí vzniklou situaci a mohou doporučit další kroky. (Jobánková, 2002)

Při léčbě se používají tzv. psychoterapeutické zdroje. Mezi tyto zdroje patří existenciální psychoterapie, což vyplývá ze souvislostí. V amerických podmínkách se existenciální psychoterapie soustřeďuje na vnitřní svět prožitků, na smysl života, svobody ... V Evropě se na tuto metodu utvořili dvě psychoterapeutické školy. (Kebza; Šolcová, 2003)

První z nich je tzv. daseinsanalýza, která se snaží jedinci pomoci nalézt cestu k pochopení jeho existence. Klade podstatný důraz na jedinečnost a neopakovatelnost individuality. Daseinsanalýza se nezaměřuje na to, jaký byl jedinec v minulosti, ale na to, kam směřuje - na budoucnost. Cílem této metody je pochopení vlastní existence a naučit se být sám sebou. Terapeut je zde jako konzultant, který nabízí různá doporučení, nikoliv příkazy. (Kebza; Šolcová, 2003)

Dalším existenciálním východiskem je logoterapie. Za cíl si tato metoda vytyčila pomoci jedinci vyhledat řešení v situacích existenciální frustrace prostřednictvím nalezení smyslu života objevováním a naplňováním hodnot. (Kebza; Šolcová, 2003)

Dalším léčebným prostředkem je tzv. behaviorální terapie, která je spíše doplňující. Je více zaměřena na dílčí problémy, ale neřeší postatu problému. (Kebza; Šolcová, 2003)

3.1.7 Prevence syndromu vyhoření

Nejdůležitější je zaměření se na vlastní zdraví a kondici, a to zvláště na rozumnou výživu, dostatek spánku a fyzickou aktivitu. To vše je velice individuální a je potřeba se nad tímto zamyslet a najít pro sebe to nejvhodnější. (Vališová, 2008)

Velikou výhodou pro každého z nás je ovládání relaxačních technik. Je dobré je používat pravidelně a co nejdříve po fyzické zátěži. U člověka zvyšují pocit kontroly a sebejistoty aktivně ovlivňovat svůj stav. Do těchto preventivních relaxačních technik můžeme zařadit

Jacobsonovu progresivní relaxaci, meditaci klidu, základní relaxační techniku a relaxační techniku před spaním (viz příloha). (Jobánková, 2002; Vališová, 2008; Snopková, 2007)

Do předcházení syndromu vyhoření patří pěstování dobrých mezilidských vztahů. Vytváříme kolem sebe sociální síť, ve které můžeme v těžkých životních situacích hledat první pomoc. Doporučuje se nemít přátele jen z pracovního prostředí, ale udržovat dobré mezilidské vztahy s lidmi z různých profesí, zájmů či životních stylů. (Jobánková, 2002; Vališová, 2008)

Dalším je celoživotní vzdělávání a to nejen co se týče profese, ale např. i studium cizích jazyků nebo rozvíjení dalších dovedností.

Také je se třeba naučit říkat „ne“, vštípit si oddělovat pracovní a osobní život, nebát se změn a spíše je považovat za výzvu, snížit nároky jak na sebe, tak i na okolí, dále se naučit být asertivní a umět vyjadřovat svoje pocity, i když jsou třeba negativní.

Role sestry

Do prevence syndromu vyhoření také spadá práce zdravotní sestry a lékaře, kteří ošetřují nemocného rodinného příslušníka.

Je důležité nejen hodnotit stav pacienta, ale i celkový stav členů rodiny. Sestra by se měla zaměřit hlavně na psychickou stránku pečovatelů - posoudit psychický stav, chování, jednání a prožívání pečovatele s přihlédnutím k situaci, ve které se dotyčná osoba nachází. Dále by měla sestra zjistit, jaké má pečovatel záliby a zájmy a také jak tráví svůj volný čas. Po domluvě s ošetřujícím lékařem může sestra použít některé ze standardizovaných dotazníků pro odhalení výšky rizika syndromu vyhoření. Po vyhodnocení vše sestra prokonzultuje s lékařem. Pokud je již psychická zátěž na pečovatele neúnosná, může sestra ve spolupráci s lékařem doporučit péči psychologa a dalších odborníků.

Ohledně tělesného stavu pečovatele by se měla sestra soustředit na jeho příjem tekutin a potravy, dostatečného střídání odpočinku, spánku a pracovního nasazení.

Další podstatnou oblastí je zmapování domácího prostředí, ve kterém se nachází nemocný rodinný příslušník i pečovatel (pokud sdílí společnou domácnost). K úpravě prostředí domácnosti může sestra nabídnout a doporučit různé pomůcky a prostředky pro usnadnění péče. Při nabízení a doporučení různých pomůcek a prostředků je nutné myslet na pomoc sociálního pracovníka, protože některé pomůcky si musí uživatel hradit sám. Sestra by měla dát rodině kontakt na příslušného sociálního pracovníka.

Po zhodnocení stavu nemocného rodinného příslušníka i pečovatele může sestra spolu s lékařem zvážit možnost odlehčovacích služeb. Seznámit rodinu s touto možností

a nabídnout jim tyto služby. Dnešní úroveň úlevové péče nebo pobytů je velice kvalitní a je zaměřena na individuální potřeby vzhledem k určitým onemocněním klientů. Je ale nutné znovu kontaktovat sociální pracovníci, protože si tyto služby musí plně hradit sám uživatel. Dle zákona o sociálních službách je odlehčovací péče definována:

„(1) Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,*
- d) poskytnutí ubytování v případě pobytové služby,*
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- f) sociálně terapeutické činnosti,*
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,*
- h) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.“⁵*

V registru poskytovatelů sociálních služeb je přes 200 organizací, které se liší cílovou skupinou uživatelů. Sestra by měla znát tyto organizace alespoň ve svém okolí.

Další možností je nabídnutí různých klubů, sdružení, které se liší dle typu onemocnění. Např. ROSKA je sdružení pro nemocné s roztroušenou sklerózou, dále Česká alzheimerská společnost, společnost Parkinson ...

3.2 PROGRESIVNÍ NEURODEGENERATIVNÍ ONEMOCNĚNÍ

3.2.1 Charakteristika progresivních neurodegenerativních onemocnění

Při průběhu těchto onemocnění postupně zanikají některé nervové buňky. To je spojeno s velmi závažnými psychickými a neurologickými příznaky.

Psychické příznaky neurodegenerativních onemocnění se projevují ztrátou paměti a rozumových schopností, poruchami chování a často se přidávají halucinace a bludy. Neurologické příznaky se týkají správné koordinace a řízení pohybu a řeči. (Seidl; Obenberger, 2004)

⁵ ZÁKON č. 108/2006 Sb. o sociálních službách [online]. Praha : Parlament České republiky, 2006 [cit. 2009-3-20].

Dostupný z WWW <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=108/2006>

Jde o velmi vážná onemocnění, která jsou značně zatěžující jak pro pacienty, tak pro celou rodinu i společnost.

Příčiny a patofyziologie těchto onemocnění jsou doposud málo známé. Možnosti léčby jsou nedostačující a prognóza je u většiny onemocnění špatná. (Seidl; Obenberger, 2004; Horáček; Motlová, 1996)

Předpokládá se, že příčinou těchto onemocnění je genetická abnormalita vyvolávající biochemickou poruchu. Jedná se buď o omezení produkce některé bílkoviny nebo o změnu její struktury, která je poté nepoužitelná. Porucha metabolismu buňky vede k morfologickým odchylkám a to zvláště ke ztrátě funkcí poškozených skupin neuronů. Z lokalizace a míry poškození později vyplývají klinické příznaky. (Horáček; Motlová, 1996)

Většina neurodegenerativních onemocnění je dědičná. Mutace buď zasáhne jeden gen nebo změni úsek DNA. (Seidl; Obenberger, 2004)

3.2.2 Roztroušená skleróza mozkomíšní (RS)

Je to autoimunitní zánět, který postihuje myelin (nachází se kolem axonu, je tvořen proteiny a lipidy) a oligodendroglie mozku a míchy, což vede k destrukci těchto struktur. Z toho je vyplývající i úbytek axonů, které jsou důležité pro přenos vzruchu z jednoho neuronu na druhý. (Seidl; Obenberger, 2004)

Příčina tohoto onemocnění není známá, ale přesto je považována za autoimunní proces. Nejvíce postihuje mladé dospělé ve věku mezi 20. - 40. rokem života. Ženy jsou tímto onemocněním postiženy dvakrát častěji než muži. (Seidl; Obenberger, 2004)

První ataka se velice často objevuje po prodělaném infekčním onemocnění, po porodu, psychickém nebo fyzickém stresu či poranění, ale může se projevit i bez vyvolávajícího momentu.

Na počátku onemocnění se objevují nespecifické příznaky jako je únava, bolesti hlavy, depresivita a bolesti v končetinách. Prvním specifickým příznakem bývá parestezie, která spontánně odezní. Proto jí nemocný nepřikládá žádný význam. Dalším specifickým příznakem je mlhavé vidění a bolest při pohybu bulbů. Pokud se na počátku choroby objeví tyto popsané příznaky, bývá většinou průběh RS mírnější. (Seidl; Obenberger, 2004)

Dalším příznakem je flexe v krku, která provokuje nepříjemný výboj do končetin. Porucha citlivosti, tzv. dysestezie, v podobě pálení až ztráty citlivosti pro teplo. Poruchy motoriky jsou ve většině případů spastické. Objeví se monoparézy či paraparézy dolní končetiny. Postižení horních končetin přichází spíše později. Mozečkové příznaky se projevují poruchou pohybové

souhry. Šilhání nebo mžikavost jsou příznaky kmenového postižení. S poruchou hybnosti dolních končetin úzce souvisí vyprazdňování močového měchýře a sexuální poruchy. Může dojít až k inkontinenci moči. Z poruch nálady se nejčastěji objevují deprese, které převládají nad euforií. (Seidl; Obenberger, 2004)

Prognóza je závislá na počtu prodělaných atak za jeden rok. Čím méně jich během 1 roku proběhne, tím je prognóza příznivější.

3.2.3 Alzheimerova choroba

Způsobuje progresivní odumírání nervových buněk v mozkové hemisféře.

Vývoj nemoci může probíhat po dobu 8 - 20 let, a to v závislosti na zdravotním stavu jedince. Dá se říct, že nemoc postupuje vlastním tempem a dané projevy každý pociťuje individuálně. Během nemoci nemocný přichází o jednotlivé mozkové funkce a chováním se začíná podobat malému dítěti. Avšak řada dovedností bývá zachována. (Callone; Kudlacek, 2008; Waberžinek; Krajíčková, 2006)

Alzheimerova nemoc je nejčastější příčinou demence ve středním a vyšším věku. (Callone; Kudlacek, 2008)

O příčinách tohoto onemocnění vzniklo mnoho nejasností. Je zde nesporný vliv genetiky.

Toto onemocnění můžeme rozdělit do tří stádií (některé literatury uvádějí rozdělení až do pěti stádií) - rané, mírné a pokročilé stádium. (Callone; Kudlacek, 2008)

Rané stádium - vyvíjí se během prvních 3. - 5. let průběhu nemoci. První oblast mozku, ve které dochází k odumírání buněk, je paměť a to hlavně krátkodobá. Zapomíná, zakládá své věci, ale přesto popírá jakékoliv problémy s pamětí. Logické myšlení a sociální dovednosti jsou zachovány, proto jedinec působí naprosto normálně a nemá potřebu vyhledávat lékaře. (Callone; Kudlacek, 2008)

Mírné stádium - odumírání mozkových buněk se dále šíří. U nemocného se objevují problémy s oblékáním, ztrácí orientaci, toulá se a bloudí v prostředí, které kdysi znal. Nemůže si vybavit používání předmětů běžné denní potřeby, nezvládá běžné denní úkony jako je např. nakupování, úklid. Postupem času nedokáže slučovat vizuální a sluchové informace se správnou reakcí těla. (Callone; Kudlacek, 2008)

Pokročilé stádium - projevuje se ztrátou schopnosti úsudku, logického myšlení a sociálních dovedností. V tomto stádiu nemoc oslabuje kontrolu mozku nad tělem a z toho vyplývá další příznak - ztráta schopnosti pečovat sám o sebe. Zapomíná jíst a tím i rychle hubne. Nepoznává blízké osoby a je velice zmatený. (Callone; Kudlacek, 2008)

Diagnostika tohoto onemocnění je podle výše uvedených příznaků a použití speciálních vyšetřovacích metod. Další metodou je používání testů jako je MMSE, Mini-Mental State Examination a DAD, Disability Assessment in dementia. MMSE je test kognitivních funkcí a zkoumá paměťové a další funkce mozku vzhledem k nemoci. DAD slouží k ohodnocení schopností provádět běžné denní aktivity. (Callone; Kudlacek, 2008; Waberžinek; Krajíčková, 2006)

V současné době lékařský obor nezná žádnou účinnou léčbu tohoto onemocnění. Pouze dokáže zpomalit její průběh.

3.2.4 Parkinsonova nemoc

Příčina onemocnění není doposud známá. Jedná se o onemocnění bazálních ganglií. Parkinsonova nemoc postihuje rovnoměrně obě pohlaví a typické objevení této nemoci je kolem 60. roku života.

Mezi základní příznaky patří poruchy rozsahu a průběhu pohybů. Ty jsou zpomalené a rozsah je snížený. Ve většině případů se vyskytují společně, jen může být každý vyjádřen jinou intenzitou. Dále je to zvýšené napětí svalů a to zvláště agonistů a antagonistů. Typický je třes dolních končetin, čelisti, jazyka, víček. Třes akrálních částí těla. Po dobu spánku a relaxace vymizí. Popisována je maska na obličeji se ztuhlostí mimického svalstva, tzv. hypomimie, ke které se přidává pomalejší a monotónní mluva. Celkově je nemocný jedinec málo pohyblivý, pomalý a dělá krátké a zpomalené krůčky. U pokročilejších stavů se vyskytují pohybové blokády s velkými obtížemi startu chůze. (Waberžinek; Krajíčková, 2006)

Psychické potíže zahrnují paranoidně psychotické stavy, deliria a amentní stavy. Dále nemocný trpí poruchami spánku, halucinacemi, úzkostmi a ataky paniky. (Waberžinek; Krajíčková, 2006)

Terapie je ve většině případech farmakologická, ale pokud není účinná je indikována terapie neurochirurgická. Stejně jako u Alzheimerovy choroby, nelze Parkinsonovu nemoc vyléčit. Velmi dobré výsledky jsou alespoň v potlačování příznaků a zachování co možná nejvyšší kvality života nemocných. Důležitou složkou terapie je rehabilitace. (Waberžinek; Krajíčková, 2006)

3.2.5 Amyotrofická laterální skleróza (ALS)

Onemocnění postihuje motoneurony v oblasti předních rohů míšních a mozkového kmene. Motoneurony postupem času odumírají a tím mozek ztrácí schopnost ovlivňovat pohyb svalů. Svalstvo slábne, atrofuje a není ani dostatečně vyživováno. V konečném stadiu je pacient zcela paralyzován. (Waberžinek; Krajíčková, 2006)

Příčina tohoto onemocnění také není známá. Vzácně může vzniknout po úrazu elektrickým proudem. Choroba se nejčastěji projevuje mezi 50. - 60. rokem života.

Některé literatury uvádějí tři formy ALS - sporadická forma (nejčastější), dále familiární (dědičná, 5 - 10 % případů) a guamská forma. (Waberžinek; Krajíčková, 2006)

Na počátku amyotrofické laterální sklerózy se příznaky objevují asymetricky na horních nebo dolních končetinách. Brzy poté následuje svalová slabost, někdy bolestivé křeče a záškuby ve svalech. Z toho vyplývá zhoršení funkcí rukou a nohou. Mohou nastat i poruchy řeči, polykání a dýchání. Psychické příznaky se projevují nekontrolovatelnými záchvaty smíchu nebo pláče. (Waberžinek; Krajíčková, 2006)

Nejčastěji se ALS diagnostikuje pomocí elektromyografie, dále se může provádět biopsie svalů nebo nervů, rentgenové vyšetření, magnetická rezonance a další neurologická vyšetření. (Waberžinek; Krajíčková, 2006)

Bohužel je prognóza u tohoto onemocnění velice nepříznivá. Průměrná délka života pacientů s ALS je asi 3 - 5 let. (Waberžinek; Krajíčková, 2006)

Léčba není doposud známá a lze pouze zmírnit symptomy a předcházet vzniku komplikací. Je nutná nutriční kompenzace, výživa sondou a intenzivní ošetrovatelská péče.

4 VÝZKUMNÁ ČÁST

4.1 VÝZKUMNÉ ZAMĚRY

1. Předpokládám, že míra ohrožení syndromem vyhoření bude vyšší u pečovatelů, kteří delší dobu poskytují péči nemocnému rodinnému příslušníkovi.
2. Domnívám se, že pokud bude pečovatel sdílet společnou domácnost s nemocným rodinným příslušníkem, bude míra ohrožení syndromem vyhoření vyšší.
3. Předpokládám, že u zaměstnaných pečovatelů bude míra ohrožení syndromem vyhoření vyšší.
4. Podle mého názoru bude míra ohrožení syndromem vyhoření vyšší u pečovatelů, kteří uvedou zdravotní stav nemocného rodinného příslušníka jako špatný nebo velmi špatný.
5. Myslím si, že úlevové pobyty budou pravidelně využívat pečovatele s vyšším rizikem syndromu vyhoření.
6. Domnívám se, že osoby, které uvádějí velké až neúnosné požadavky na roli pečovatele, budou více využívat úlevových pobytů či péče.

4.2 METODIKA VÝZKUMU

Pro sběr dat k výzkumné části bakalářské práce jsem zvolila metodiku kvantitativního výzkumu prostřednictvím anonymních dotazníků.

Dotazník se skládal ze standardizovaného dotazníku Burnout Measure (viz příloha) a mnou vytvořeným dotazníkem.

Před vlastním výzkumným šetřením jsem provedla pilotáž, podle které jsem poupravila jak samotný dotazník, tak i cíle a výzkumné záměry bakalářské práce. Dotazníky byly vyplňovány za mé přítomnosti s laickými pečovateli z mého blízkého okolí. U každé otázky jsem se tázala zda je srozumitelná a pro respondenta pochopitelná. Pouze otázka č. 5 měla dvojí význam. Původní znění otázky bylo: „Jaký je váš vztah k nemocnému rodinnému příslušníkovi?“. Respondenti neporozuměli, zda se táži na vztah pečovatele k nemocnému nebo naopak. Proto jsem tuto otázku položila jiným způsobem: „V jakém jste vztahu k nemocnému rodinnému příslušníkovi? Jste:“(možnosti odpovědí - manžel/ka, dcera/syn, druh/družka, rodič). Ostatní otázky byly pochopitelné. Poté jsem upravila výzkumné záměry a cíle, které jsem blíže specifikovala. Na základě upravených výzkumných záměrů jsem z dotazníku odstranila otázky, které nebyly potřebné k mému výzkumu.

Dotazníky byly rozdány v Pardubické krajské nemocnici a.s. v neurologických ambulancích a na odděleních neurologie, poté na ambulanci klinických studií na Poliklinice v Rychnově nad Kněžnou a ještě jsem oslovila nemocné s progresivním neurodegenerativním onemocněním přes webové stránky a požádala jejich členy rodiny o spolupráci. Dotazníky byly určeny pro laické pečovatele, kteří se starají o rodinné příslušníky s progresivním neurodegenerativním onemocněním. Výběr respondentů byl náhodný. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků, z nichž se mi vrátilo 73 dotazníků. Po důsledné kontrole jsem musela 13 dotazníků vyřadit, neboť byly jen částečně vyplněny a nemohly být použity k mému výzkumu. Výzkum probíhal od začátku měsíce února do poloviny března tohoto roku.

Dotazník obsahoval 15 otázek, které byly sestaveny do čtyř částí. První část se týkala stručné charakteristiky pečovatelů (pohlaví, věk, vztah pečovatele k nemocnému, onemocnění rodinného příslušníka). Druhá část dotazníku byla zaměřena na délku poskytované péče, sdílení společné domácnosti, zaměstnání pečovatele a na subjektivní hodnocení pečovatele ohledně zdravotního stavu rodinného příslušníka a na vlastním hodnocení poskytované péče. Třetí část se zabývala využíváním úlevové péče či úlevových pobytů. Ve čtvrté části jsem použila standardizovaný dotazník Burnout Measure, pomocí kterého jsem zhodnotila míru ohrožení syndromem vyhoření.

Vlastní dotazník (první až třetí část dotazníku) obsahoval různé druhy typů otázek. Převážná část byla tvořena uzavřeným typem otázek. Mezi tento druh uzavřených otázek jsem zařadila dichotomické a polytomické otázky. Dále jsem použila otevřený, polouzavřený a filtrační typ otázek.

Výsledky z vlastního dotazníku, tedy první až třetí části, jsem zhodnotila do tabulek a grafů, ve kterých jsem uvedla absolutní a relativní četnost. Vyhodnocení dotazníku BM jsem provedla podle předlohy.

4.3 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Burnout Measure (BM)

BM se skládá z 21 otázek, na které mohl respondent odpovídat pomocí stupnice „Jak často“ - 1 = nikdy, 2 = jednou za čas, 3 = zřídka kdy, 4 = někdy, 5 = často, 6 = obvykle, 7 = vždy.

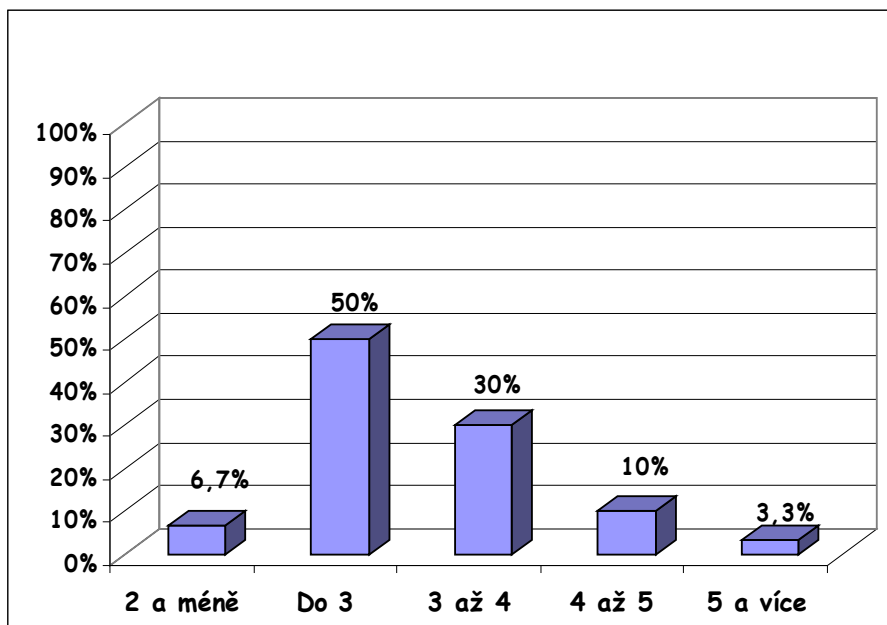
Poté se podle daného vzorce vypočítala hodnota BQ, která udává míru ohrožení syndromem vyhoření. Tyto hodnoty BQ byly rozřazeny do pěti skupin a byla k nim přiřazena určitá míra ohrožení syndromem vyhoření (viz tab. 1). Nejnižší hodnoty BM (tedy BQ = 2 a méně) značí pro velmi dobrý výsledek. Jedinec není v tuto chvíli ohrožen syndromem vyhoření. Nejvyšší hodnoty BM, tedy BQ = 5 a více, jsou alarmujícími. U jedince je přítomen syndrom vyhoření s plně rozvinutými příznaky a je zde nutná okamžitá pomoc odborníka. (Křivohlavý, 1998)

Hodnoty BQ z dotazníku Burnout Measure byly porovnávány s určitými otázkami. Při porovnání jsem poukazovala na faktory, kterými může být míra ohrožení syndromem vyhoření ovlivněna. Z celkových hodnot z BM byl udělán průměr podle počtu odpovídajících respondentů.

Nejvíce zastoupená je skupina respondentů, jejíž výsledek BM je ještě uspokojivý. Další početnější skupinu tvoří respondenti, kteří by si měli ujasnit žebříček životních hodnot a zamyslet se nad svým vlastním životem. U 13,3 % respondentů je již přítomný syndrom vyhoření a nebo jsou v havarijním stavu. Zde je nutná pomoc odborníků a kvalifikovaných pracovníků (viz tab. 1 a obr. 1).

Tab. 1 BM

BM	Absolutní četnost	Relativní četnost	
2 a méně	4	6,7%	Dobrý výsledek
Do 3	30	50%	Uspokojivý výsledek
3 až 4	18	30%	Ujasnit si žebříček hodnot, zamyslet se nad smysluplností života
4 až 5	6	10%	Již přítomný syndrom vyhoření
5 a více	2	3,3%	Havarijní stav, nutná okamžitá intervence
Počet celkem	60	100%	



Obr. 1 Graf BM

1. Pohlaví

Tato otázka je druhem uzavřené dichotomické otázky.

První otázka dotazníku se věnovala procentuálnímu zastoupení žen a mužů v roli pečovatele (viz tab. 2). Jak vyplývá z tabulky, podstatná část rodinných pečovatelů je zastoupena ženským pohlavím a to v 63,4 %. Procentuální zastoupení mužů v roli pečovatele je 36,6 %.

Tab. 2 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	38	63,4%
Muž	22	36,6%
Počet celkem	60	100%

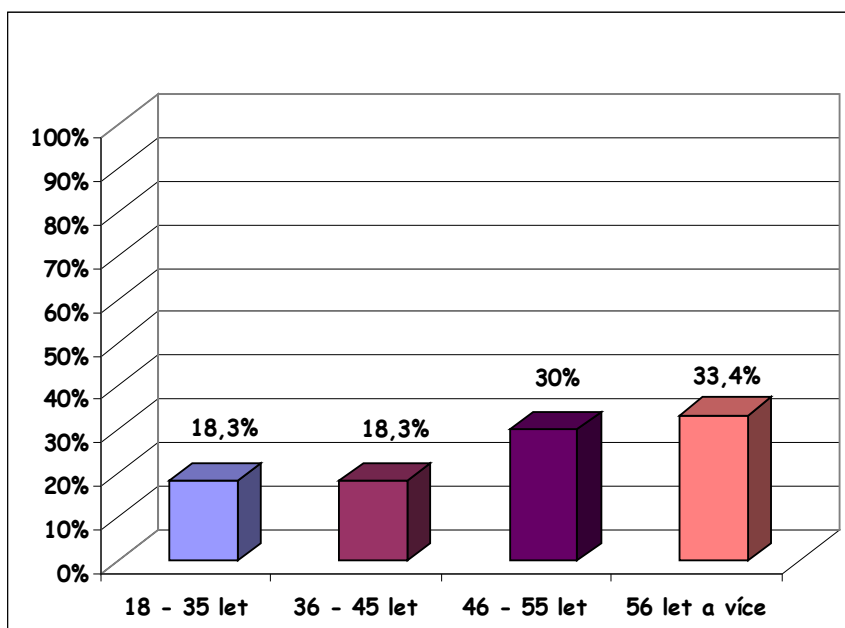
2. Kolik je Vám let?

Tato otázka je typem otázky uzavřené polytomické.

Druhá otázka se týkala věku respondentů. Respondenty jsem rozdělila do čtyř věkových skupin (viz tab. 3). Nejvíce zastoupenou věkovou skupinou byli respondenti staří 56 let a více a to v necelých 34 %. Nepodstatně menší skupinu tvořili respondenti ve věku 46 - 55 let a to v 30 % (viz obr. 2). Obě věkové skupiny 18 - 35 let a 36 - 45 let tvořili respondenti v 18 %.

Tab. 3 Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
18 - 35 let	11	18,3%
36 - 45 let	11	18,3%
46 - 55 let	18	30%
56 let a více	20	33,4%
Počet celkem	60	100%



Obr. 2 Graf věku respondentů

3. Sdílíte s nemocným rodinným příslušníkem společnou domácnost?

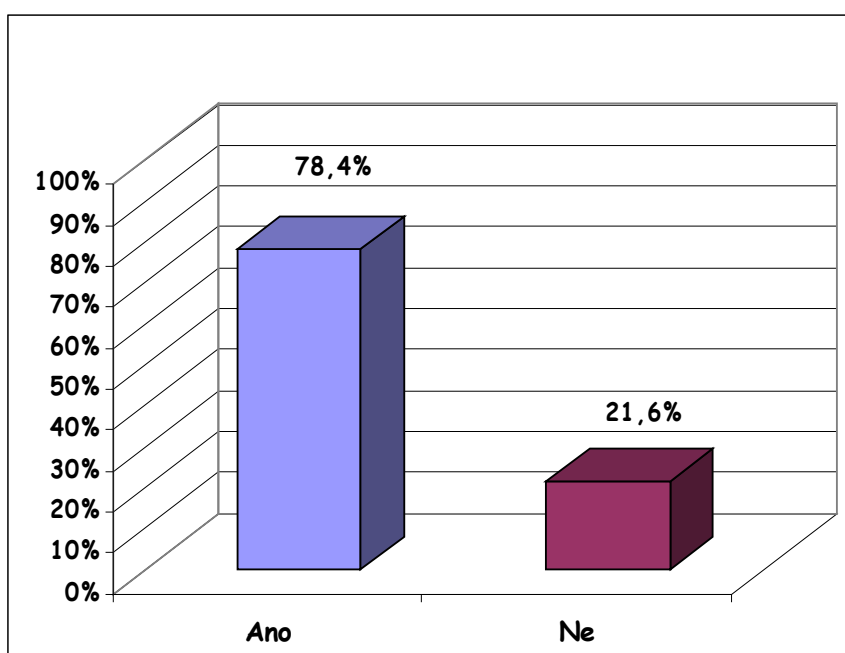
Třetí otázka je druhem uzavřené dichotomické otázky.

Tato otázka byla zaměřena na sdílení společné domácnosti pečovatele s nemocným rodinným příslušníkem. Necelých 80 % respondentů odpovědělo, že s rodinným příslušníkem užívají společnou domácnost (viz obr. 3).

Společné sdílení domácnosti bylo porovnáváno s mírou ohrožení syndromem vyhoření. Jak vyplývá z tabulky, užívání společné domácnosti má vliv na psychickou zátěž pečovatele a tedy i na rozvoj syndromu vyhoření. Respondenti dosáhli průměrné hodnoty BM 3,2 (viz tab. 4).

Tab. 4 Sdílení společné domácnosti

Společná domácnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Poměr z BM
Ano	47	78,4%	3,2
Ne	13	21,6%	2,7
Počet celkem	60	100%	3,1



Obr. 3 Graf sdílení společné domácnosti

4. Jste mimo péči o rodinného příslušníka ještě zaměstnán/a?

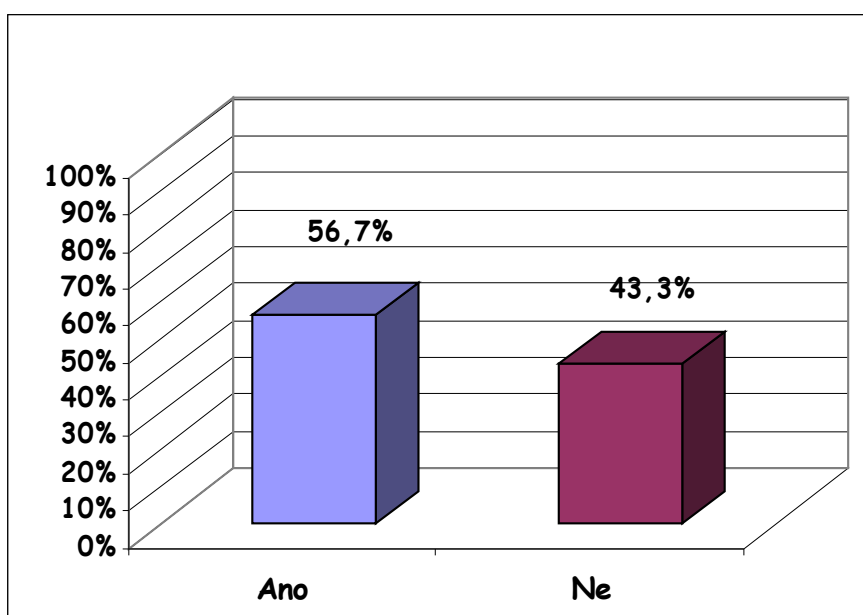
Na tuto otázku byl použit typ otázky uzavřené dichotomické.

Čtvrtá otázka měla za úkol zjistit, zda jsou respondenti mimo péči o rodinného příslušníka ještě zaměstnání. V 56,7 % byli respondenti zaměstnání i mimo domácnost. Ve 43,3 % respondenti zaměstnání nebyli a mohli se věnovat rodinnému příslušníkovi (viz obr. 4).

Vliv zaměstnání na míru ohrožení syndromem vyhoření zde nebyl prokázán. Vyšší míra ohrožení syndromem vyhoření je u pečovateli bez dalšího zaměstnání (viz tab. 5).

Tab. 5 Zaměstnání respondentů mimo péči o rodinného příslušníka

Zaměstnání	Absolutní četnost	Relativní četnost	Průměr z BM
Ano	34	56,7%	2,9
Ne	26	43,3%	3,4
Počet celkem	60	100%	3,1



Obr. 4 Graf zaměstnání respondentů mimo péči o rodinného příslušníka

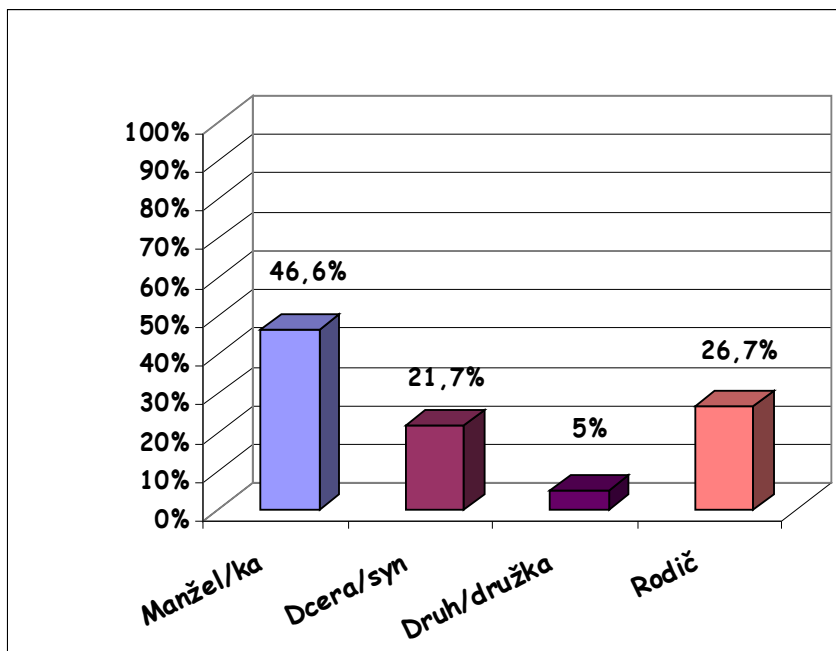
5. V jakém jste vztahu k nemocnému rodinnému příslušníkovi? Jste:

Zde byl použit typ uzavřené polytomické otázky.

Tato otázka spadá do charakteristiky respondentů, tedy laických pečovateli. Nejčastěji byli respondenti k rodinnému příslušníkovi ve vztahu manželském a to v necelých 46 %. Druhou nejčastěji zastoupenou skupinou byli rodiče nemocných rodinných příslušníků (viz tab. 6 a obr. 5).

Tab. 6 Vztah k rodinnému příslušníkovi

Vztah k nemocnému	Absolutní četnost	Relativní četnost
Manžel/ka	28	46,6%
Dcera/syn	13	21,7%
Druh/družka	3	5%
Rodič	16	26,7%
Počet celkem	60	100%



Obr. 5 Graf vztahu k rodinnému příslušníkovi

6. Jak dlouho zastáváte roli pečovatele/ky?

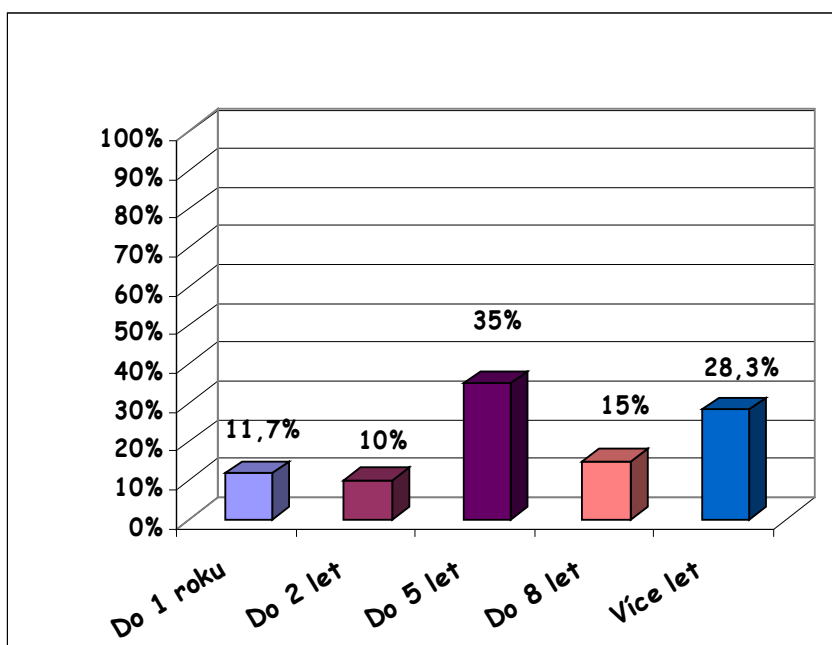
Tato otázka je typem otevřeným.

Šestá otázka se zabývala délkou poskytované péče rodinnému příslušníkovi. Odpovědi respondentů byly zařazeny do pěti skupin pro lepší zpracování do tabulek a grafů. Nejvíce zastoupená skupina respondentů pečovala o nemocného rodinného příslušníka maximálně pět let. Druhou značně zastoupenou skupinou byli respondenti, kteří pečovali o rodinného příslušníka déle než osm let (viz obr. 6).

Délka poskytované péče v porovnání s mírou ohrožení syndromem vyhoření je zde patrná (viz tab. 7). Jak vyplývá z tabulky, čím delší dobu se pečovatelé starali o nemocného rodinného příslušníka, tím vyšší u nich byla průměrná hodnota BM.

Tab. 7 Délka poskytované péče

Délka péče	Absolutní četnost	Relativní četnost	Průměr z BM
Do 1 roku	7	11,7%	2,7
Do 2 let	6	10%	2,8
Do 5 let	21	35%	2,9
Do 8 let	9	15%	3
Více let	17	28,3%	3,6
Počet celkem	60	100%	3,1



Obr. 6 Graf délky poskytované péče

7. Jak velké požadavky na roli pečovatele/ky jsou na vás kladeny?

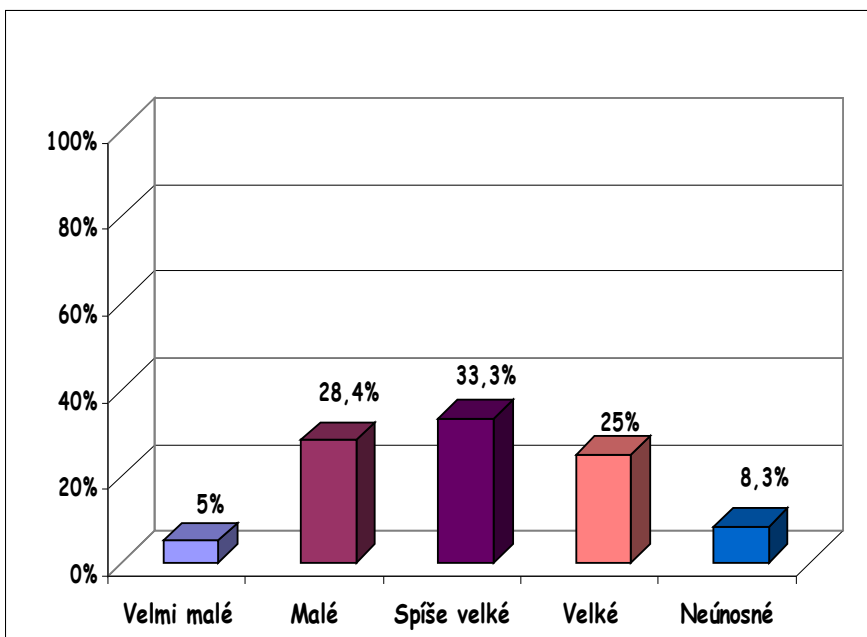
Sedmá otázka je druhem uzavřené polytomické otázky.

Tato otázka byla zaměřena na subjektivní ohodnocení respondenta ohledně požadavků na roli pečovatele. Většina respondentů, ve 33,3 %, odpověděla, že požadavky na roli pečovatele jsou na ně kladeny spíše velké. Malé požadavky jsou na pečovatele kladeny v 28,4 % (viz tab. 8 a obr. 7).

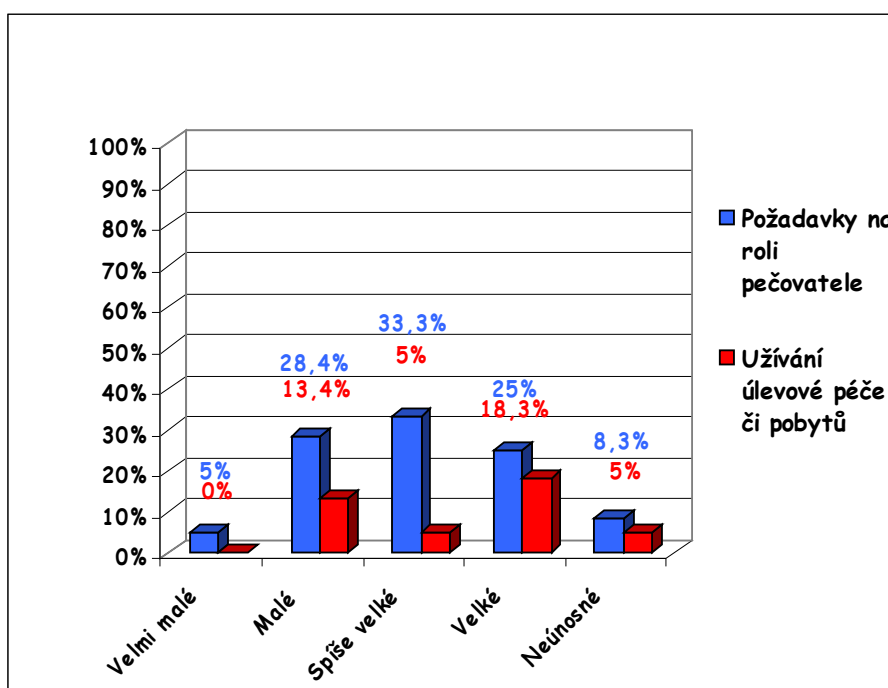
Výška kladených požadavků byla srovnávána s užíváním úlevové péče či pobytů. Nejvíce využívají úlevovou péči či pobyty respondenti, kteří sebehodnotí nároky na roli pečovatele jako velké - z 25 % respondentů užívá úlevovou péči 18,3 % (viz tab. 8 a obr. 8).

Tab. 8 Požadavky na roli pečovatele

Požadavky na roli pečovatele			Užívání úlevové péče či pobytů	
Možnost odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost	Počet respondentů	%
Velmi malé	3	5%	0	0%
Malé	17	28,4%	8	13,4%
Spíše velké	20	33,3%	3	5%
Velké	15	25%	11	18,3%
Neúnosné	5	8,3%	3	5%
Počet celkem	60	100%	25	41,7%



Obr. 7 Graf požadavků na roli pečovatele



Obr. 8 Graf porovnání kladených požadavků na roli pečovatele s využíváním úlevové péče či pobytů

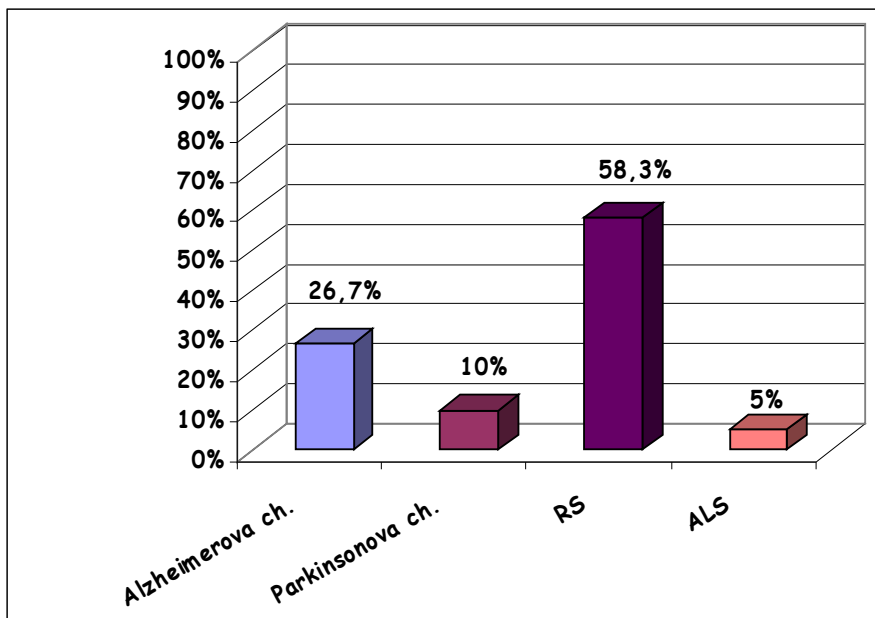
8. Jaké onemocnění má váš rodinný příslušník?

Otázka je druhem uzavřeným polytomickým.

Osmá otázka spadá do charakteristiky respondentů a nemocných rodinných příslušníků. Nejvíce respondentů pečovalo o nemocné s roztroušenou sklerózou mozkomíšní, a to více jak polovina dotazovaných. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou byli respondenti pečující o rodinné příslušníky s Alzheimerovou chorobou (viz tab. 9 a obr. 9).

Tab. 9 Onemocnění rodinného příslušníka

Onemocnění	Absolutní četnost	Relativní četnost
Alzheimerova choroba	16	26,7%
Parkinsonova choroba	6	10%
RS	35	58,3%
ALS	3	5%
Počet celkem	60	100%



Obr. 9 Graf onemocnění rodinného příslušníka

9. Jak byste ohodnotil/a zdravotní stav rodinného příslušníka?

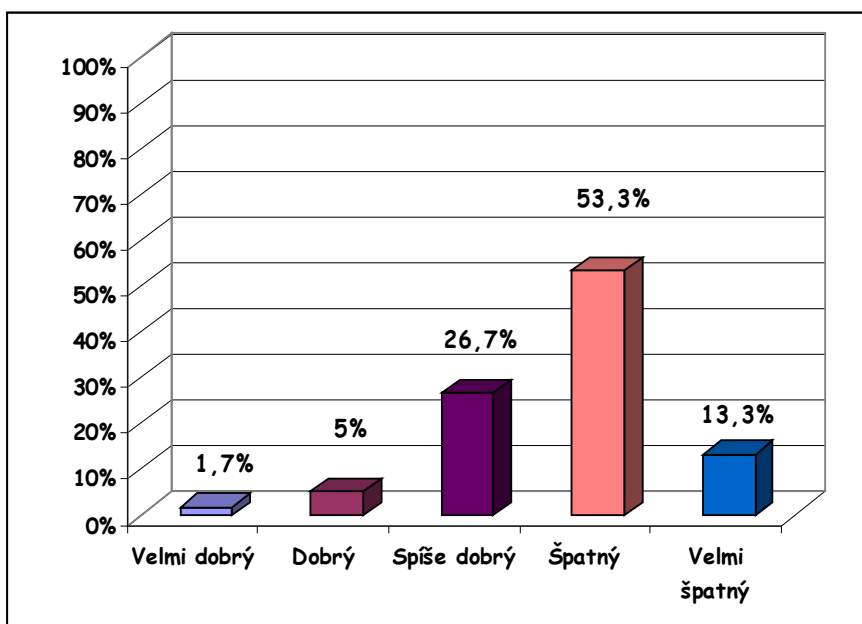
Otázka je typem uzavřeným polytomickým.

Devátá otázka měla za cíl zjistit, jak pečovatelé subjektivně hodnotí zdravotní stav nemocného rodinného příslušníka. Více jak polovina respondentů posuzuje zdravotní stav nemocné blízké osoby jako špatný. 26,7 % pečovatelů si myslí, že zdravotní stav nemocné blízké osoby je spíše dobrý (viz obr. 10).

Míra ohrožení syndromem vyhoření a subjektivní hodnocení stavu nemocného rodinného příslušníka jsou ve vzájemném vztahu. Pečující, kteří udávali stav nemocné blízké osoby jako velmi špatný, dosáhli průměrné hodnoty BM 4,1. Tato hodnota svědčí pro přítomnost syndromu vyhoření (viz tab. 10).

Tab. 10 Zdravotní stav rodinného příslušníka

Zdravotní stav	Absolutní četnost	Relativní četnost	Průměr z BM
Velmi dobrý	1	1,7%	1,5
Dobrý	3	5%	2,3
Spíše dobrý	16	26,7%	3,2
Špatný	32	53,3%	3,9
Velmi špatný	8	13,3%	4,1
Počet celkem	60	100%	3,1



Obr. 10 Graf zdravotního stavu rodinného příslušníka

10. Využíváte úlevovou péči, úlevové pobyty?

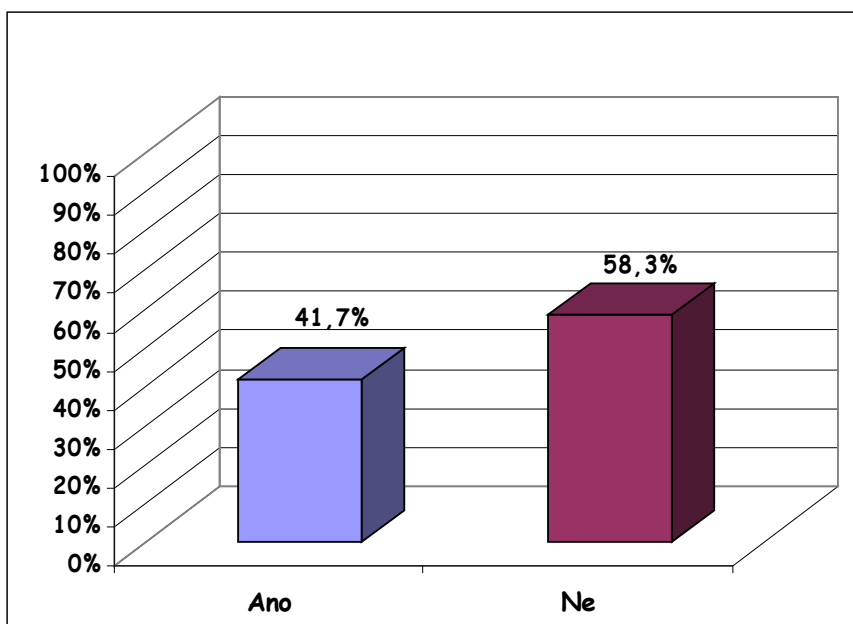
Tato otázka je typem filtračním a uzavřeným dichotomickým a měla rozdělit respondenty do dvou skupin.

Desátá otázka v dotazníku se týkala užívání úlevové péče či úlevových pobytů. Pouhých 41,7 % pečovatelů úlevové pobyty či péči využívají. Více jak polovina respondentů tuto péči nevyužívá (viz obr. 11).

Užívání těchto úlevových pobytů či péče bylo porovnáváno s mírou ohrožení syndromem vyhoření. Pečovatelé, kteří využívají těchto pobytů nebo péče, dosáhly v průměru vyšších hodnot BM (viz tab. 11).

Tab. 11 Užívání úlevové péče či pobytů

Užívání úlevové péče či pobytů	Absolutní četnost	Relativní četnost	Průměr z BM
Ano	25	41,7%	3,1
Ne	35	58,3%	2,9
Počet respondentů	60	100%	3,1



Obr. 11 Graf užívání úlevové péče či pobytů

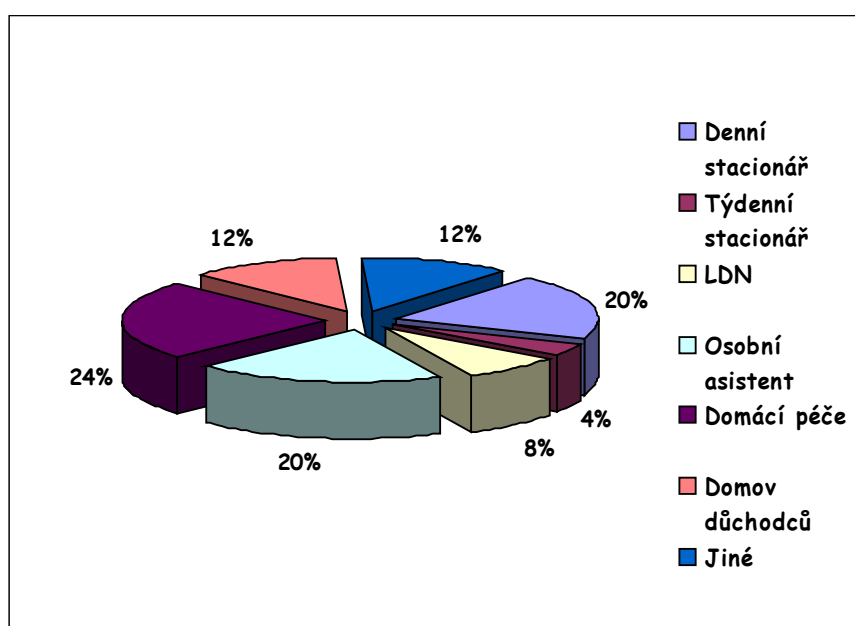
11. Jaký typ úlevové péče využíváte?

Tato otázka je druhem polouzavřeným.

Jedenáctá otázka měla za cíl určit, jaký typ úlevové péče respondenti nejčastěji využívají. Nejvíce je využíváno služeb domácí péče a to ve 24 %. Poté je využíváno ve 20 % denních stacionářů a osobních asistentů a ve 12 % domovů důchodců či jiných služeb (viz tab. 12 a obr. 12). Do jiných služeb respondenti uváděli lázeňské a rekondiční pobyty, babičku či Domov sv. Kryštofa.

Tab. 12 Typ úlevové péče nebo pobytů

Typ úlevové péče/pobytů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Denní stacionář	5	20%
Týdenní stacionář	1	4%
LDN	2	8%
Osobní asistent	5	20%
Domácí péče	6	24%
Domov důchodců	3	12%
Jiné	3	12%
Počet celkem	25	100%



Obr. 12 Graf typu úlevové péče nebo pobytů

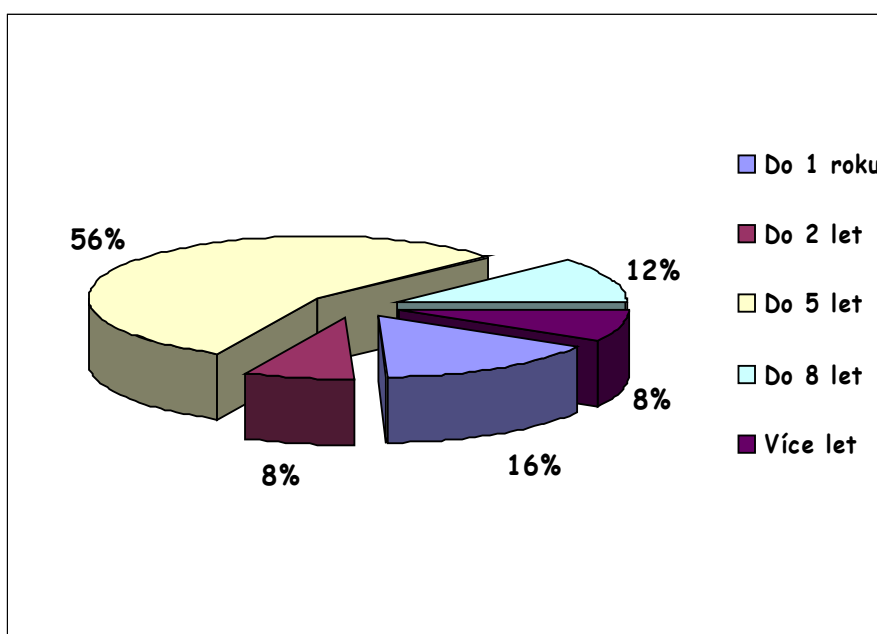
12. Kolik let/měsíců využíváte úlevovou péči, úlevové pobyty?

Dvanáctá otázka je druhem otevřené otázky.

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jak dlouho respondenti užívají úlevové péče nebo pobyty. Odpovědi respondentů jsem rozřadila do pěti skupin pro přehlednější zpracování do tabulek a grafů. Největší zastoupenou skupinou byli respondenti, kteří užívali tyto pobyty či péči maximálně 5 let. Tato skupina tvořila celých 56 %. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou byli respondenti užívající úlevové péče nebo pobyty do jednoho roku (viz tab. 13 a obr. 13).

Tab. 13 Délka užívání úlevových pobytů či péče

Kolik let	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 1 roku	4	16%
Do 2 let	2	8%
Do 5 let	14	56%
Do 8 let	3	12%
Více let	2	8%
Počet celkem	25	100%



Obr. 13 Graf délky užívání úlevové péče či pobytů

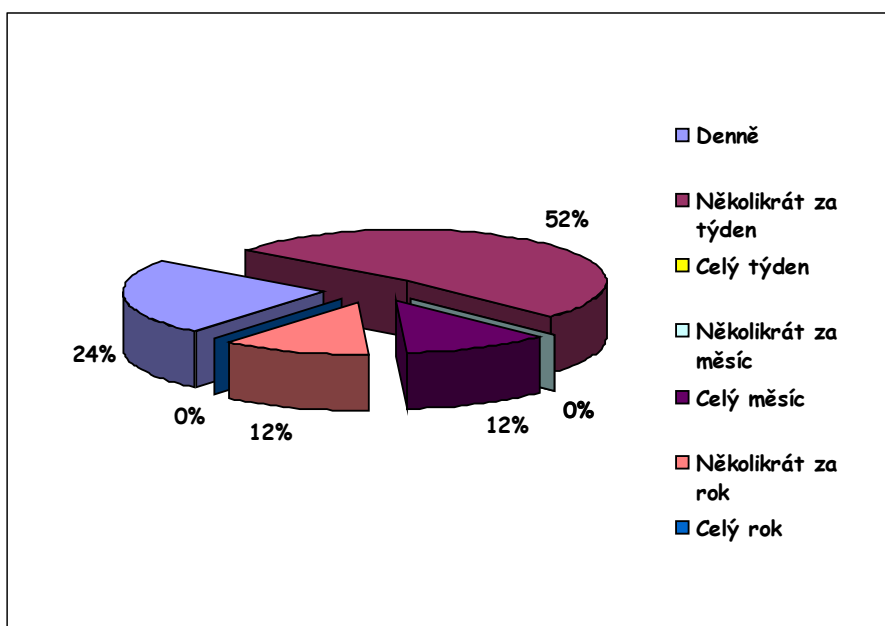
13. Jak často využíváte úlevovou péči?

Druh této otázky je uzavřený polytomický. Respondenti si mohli vybrat z pevně stanovených odpovědí.

Třináctá otázka byla zaměřena na častost užívání úlevové péče nebo pobytů. Tato otázka je spojena s otázkou předešlou, kde respondenti užívali nejvíce služeb domácí péče. Proto také více jak polovina respondentů odpověděla, že tyto služby využívají několikrát za týden (viz tab. 14 a obr. 14).

Tab. 14 Častost užívání úlevové péče nebo pobytů

Jak často	Abslutní počet	Relativní počet
Denně	6	24%
Několikrát za týden	13	52%
Celý týden	0	0%
Několikrát za měsíc	0	0%
Celý měsíc	3	12%
Několikrát za rok	3	12%
Celý rok	0	0%
Počet celkem	25	100%



Obr. 14 Graf častosti užívání úlevové péče nebo pobytů

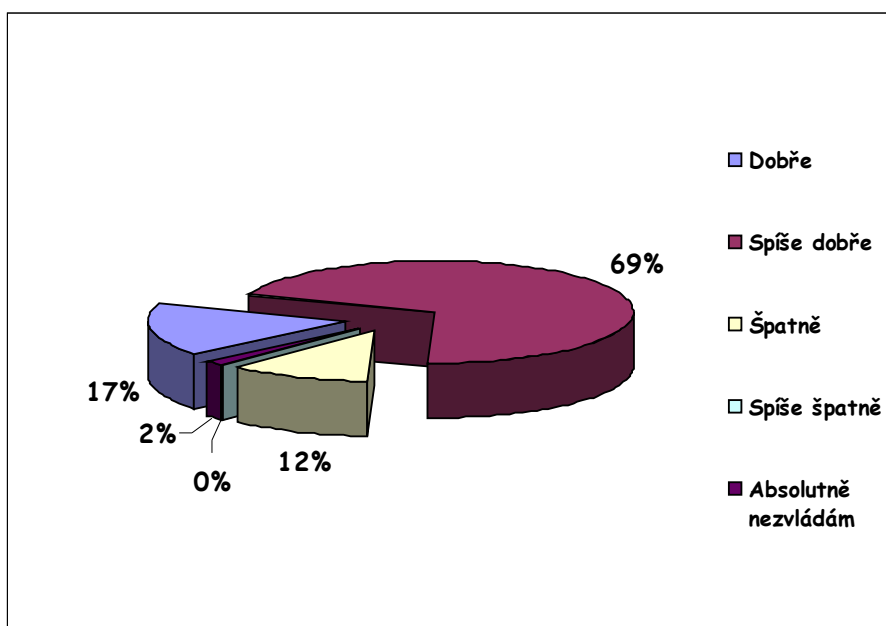
14. Jak si myslíte, že zvládáte péči rodinného příslušníka?

Tato otázka je druhem uzavřeným polytomickým.

Čtrnáctou otázkou jsem se zaměřila na subjektivní ohodnocení pečovatele, co se týče zvládání péče o nemocného rodinného příslušníka. 69 % respondentů si myslí, že zvládá péči spíše dobře. Dobře odpověděli respondenti v 17 % (viz tab. 15 a obr. 15).

Tab. 15 Zvládnutelnost péče

Zvládnutelnost péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dobře	10	17%
Spíše dobře	42	69%
Špatně	7	12%
Spíše špatně	0	0%
Absolutně nezvládám	1	2%
Počet celkem	60	100%



Obr. 15 Graf zvládnutelnosti péče

4.4 DISKUZE A ZÁVĚR

V této části práce shrnuji odpovědi na předem stanovené výzkumné záměry.

1. Předpokládám, že míra ohrožení syndromem vyhoření bude vyšší u pečovatелů, kteří delší dobu poskytují péči nemocnému rodinnému příslušníkovi.

Tento výzkumný záměr byl hodnocen na základě otázky č. 6 v porovnání s dotazníkem Burnout Measure (viz s. 28 - 29).

Z výzkumu je zřejmé, že s délkou poskytované péče nemocnému rodinnému příslušníkovi stoupá průměrná hodnota BM pečovatелů. Respondenti, kteří pečovali o blízkého člena rodiny po dobu maximálně jednoho roku, dosáhly průměrné hodnoty BM v uspokojivém výsledku. Naopak respondenti, kteří poskytovali péči nemocným rodinným příslušníkům déle než osm let, dospěli do fáze, kdy je již možné u nich objevit známky syndromu vyhoření, ale ještě není zcela rozvinut.

První výzkumný záměr je možné porovnat s diplomovou prací M. Jedlinské. Ve svém výzkumu došla také k závěru, že míra ohrožení syndromem vyhoření je jistě ovlivněna délkou poskytované péče. (Jedlinská, 2008)

Výzkumný záměr se potvrdil.

2. Domnívám se, že pokud bude pečovatel sdílet společnou domácnost s nemocným rodinným příslušníkem, bude míra ohrožení syndromem vyhoření vyšší.

Tento výzkumný záměr byl hodnocen na základě otázky č. 3 v porovnání s dotazníkem Burnout Measure. (viz s. 28 - 29)

U pečovatелů, kteří sdílejí společnou domácnost s nemocným členem rodiny, je průměrný výsledek BM vyšší. Dosáhl hodnoty 3,2. To je jistě ovlivněno i dalšími faktory, které mohou být např. neustálé vyžadování pozornosti pečovatele, nedostatek času sám na sebe a své zájmy, nedostatek odpočinku.

Výzkumný záměr je porovnatelný s výzkumem T. Tošnerové, který probíhal v letech 1998 - 1999 v České republice a byl popsán v příručce „*Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky*“. Tošnerová na základě výzkumu stanovila míru zátěže a rizika pro laického pečovatele. Dle výzkumu T. Tošnerové má užívání společné domácnosti vliv na míru psychické zátěže pečovatele. Míru ohrožení syndromem vyhoření tedy zvyšuje užívání společné domácnosti pečovatele a nemocného člena rodiny. (Tošnerová, 2001)

Tento výzkumný záměr se mi potvrdil.

3. Předpokládám, že u zaměstnaných pečovatelů bude míra ohrožení syndromem vyhoření vyšší.

Tento výzkumný záměr byl hodnocen na základě otázky č. 4 v porovnání s dotazníkem Burnout Measure. (viz s. 28 - 29)

Předpokládala jsem, že u pečovatelů zaměstnaných ještě mimo péči o nemocného rodinného příslušníka, budou hodnoty BM vyšší. Domnívala jsem se, že na respondenty jsou kladeny vyšší nároky, mají více povinností a budou zaujímat více rolí v životě. Zaměstnaní pečovatelé dosáhli průměrné hodnoty BM 2,9. U nezaměstnaných respondentů byl výsledek vyšší, průměrná hodnota BM dosáhla 3,4.

V diplomové práci M. Jedlinské bylo dosaženo závěru, že zaměstnaní pečovatelé mají průměrně nižší hodnoty BM. Tyto výsledky výzkumného šetření M. Jedlinské se shodují i s mými dosaženými výsledky. Míra ohrožení syndromem vyhoření tedy není ovlivněna ještě jiným zaměstnáním pečovatele. (Jedlinská, 2008)

Tento výzkumný záměr nebyl potvrzen.

4. Podle mého názoru bude míra ohrožení syndromem vyhoření vyšší u pečovatelů, kteří uvedou zdravotní stav nemocného rodinného příslušníka jako špatný nebo velmi špatný.

Tento výzkumný záměr byl hodnocen na základě otázky č. 9 v porovnání s dotazníkem Burnout Measure. (viz s. 28 - 29)

Z výzkumného šetření vyplývá, že míra ohrožení syndromem vyhoření je ovlivněna subjektivním hodnocením zdravotního stavu nemocného pečovatelem. Respondenti, kteří ohodnotili zdravotní stav osoby blízké jako velmi špatný, dosáhli průměrného výsledku BM 4,1. To už poukazuje na přítomnost syndromu vyhoření. Skupina pečovatelů, která zhodnotila zdravotní stav nemocného člena rodiny jako špatný, dosáhla průměrné hodnoty BM 3,9. Zdravotní stav zhodnocený jako spíše dobrý, zde respondenti dospěli k průměrné hodnotě BM 3,2. Dotazovaní, kteří ohodnotili zdravotní stav nemocné osoby jako velmi dobrý nebo dobrý, nepřesáhli průměrnou hodnotu BM 2,5.

Čtvrtý výzkumný záměr můžeme porovnat s diplomovou prací P. Bártové, která se zabývala emocionální zátěží osob pečujících o starší rodinné příslušníky. Bártová ve své práci hodnotila míru emocionální zátěže pečovatelů se závažností zdravotního stavu nemocného člena rodiny. Ve svém výzkumu došla k závěru, že se míra emocionální zátěže zvyšuje

v závislosti na závažnosti stavu rodinného příslušníka. Tedy, čím vážněji byl subjektivně ohodnocen zdravotní stav rodinného příslušníka pečovatelem, tím byla vyšší míra ohrožení syndromem vyhoření. (Bártová, 2008)

Tento výzkumný záměr se potvrdil.

5. Myslím si, že úlevové pobyty budou pravidelně využívat pečovatelé s vyšším rizikem syndromu vyhoření.

Tento výzkumný záměr byl hodnocen na základě otázek č. 10 v porovnání s dotazníkem Burnout Measure. (viz s. 28 - 29)

I zde byl výzkumem prokázán vztah mezi psychickou zátěží pečovatele a užíváním úlevové péče nebo pobytů. Respondenti užívající těchto služeb, měli prokazatelně vyšší hodnoty BM. Dosáhli průměrného výsledku 3,1. Pečovatelé, kteří nevyužívali těchto pobytů nebo péče, dospěli k průměrné hodnotě BM 2,9.

Dle výzkumu P. Bártové nemá užívání sociálních a zdravotních služeb vliv na míru psychické zátěže pečovatele. (Bártová, 2008)

Výsledky našich prací jsou v rozporu, proto se domnívám, že je tato problematika vhodným tématem dalších závěrečných prací.

Výzkumný záměr se potvrdil.

6. Domnívám se, že osoby, které uvádějí velké až neúnosné požadavky na roli pečovatele, budou více využívat úlevových pobytů či péče.

Tento výzkumný záměr byl hodnocen na základě otázek č. 7 a 10.

Respondenti subjektivně hodnotili výši nároků, které jsou na ně kladeny při poskytování péče nemocným rodinným příslušníkům. Toto ohodnocení bylo srovnáváno s užíváním úlevové péče či pobytů. Čím byly vyšší požadavky na roli pečovatele, tím více respondenti využívali úlevové péče nebo pobytů. Odpověď „neúnosné požadavky“ označilo celkem pět respondentů, z nichž tři tyto služby využívají. Patnáct respondentů určilo požadavky na roli pečovatele jako velké a z nich úlevovou péči nebo pobyty využívá 11 osob. U 17 odpovědí malé požadavky na roli pečovatele, využívá tuto službu 8 dotazovaných. U velmi malých požadavků žádný z respondentů tuto péči či pobyty nevyužívá.

Výzkumný záměr se tedy potvrdil.

ZÁVĚR

Cílem mého výzkumu bylo vypátrat jaká je míra ohrožení syndromem vyhoření u pečovatелů, kteří se starají o nemocné s progresivním neurodegenerativním onemocněním a jaké rizikové faktory jsou se syndromem vyhoření spojeny. Z výzkumného šetření, pomocí dotazníku Burnout Measure, jsem dospěla k výsledku, že 50 % pečovatелů dosáhlo uspokojivého výsledku BM a psychická zátěž je pro ně únosná. 6,7 % respondentů dosáhlo dobrých výsledků BM a není u nich nutná intervence. Ovšem u dalších respondentů je již důležitá pomoc odborníků. 30 % respondentů by si podle výsledku BM mělo ujasnit životní cíle, zamyslet se nad smysluplností života a upravit svůj denní rytmus. Snažit si vyšetřit čas sám pro sebe a věnovat se koníčkům či zálibám, dostatečně odpočívat a relaxovat. U 10 % pečovatелů byl podle BM již přítomný syndrom vyhoření. U této skupiny je nutná bezpodmínečná intervence odborníka - psychologa. Bohužel 3,3 % pečovatелů se již podle BM nachází v havarijním stavu a zde je velice důležité vyhledat okamžitou pomoc. Mezi rizikové faktory syndromu vyhoření patří společné žití v jedné domácnosti, délka poskytované péče nemocnému rodinnému příslušníkovi, dále subjektivní ohodnocení zdravotního stavu pečovatelem a vliv má i užívání úlevové péče nebo pobytů.

Dále jsem zjišťovala, zda rodinní příslušníci pečující o tuto skupinu nemocných užívají úlevovou péči či pobyty a jaká je souvislost mezi využíváním těchto služeb, výškou rizika syndromu vyhoření a nároky na pečovatele. Bohužel jsem z výzkumu zjistila, že úlevové pobyty nebo péči využívá jen necelých 42 % pečovatелů. Ostatních 58 % respondentů úlevovou péči neužívá. Měla jsem možnost se s některými pečovateli setkat osobně a ptala jsem se, z jakého důvodu tyto služby nevyužívají. Většina respondentů odpověděla, že tyto úlevové pobyty nebo péči neznají a ani jim nebyly nabídnuty. Ostatní dotazovaní odpovídali, že si myslí, že těchto služeb ještě není pro jejich rodinné příslušníky potřeba. Nejčastěji bylo využito služeb domácích agentur, osobního asistenta a denních stacionářů. Výška míry ohrožení syndromem vyhoření byla průměrně u pečovatелů využívajících úlevových pobytů či péče patrně vyšší. Výzkumem bylo prokázáno, že je zde souvislost mezi užíváním úlevových pobytů či péče a nároky na pečovatele. S rostoucími nároky na roli pečovatele vzrůstalo i užívání těchto služeb.

Vzhledem ke zjištěným výsledkům bych doporučila, aby byli laičtí pečovatелé dostatečně informováni o problematice syndromu vyhoření a to hlavně o prevenci tohoto syndromu. Z výzkumného šetření vyplynulo, že u 43,3 % respondentů je nutná různá intenzita odborné pomoci.

Dalším zjištěním tohoto výzkumného šetření bylo využívání úlevové péče nebo pobytů v malé míře. Předpokládala jsem se, že více jak polovina respondentů bude tyto služby využívat, ale výzkumem byl zjištěn pravý opak. Z rozhovoru s některými respondenty vyplynulo, že jsou nedostatečně informováni o těchto službách a jejich využití. Důležitá je informovanost i v této oblasti pomocí existence propagačních letáků a brožur a internetových stránek. Pečovatelé by měli být již informováni v ordinacích ošetřujícího lékaře, který pečuje o jejich nemocného rodinného příslušníka.

Myslím si, že téma syndrom vyhoření je stále aktuálnější, a proto bych navrhovala tuto problematiku k dalším tématům závěrečných prací.

5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BÁRTLOVÁ, S.; SADÍLEK, P.; TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetřovatelství*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7012-416-X.
- BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1197-4.
- BÁRTOVÁ, P. *Emocionální zátěž osob pečujících o starší rodinné příslušníky*. Brno : Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetřovatelství, 2008. 94 s. Vedoucí diplomové práce PhDr. Marie Macková Ph. D, RSW
- CALLONE, P. R.; KUDLACEK, C. a kol. *Alzheimerova nemoc. 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2320.
- HORÁČEK, J., MOTLOVÁ, L. Neurodegenerativní onemocnění. *Vesmír* [online]. 1996 [cit. 2008-10-20].
Dostupný z WWW : <http://www.vesmir.cz/clanky/clanek/id/909>.
- JEDLINSKÁ, M. *Globální strategie podpory zdraví se zaměřením na psychickou zátěž laických rodinných pečujících*. Pardubice : Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií, 2008. 98 s. Vedoucí diplomové práce doc. MUDr. Pavol Hlúbik, CSc.
- JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-365-1.
- KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.
- KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.

- KEBZA, V.; ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. 2. vyd. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-551-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.
- SEIDL, Z.; OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0623-7.
- SNOPKOVÁ, I. Burn-out syndrom čili syndrom vyhoření. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 7-8, s. 37-38.
- TOŠNER, J.; TOŠNEROVÁ, T. *Burn-Out syndrom. Syndrom vyhoření*. [online]. Praha : Hestia, 2002 [cit. 2008-10-25].
Dostupný z WWW : <http://www.hest.cz/ruzne/BURNOUT.doc>.
- TOŠNEROVÁ, T. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky*. 1. vyd. Praha : Ambulance pro poruchy paměti, 2001. ISBN 80-238-8001-2-8632.
- VALIŠOVÁ, A. *Jak získat, udržet a neztrácet autoritu*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2282-5.
- VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.
- WABERŽINEK, G.; KRAJÍČKOVÁ, D. a kol. *Základy speciální neurologie*. 1. vyd. Praha : Univerzita Karlova v Praze, 2006. ISBN 80-246-1020-5.
- ZÁKON č. 108/2006 Sb. o sociálních službách [online]. Praha : Parlament České republiky, 2006 [cit. 2009-3-20].
Dostupný z WWW :
http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=108/2006

6 PŘÍLOHY

6.1 VLASTNÍ DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Jana Kloučková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní a veškeré uvedené údaje budou sloužit jen pro účel mé bakalářské práce. Pokud není uvedeno jinak, své odpovědi kroužkujte.

Za Vaši spolupráci velice děkuji.

Jana Kloučková

1. Pohlaví:
a) žena b) muž
 2. Kolik je vám let?
a) 18 - 35 b) 36 - 45 c) 45 - 55 d) 56 a více
 3. Sdílette s nemocným rodinným příslušníkem společnou domácnost?
a) ano b) ne
 4. Jste mimo péči o rodinného příslušníka ještě zaměstnán/a?
a) ano b) ne
 5. V jakém jste vztahu k nemocnému rodinnému příslušníkovi? Jste:
a) manžel/ka b) dcera/syn c) druh/družka d) rodič
 6. Jak dlouho zastáváte roli pečovatele/ky?
.....let měsíců
 7. Jak velké požadavky na roli pečovatele/ky jsou na vás kladeny?
a) velmi malé b) malé c) spíše velké d) velké e) neúnosné
 8. Jaké onemocnění má váš rodinný příslušník?
a) Alzheimerova nemoc b) Parkinsonova choroba c) Roztroušená skleróza
d) Amyotrofická laterální skleróza
 9. Jak byste ohodnotil/a zdravotní stav rodinného příslušníka?
a) velmi dobrý b) dobrý c) spíše dobrý d) špatný e) velmi špatný
 10. Využíváte úlevovou péči, úlevové pobyty?
a) ano b) ne
- Pokud jste v otázce č. 10 označil/a ANO, odpovězte na následující otázky č. 11, č. 12 a č. 13. Pokud jste odpověděl/a NE, pokračujte otázkou č. 14.**
11. Jaký typ úlevové péče využíváte?
a) denní stacionář b) týdenní stacionář c) léčebny dlouhodobě nemocných
d) osobní asistent e) domácí péče f) domov důchodců
g) jiné (vypište)
 12. Kolik let/měsíců využíváte úlevovou péči, úlevové pobyty?
.....let měsíců
 13. Jak často využíváte úlevovou péči?
a) denně b) několikrát za týden c) celý týden d) několikrát za měsíc
e) celý měsíc f) několikrát za rok g) celý rok
 14. Jak si myslíte, že zvládáte péči rodinného příslušníka?
a) dobře b) spíše dobře c) špatně d) spíše špatně
e) absolutně nezvládám

15. K následujícím tvrzením přiřaďte číslo označující sílu pocitů, které obvykle prožíváte

**1 ... nikdy 2 ... jednou za čas 3 ... zřídka kdy 4 ... někdy 5 ... často
6 ... obvykle 7 ... vždy**

- 1) Byl jsem unaven
- 2) Byl jsem v depresi (tísni)
- 3) Prožíval jsem krásný den
- 4) Byl jsem tělesně vyčerpán
- 5) Byl jsem citově vyčerpán
- 6) Byl jsem šťasten
- 7) Cítil jsem se vyřízen (zničen)
- 8) Nemohl jsem se vzchopit a pokračovat dále
- 9) Byl jsem nešťastný
- 10) Cítil jsem se uhoněn a utahán
- 11) Cítil jsem se jakoby uvězněn v pasti
- 12) Cítil jsem se jako bych byl nula (bezcný)
- 13) Cítil jsem se utrápen
- 14) Tížily mne starosti
- 15) Cítil jsem se zklamán a rozčarován
- 16) Byl jsem slab a ne nejlepší cestě k onemocnění
- 17) Cítil jsem se beznadějně
- 18) Cítil jsem se odmítnut a odstrčen
- 19) Cítil jsem se pln optimismu
- 20) Cítil jsem se pln energie
- 21) Byl jsem pln úzkostí a obav

6.2 DOTAZNÍK BURNOUT MEASURE

Autoři: Ayala Pines, PhD a Eliot Aronson, PhD

Jak často máte následující pocity a zkušenosti? Použijte, prosím, tohoto odstupňování:

1 ...nikdy 2 ...jednou za čas 3 ...zřídka kdy 4 ...někdy 5 ...často 6 ...obvykle 7 ...vždy

1. Byl jsem unaven.
2. Byl jsem v depresi (tísni).
3. Prožíval jsem krásný den.
4. Byl jsem tělesně vyčerpán.
5. Byl jsem citově vyčerpán.
6. Byl jsem šťasten.
7. Cítil jsem se vyřízen (zničen).
8. Nemohl jsem se vzchopit a pokračovat dále.
9. Byl jsem nešťastný.
10. Cítil jsem se uhoněn a utahán.
11. Cítil jsem se jakoby uvězněn v pasti.
12. Cítil jsem se jako bych byl nula (bezcestný).
13. Cítil jsem se utrápen.
14. Tížily mne starosti.
15. Cítil jsem se zklamán a rozčarován.
16. Byl jsem slabý a na nejlepší cestě k onemocnění.
17. Cítil jsem se beznadějně.
18. Cítil jsem se odmítnut a odstrčen.
19. Cítil jsem se pln optimismu.
20. Cítil jsem se pln energie.
21. Byl jsem pln úzkostí a obav.

Jak vyhodnocovat tento dotazník?

Vypočítejte nejprve **položku A** a to tak , že sečtete hodnoty, které jste uvedli u otázek číslo: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 21.

Potom vypočítejte **položku B** a to tak, že sečtete hodnoty, které jste uvedli u otázek číslo: 3, 6, 19 a 20

Nyní vypočítejte **položku C** a to tím, že odečtete od hodnoty 32 položku B
 $C = 32 - B$

Vypočítejte **položku D** a to tím, že sečtete hodnoty A a C,
 $D = A + C$

Vypočítejte **celkové skóre BQ** a to tak, že $D : 21$
 $BQ = D:21$

BQ je hodnota vašeho psychického vyhoření.

Jak interpretovat výsledek dotazníku BM?

BM = 2 a nižší - dobrý výsledek

BM = 3 - uspokojivý výsledek

BM = 3,0 - 4,0 - doporučuje se ujasnit si žebříček hodnot, zamyslet se nad smysluplností života

BM = 4,0 - 5,0 - je přítomný syndrom vyhoření, je bezpodmínečně nutná intervence (psychologická - logoterapie a existenciální psychoterapie)

BM = vyšší než 5,0 - havarijní stav, jednat a neotálet

6.3 RELAXAČNÍ TECHNIKY

6.3.1 Základní relaxační technika

V klidné místnosti s tlumeným světlem se lehne na tvrdší podložku, nohy natažené, chodila mírně od sebe, ruce položené od těla, dlaněmi vzhůru.

Můžeme zavřít oči a začneme vnímat první místa, kde se naše pokožka dotýká podložky. V končetinách začínáme cítit příjemnou tíhu. Všímáme si také dechu, se kterým do těla proudí životodárná energie a s odcházejícím výdechem se tělo uvolňuje. Na závěr se zhluboka nadechneme a protáhneme jako při probuzení a pomalu otevřeme oči.

6.3.2 Relaxační technika před spaním

Poloha těla je stejná jako u základní relaxační techniky.

Zavřete oči a soustřeďte se na svůj dech. Hluboce se nadechnete a vydechnete nosem a vnímejte přísun energie do těla. Při dýchání použijte břišní svaly. Když dosáhnete rovnoměrného a kontrolovaného rytmu dýchání (zhruba po 8. - 10. nádechu), začněte se soustředit na vršek hlavy a uvolněte přítomné napětí v těchto místech. Pak přejděte na obličej, krk, ramena, paže, ruce, břicho, stehna, lýtka a chodidla. Při každé části těla proveďte hluboký nádech a výdech. Dopřejte si času, kolik potřebujete, nic neuspěchejte.

6.3.3 Jacobsonova progresivní relaxace

Je založena na střídání napětí a relaxace v určitých svalových skupinách. Je důležité si uvědomit oba tyto stavy.

Jde o zatínání a následné povolování skupin svalů. I zde je důležitá kontrola dýchání. Postup je následující: zhluboka se nadechneme, zatneme určitou skupinu svalů, napočítáme do 3 a s výdechem povolíme. Opakujeme 2 - 3krát. Na konci relaxace se zhluboka nadechneme a vydechneme a končíme protažením celého těla.

6.3.4 Meditace klidu

Tento druh meditace představuje techniku navozující fyzické a psychické zklidnění organismu, vyvolává vnitřní klid a vyrovnanost mysli, dále obnovuje životní síly, dodává tělu energii a způsobuje bezmyšlenkový stav prostý emocí.

Začátek cvičení je charakterizován určitou strnulostí a nehybností těla, pocitem „otupělosti“, také však vnímání tepla, jemných vibrací v končetinách a zdánlivým pocitem tíhy těla.

Připravte si prostředí, vypněte telefon, zařídte ať vás nikdo neruší. Začínáme polohou v sedě, tureckém sedu nebo vsedě na patách. Především v poloze pohodlné pro nás. Začneme sérií hlubokých nádechů a výdechů, po zklidnění dechu začneme po výdechu dělat krátkou pauzu. Vědomou regulací dýchání provádíme první krok ke zklidnění mysli. Pokud se i nadále objevují myšlenky jako rušivé elementy, můžeme si představit jak nám je proud řeky unáší nebo si je můžeme představit na stole spolu s metličkou, která nám je uklidí.

V další fázi vnímejte jen věci kolem sebe a to celou myslí, snažte se potlačit emoce, myšlenky, problémy. Nemyslete na minulost, budoucnost, ale jen na přítomný bezmyšlenkový stav.

Po určitém čase můžete zavřít oči a věnovat se „aktivnímu snění“.⁶

⁶ Snopková, I. Burn-out syndrom čili syndrom vyhoření. s.38

6.4 JAK SE VYHNOUT SYNDROMU VYHOŘENÍ

- 1. Snižte příliš vysoké nároky.** *Kdo na sebe i druhé klade neustále příliš vysoké nároky, vystavuje se nebezpečí stresu. Přijměte skutečnost, že člověk je nedokonalý a chybující.*
- 2. Nepropadejte syndromu pomocníka.** *Vyhnete se nadměrné citlivosti k potřebám druhých lidí. Pohybuje se v rozmezí mezi soucítěním a emocionálním odstupem. Nesnažte se být zodpovědní za všechny a za všechno. Čím více budete ostatním pomáhat, tím více budou bezmocní.*
- 3. Naučte se říkat NE.** *Nenechávejte se přetěžovat. Řekněte ne, pokud budete cítit, že je toho na vás kladeno příliš. Myslete někdy také na sebe.*
- 4. Stanovte si priority.** *Nemusíte být všude a vždy. Neplýtvajte svou energii na nesčetné aktivity. Soustřeďte se na činnosti, které si vyberete jako podstatné.*
- 5. Dobrý plán ušetří polovinu času.** *Zacházejte rozumně se svým časem. Rozdělte si rovnoměrně práci. Větší úkoly si rozdělte na dílčí etapy, které budete schopni zvládnout. Snažte se vyhnout odkládání práce.*
- 6. Dělejte přestávky.** *Uvědomte si, že vaše zásoba energie je omezená. Nežeňte se z jedné činnosti do druhé.*
- 7. Vyjadřujte otevřeně své pocity.** *Pokud se vás cokoliv dotkne, dejte to najevo. Udělejte to tak, abyste sami necitlivě nezasáhli druhého.*
- 8. Hleďte emocionální podporu.** *Sdělená bolest, poloviční bolest. Najděte si „vrbu“, důvěrníka, kterému můžete otevřeně vylíčit svoje problémy.*
- 9. Hleďte věcnou podporu.** *Všechny problémy nemůžete vyřešit sami. Není nutné lámat si se vším hlavu sám. Pohovořte si kolegyněmi a kolegy, požádejte je o radu a o návrhy na řešení.*
- 10. Vyvarujte se negativního myšlení.** *Jakmile zabřednete do hloubání a sebelítosti, řekněte si „stop“. Položte si otázku: „Co je na mne dobrého?“. Radujte se z toho, co umíte a dokážete. Užívejte také pozitivních stránek života. Vychutnávejte všechno, co podle vás má v životě nějakou hodnotu.*
- 11. Předcházejte komunikačním problémům.** *Práci si dobře přepravte, sdělte spolupracovníkům i klientům hned na začátku svá očekávání a cíle. Vyhýbejte se ukvapeným rozhodnutím, planým slibům, i výhrůzkám.*
- 12. V kritických okamžicích zachovejte rozvahu.** *V konfliktní situaci se nenechávejte svést prvním negativním pocitem k impulsivnímu jednání. Uvědomte si váš manévrovací*

prostor a přiměřené způsoby řešení konfliktu. Konfliktní situaci můžete vyřešit paradoxní reakcí, nebo humorem.

13. Následná konstruktivní analýza. *Projděte si zpětně kritické situace. Analyzujte svoje chování, navrhněte alternativy řešení. zapojte do rozboru kolegyně a kolegy.*

14. Doplnujte energii. *Vaše práce není pupek světa. Vyrovnávejte pracovní zátěž potřebnou mírou odpočinku. Věnujte se činnostem a vztahům, při kterých se cítíte dobře a které vás naplňují. Osvojte si relaxační techniky.*

15. Vyhledávejte věcné výzvy. *Buďte otevření novým zkušenostem, dále se učte a vzdělávejte. Rozšiřování obzoru a repertoáru komunikačních technik zlepšuje schopnost zvládat stres.*

16. Využívejte nabídek pomoci. *Jestliže máte pocit, že v kritických situacích nereagujete dobře, měli byste se snažit změnit své chování. Přihlaste se do vhodného výcviku, zorganizujte mezi kolegyněmi a kolegy diskusní skupiny, požadujte na nadřízených supervizi vaší práce.*

17. Zajímejte se o své zdraví. *Berte vážně varovné signály vašeho těla. Zmírněte pracovní nasazení, dopřávejte si dostatek spánku, zdravě se stravujte, sportujte, udělejte si radost.⁷*

⁷ Tošnerovi T. a J. Burn-Out syndrom. Syndrom vyhoření. s.14