

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Stanislava Popilková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Syndrom vyhoření u pečujících o rodinné příslušníky v domácím prostředí

Bakalářská práce

2021

Stanislava Popilková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Stanislava Popilková**
Osobní číslo: **Z17434**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Syndrom vyhoření u pečujících o rodinné příslušníky v domácím prostředí**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce

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

Seznam doporučené literatury:

HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad, 2013. ISBN 978-80-7429-331-3.
NOVÁK, Tomáš a Věra CAPPONI. *Sám sobě psychologem*. 4., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-4825-2.
PAULÍK, Karel a Věra CAPPONI. *Psychologie lidské odolnosti*. 4., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2959-6.
PRIEB, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najdete cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5394-2.
VENGLÁŘOVÁ, Martina a Libuše ČELEDOVÁ. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Klára Václavíková**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2018**
Termín odevzdání bakalářské práce: **6. května 2021**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 12. března 2021

Prohlašuji:

Práci s názvem Syndrom vyhoření u pečujících o rodinné příslušníky v domácím prostředí jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou vedeny 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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne

Stanislava Popilková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí práce paní Mgr. Kláře Václavíkové, za její trpělivost, odborné rady a vedení v průběhu vypracování bakalářské práce. Ráda bych také poděkovala všem respondentům, kteří se podíleli na výzkumné části bakalářské práce. A nakonec bych ještě poděkovala své rodině a její podpoře, bez které bych to nezvládla.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se věnuje syndromu vyhoření u neprofesionálních pečujících o rodinné příslušníky v domácím prostředí. Je rozdělena do teoretické a praktické části. Teoretická část se zabývá stresem, syndromem vyhoření, jeho prevencí a léčbou. Dále se věnuje péči o osobu blízkou, příspěvkům na péči a souvisejícími obtížemi pečujících. Teoretická část je zakončena některými z provedených výzkumů zabývajících se stejnou problematikou.

Praktická část zjišťuje míru postižení syndromem vyhoření u laických pečujících o rodinné příslušníky za pomoci dotazníkového šetření kvantitativního charakteru sběru dat. Dále se zabývá odpověďmi na otázky, zda syndrom vyhoření je ovlivněn délkou péče o nemocného, spoluprací pacienta, denním počtem hodin poskytované péče a využitím péče terénních agentur.

KLÍČOVÁ SLOVA

Stres, syndrom vyhoření, prevence a léčba syndromu vyhoření, péče o blízkou osobu, výzkumy.

TITLE

Syndrome of burnout in caring a for family members in the home environment.

ANNOTATION

This bachelor's thesis deals with the burnout syndrome in non-professional caregivers of family members at home. It is divided into theoretical and practical part. The theoretical part deals with stress, burnout syndrome, its prevention and treatment. He also deals with the care of a close person, care allowances and related difficulties of caregivers. The theoretical part ends with some of the research conducted dealing with the same issues.

The practical part examines the degree of burnout in lay caregivers of family members with the help of a questionnaire survey of the quantitative nature of data collection. It also deals with the answers to the questions whether the burnout syndrome is influenced by the length of care for the patient, the patient's cooperation, the daily number of hours of care provided and the use of care by field agencies.

KEYWORDS

Stress, burn-out syndrome, prevention and treatment burn-out syndrome, caring for family members, research.

OBSAH

ÚVOD	13
1 CÍL PRÁCE	14
1.1 Cíle teoretické části	14
1.2 Cíle praktické části	14
1.3 Průzkumné otázky	14
2 TEORETICKÁ ČÁST	15
2.1 Stres	15
2.1.1 Druhy stresu	16
2.1.2 Druhy stresorů a jejich zvládnání	17
2.1.3 Důsledky stresu	18
2.2 Syndrom vyhoření	18
2.2.1 Rizikové faktory vzniku	19
2.2.2 Dopad syndromu vyhoření na člověka	20
2.2.3 Vývoj a fáze	21
2.2.4 Nástroje ke screeningu syndromu vyhoření	22
2.3 Prevence a léčba syndromu vyhoření	23
2.4 Péče o osobu blízkou	24
2.4.1 Obtíže pečujících	26
2.5 Provedené výzkumy	28
2.5.1 Výzkum č. 1	28
2.5.2 Výzkum č. 2	29
2.5.3 Výzkum č. 3	30
2.5.4 Výzkum č. 4	31

3	PRAKTICKÁ ČÁST	33
3.1	Cíle práce	33
3.2	Průzkumné otázky	33
3.3	Metodika	33
3.4	Interpretace výsledků	35
4	DISKUZE	51
4.1	Průzkumná otázka č. 1: Vykazují pečující vyšší skóre BQ v závislosti na délce poskytnuté péče?	55
4.2	Průzkumná otázka č. 2: Je vznik syndromu vyhoření u pečujícího ovlivněn mírou závislosti pečované osoby?	57
4.3	Průzkumná otázka č. 3: Je vznik syndromu vyhoření ovlivněn denním počtem hodin poskytnuté péče?	58
4.4	Průzkumná otázka č. 4: Vykazují vyšší skóre BQ ti pečující, kteří využívají podpůrné služby?	59
	ZÁVĚR	61
	POUŽITÁ LITERATURA	62
	ZÁKONY	64
	INTERNETOVÉ ZDROJE	65
	SEZNAM PŘÍLOH	67

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 - Pohlaví respondentů	36
Obrázek 2 – Věkové rozložení respondentů	37
Obrázek 3 – Profesionální život pečujících	38
Obrázek 4 - Průměrný denní počet hodin strávený péčí	40
Obrázek 5 - Věk nemocného	42
Obrázek 6 – Vyhodnocení BM dotazníku	44
Tabulka 1 - Délka péče	39
Tabulka 2 – Počet osob využívajících podpůrné služby vyjádřené v absolutních a relevantních hodnotách.....	41
Tabulka 3 - Kategorie soběstačnosti nemocného vyjádřené v absolutních a relevantních hodnotách.....	43
Tabulka 4 - Délka péče dle hodnoty BQ pečujících vyjádřené v absolutních hodnotách	45
Tabulka 5 - Délka péče dle hodnoty BQ pečujících vyjádřené v relevantních hodnotách	45
Tabulka 6 – Počet pečujících rozřazených podle hodnoty BQ a soběstačnosti nemocného	47
Tabulka 7 – Počet pečujících rozřazených podle hodnoty BQ a denního počtu hodin péče	48
Tabulka 8 – Počet pečujících v relevantních hodnotách rozřazených podle hodnoty BQ a denního počtu hodin péče	48
Tabulka 9 – Počet pečujících vyjádřený v absolutních a v relevantních hodnotách rozřazených podle hodnoty BQ a využívání služeb	50

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

aj.	a jiné
atd.	a tak dále
apod.	a podobně
BM	burnout measure
BQ	hodnota psychického vyhoření
č.	číslo
kol.	kolektiv
LDL	špatný cholesterol
s.	strana
Sb.	sbírka
tzn.	to znamená

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření u neprofesionálního pečujícího o rodinného příslušníka v domácím prostředí. Syndrom vyhoření je celosvětovým a celospolečenským problémem dnešní uspěchané doby, kdy jsou kladeny velké nároky na člověka. Neexistuje snad člověk, který by nebyl za celý svůj život vystaven působení stresu nebo neřešil stresovou situaci. Nejvíce však stres postihuje člověka, který pracuje s lidmi a má za ně zodpovědnost, hlavně za jejich životy. Člověk, který pracuje a zároveň se stará o svého blízkého je vystaven takovým stresujícím podmínkám, že po nějaké době není schopen zvládat oba tyto závazky. Nevladatelná zátěž může postupem času vyústit v syndrom vyhoření, člověk tak ztrácí veškerý zájem o cokoli a cítí se fyzicky, psychicky a emocionálně vyčerpaný.

Syndrom vyhoření se vyskytuje nejčastěji u lidí vykonávajících profese zaměřené na kontakt s druhými lidmi, jako např. lékaři, sestry, pomáhající profese, policisté, aj. Lidé před postižením syndromem vyhoření bývají většinou ambiciózní, zapálení do své práce. Se syndromem vyhoření se setká 20 – 30 % lidí v profesi, kde pracují s jinými lidmi. (Pešek a Pračko, 2016, s. 16 - 17)

Obecně k výskytu syndromu vyhoření mají větší předpoklady ženy než muži, jelikož ženy přebírají rodinné a pracovní povinnosti, které v jisté míře překračují hranici působení velké zátěže na jejich osobu. (Poschkamp, 2013, s. 49)

Pokud dojde u člověka k vyhoření, není schopen fungovat na osobní ani profesní úrovni. Syndrom vyhoření se neprojeví okamžitě z ničeho nic, má velice pomalý nástup. Naše tělo a mysl nám dávají varovné signály, kterých si lze všimnout dříve, než bude pozdě, pokud je nám známo, čeho si všímat. (Vojtíšková, 2021)

Vyléčení syndromu vyhoření není běh na krátkou trať. Nevymizí po několika dnech. Základem je provést určité změny ve svém životě, což není zrovna lehké, proto je snazší dělat malé změny, které vedou k velkým změnám až k vyléčení. (Vojtíšková, 2021)

1 CÍL PRÁCE

1.1 Cíle teoretické části

Cílem teoretické části je popsat aktuální poznatky o příčinách vzniku stresu a jeho míry působení na zdravotní stav osob. Dále podrobněji popsat nejtěžší formu chronického stresu, který je označován jako syndrom vyhoření a seznámit s možnostmi využívání sociálních podpor osobou s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem.

1.2 Cíle praktické části

Hlavní cíl: Zjistit v jaké míře postihuje syndrom vyhoření laické pečující o rodinné příslušníky.

Dílčí cíle: Zjistit, zda ovlivňuje délka poskytované péče syndrom vyhoření u pečujícího.

Zjistit, zda má vliv míra spolupráce pacienta na vznik syndromu vyhoření u pečujícího.

Zjistit, zda denní počet hodin péče má vliv na vznik syndromu vyhoření u pečujícího.

Zjistit, zda využívání služeb agentur domácí péče ovlivňuje výskyt syndromu vyhoření u pečujícího.

1.3 Průzkumné otázky

1. Vykazují pečující vyšší skóre BQ v závislosti na délce poskytované péče?
2. Je vznik syndromu vyhoření u pečujícího ovlivněn mírou závislosti pečované osoby?
3. Je vznik syndromu vyhoření ovlivněn denním počtem hodin poskytnuté péče?
4. Vykazují vyšší skóre BQ ti pečující, kteří nevyužívají podpůrné služby?

2 TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části práce jsou definovány základní pojmy problematiky stresu a syndromu vyhoření a uvedena preventivní doporučení. Dále jsou popsány možnosti péče o osobu blízkou a k ní se vztahující legislativa. Součástí této části práce je podkapitola věnující se obtížím pečujících, na které je tato bakalářská práce zaměřena. Poslední podkapitola teoretické části je zaměřena na již proběhlé výzkumy se stejnou problematikou.

2.1 Stres

Stres je stav, kdy stresory působící na jedince a přesáhnou míru odolnosti. Člověk pak ztrácí adaptační schopnosti na danou stresovou situaci. Není schopen se bránit a zvládnout vyvíjející se tlak na jeho osobu a podléhá stresu. (Paulik, 2017, s. 194)

Stresové situace jsou tu od počátku a doprovázejí člověka až do konce jeho života. Ovšem stresu nelze přiřadit vzorec jako v matematických úlohách, neboť každý jedinec je jiný a tak i stresové situace zvládá každý jinak. Někteří ve stresových situacích zvolí boj (fight) a snaží se čelit problémům, které v nich vyvolávají stres. Jiní nejsou připraveni čelit těmto situacím, a tak zvolí raději útěk (flight). Zvolená strategie proti stresu se pak projeví v bio-psycho-sociální rovině člověka. (Křivohlavý, 2009, s. 166)

Pojmenování stres pochází z angličtiny (stress) a má mnoho významů jako například napětí či pnutí organismu. Proto je stres definován jako stav napětí organismu, který reaguje na podněty vyvolávající stres (stresory). O míře stresu rozhoduje schopnost organismu odolávat zátěži a sama zátěž. (Plamínek, 2013, s. 128) Grafické znázornění charakteristiky stresu zobrazuje Příloha A.

Zátěžové podněty spouštějí stresovou reakci, která v organismu vyhlásí poplach a organismus začne bojovat nebo se dá na útěk. Pokud se organismus nemůže rozhodnout ani pro jeden způsob vypořádání se se stresem, rezignuje a člověk má deprese. Stres nás má chránit a upozornit na hrozbu, tím že naše tělo přiměje být v pohotovosti (poplachová reakce), ve které ho udržuje, dokud člověku hrozí nějaké nebezpečí. (Pešek a Praško, 2016, s. 12)

Se stresem nesouvisí jenom stresory, ale i pozitivní životní faktory (salutory), které posilují člověka, dodávají mu výdrž a sílu k boji proti stresovým situacím. Příkladem může být smysluplnost práce. (Křivohlavý, 2009, s. 170)

2.1.1 Druhy stresu

Stres, který působí v patřičné míře je přínosem pro bio-psycho-sociální stránku člověka. Jestliže na člověka nepůsobí dostatek stresorů (hypostres), začíná se nudit a vzniká syndrom bore-out (syndrom znužení). Opakem je hyperstres, kdy při jeho dlouhém působení bez patřičné obrany a vypořádání se s ním, vzniká syndrom vyhoření. (Pešek a Praško, 2016, s. 13)

Dále rozlišujeme akutní a chronický stres. Akutní stres přetrvává určitou chvíli a je důsledkem jasně srozumitelného podnětu (podnět působící zlost). Kdežto chronický stres přetrvává delší dobu, nelze určit přesnou příčinu a v daný okamžik na člověka působí najednou více faktorů (psychické, fyzické). Podle směru působení se rozlišují vnější stresory z okolí a vnitřní, které jsou určeny osobnostními charakteristikami. (Švamberk Šauerová, 2018, s. 23)

Limbický systém v mozku vyhodnocuje stresové podněty a rozhoduje tak o povaze stresu. Může se tedy jednat o eustres nebo distres. Příjemným a potřebným stresem, který pomáhá stabilizovat a posilovat odolnost proti distresu, je eustres. Přiměřená míra eustresu působí pozitivně a stimuluje jedince k vyšším a lepším výkonům. Distres má člověku pomoci, upozorňuje na možné existující nebezpečí. Jeho dlouhodobé a nadměrné působení však může ohrozit odolnost organismu a může jej zdevastovat. Distres je tedy protiklad eustresu, je pustošivý a vyčerpává organismus. (Plamínek, 2013, s. 132-134) Odolnost organismu znázorňuje Příloha B.

2.1.2 Druhy stresorů a jejich zvládnání

Stresory, jinak též zátěž, si lze představit v různé podobě. Stresorem je jakýkoliv podnět, který vyvolává stresovou reakci v organismu, který působí na fyziologickou a psychickou rovnováhu. (Švamberg Šauerová, 2018, s. 22)

Stresory je možné rozdělit do tří skupin a to na fyzické, psychické a sociální. Do fyzických stresorů se zařadí hluk, bolest, nemoc, nenaplnění základních životních potřeb, kožní reakce, krevní tlak a mnoho dalších. Do psychických stresorů patří hlavně negativní emoce, úzkost, přetížení, strach z nenaplnění očekávání druhých apod. Mezi sociální stresory se řadí sociální role ve společnosti a chování v ní, jako jsou úmrtí blízké osoby, nadměrné trápení se věcmi, které zdaleka nejsou tak důležité, neschopnost projevit empatii a sympatii a jiné. (Švamberg Šauerová, 2018, s. 23)

Odolnost stresu je možné vědomě ovlivňovat. Vyvíjí se časem díky mnoha faktorům. Zvládnání stresu lze rozdělit na dvě cesty. První je zaměřena na naše okolí, kde se všechno odehrává kolem ovlivňování zátěže. Druhá se týká našeho nitra, kdy je snaha vybudovat si nebo posílit odolnost vůči stresu (viz Příloha B). (Plamínek, 2013, s. 128)

Předchozí působení stresu napomáhá zvýšit odolnost organismu proti dalším vzniklým stresovým situacím. Stres působí na biologickou i psychickou stránku organismu. Biologickou stránku může ovlivnit skrze imunitu a rozvrat homeostázy¹, kdy je člověk náchylnější k nemocem. Psychická stránka je porušena z pohledu adaptačních procesů. Odolnost spočívá tedy v udržení homeostázy a protektivních (ochranných) faktorů (stabilní mezilidské vztahy, sebeúcta, dovednosti zvládat stres, apod.). (Plamínek, 2013, s. 158)

Vhodný pro prevenci a boj proti stresu je pohyb, kdy se při pohybu místo adrenalinu vyplavují endorfiny. Díky vyplaveným endorfinům nastává pocit radosti. Ovšem důležitá je i schopnost umět relaxovat a uvolnit se. Hlavní je mít rovnováhu mezi požadavky vnějšího

¹ nebo-li vnitřního prostředí

prostředí a kapacitními možnostmi člověka. Je to stav, kdy je na člověka kladena přiměřená zátěž, která je pro něho přínosem. (Plamínek, 2013, s. 158)

V jaké míře a jak dlouho nás budou stresové situace trýznit, rozhoduje intenzita a délka působení stresoru, způsob našeho myšlení, naše možnosti a dovednosti zmírnit či odstranit stresor. Velký vliv na to má myšlenkové vyhodnocení situace. (Pešek, Praško, 2016, s. 14)

2.1.3 Důsledky stresu

Chronický stres působící na biologickou a psychickou stránku jedince může zapříčinit některou z psychosomatických, infekčních, kardiovaskulárních onemocnění nebo zhoršení dosavadního stavu jedince. (Křivohlavý, 2009, s. 184-185)

Působení stresu může zapříčinit špatné fungování imunitního systému. Stres dále zvyšuje hladinu špatného cholesterolu (LDL), má vliv na produkci endokrinního systému u mužů i žen. Někteří lidé mohou mít problémy s příjmem potravy a propadnout mentální bulimii či anorexii. Jedním z velkých důsledků působení stresu je deprese, s níž se mohou pojit i pokusy o sebevraždu. (Weiss, 2014, s. 25-34)

2.2 Syndrom vyhoření

K syndromu vyhoření neboli vyčerpání dochází díky chronickému působení stresu a velkému očekávání z pracovního úsilí vynaloženého k pomoci druhým. Pokud člověk není schopen vypořádat se s takovými situacemi, je rizikový pro vznik syndromu vyhoření. (Pugnerová a kol., 2019, s. 213)

Syndrom vyhoření navazuje na dlouhotrvající intenzivní stres. Proto lze konstatovat, že se jedná o dlouhodobý proces, který nevznikne u jedince jen tak bezdůvodně z ničeho nic ze dne na den. Člověk pomalu ztrácí nadšení a chuť k práci a k jiným aktivitám. Straní se lidí. Podle Křivohlavého (1998) je možné syndrom vyhoření přirovnat k vysychání pramenů. (Švamberská Šauerová, 2018, s. 38)

Vyhořelému člověku připadají veškeré situace stresující, avšak stres není stejný jako syndrom vyhoření. Ovšem ze stresu se po čase může člověk dopracovat k syndromu vyhoření, pokud se ke stresu přidají další okolnosti. Dnešní doba je uspěchaná a jsou kladeny větší nároky na člověka a spolu s napětím, tlakem, shonem a neustálými změnami nejde nevyhořet. (Grún, 2014, s. 23)

„Termín burn-out-syndrom vyhoření, vyprahlosti, vypálení – popisuje profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo o samotného jedince. Zahrnuje ztrátu zájmů a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebeocenění a negativní postoje k povolání.“ (Venglářová, 2011, s. 23)

Termín vyhoření se poprvé objevil v 70. letech 20. století, kdy ho použil psychoanalytik H. J. Freudenberger. Ovšem syndrom vyhoření je tak starý jako lidstvo samo. V každé době byly kladeny vysoké nároky na jedince, na které působil dlouhodobý stres, vykonávali vyčerpávající práci, která je nenaplněvala. (Pugnerová a kol., 2019, s. 213)

Na celém světě odborníci zkoumali syndrom vyhoření. Za hlavní výzkumníci syndromu vyhoření je, za její metody na zjištění v jaké míře je člověk zasažený syndromem vyhořením, považována Maslachová. Syndromem vyhoření se zabývalo a zabývá mnoho dalších autorů jako například Schaufeli, Maslach, Leiter, Kebza, Šolcová a Křivohlavý. (Švamberk Šauerová, 2018, s. 38)

2.2.1 Rizikové faktory vzniku

Nejnáchylnějšími osobami, u kterých vzniká syndrom vyhoření, jsou ty, které berou svou práci jako poslání, jsou do ní zapálení až tak, že zapomenou žít svůj vlastní život. (Pugnerová a kol., 2019, s. 213)

Rizikové faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření je možné rozdělit do třech skupin, které jsou ovlivněny osobností člověka, jeho pracovním a mimopracovním prostředím. (Pešek a Praško, 2016, s. 17)

Těmito rizikovými faktory jsou:

Osobnostní činitel – stresující myšlenkové postoje, nízké sebevědomí, vysoká míra empatie, konflikt hodnot, nadměrné očekávání a nadšení při zahájení práce, neschopnost relaxace, nízká míra asertivity, nadměrná potřeba zalíbit se druhým, neschopnost racionálního plánování času, nízká míra sebereflexe, aj. (Pešek a Praško, 2016, s. 18)

Pracovní sféra – požadavky na vysoký výkon, nadměrné množství práce, nízká míra samostatnosti, nedostatek podpory a ocenění od kolegů a nadřízených, nedostatečná finanční odměna, špatná organizace práce, obtížní klienti, jednotvárnost nebo nesmyslnost pracovní náplně, aj. (Pešek a Praško, 2016, s. 18)

Mimopracovní sféra – absence partnera, nechápaté a konfliktní partnerství, nedostatek hlubších přátelských vztahů, nedostatek koníčků a zájmů, špatné stravování, špatné existenční podmínky, aj. (Pešek a Praško, 2016, s. 18)

Jako rizikový faktor působí i vznik workoholismu, kdy člověk není schopen odmítnout práci navzdory časové tísní, zanedbává osobní život a rodinu. Další rizikové faktory jsou ztráta ideálů, frustrace, prožité traumata, psychická či fyzická deprivace, časově náročná práce a konflikty. (Švamberská Šauerová, 2018, s. 40 a Pugnerová a kol., 2019, s. 219-220)

2.2.2 Dopad syndromu vyhoření na člověka

Příznaky syndromu se prolínají do tří rovin a to do psychické, tělesné a sociální. Příznaky jsou různorodé, nesouvisejí se sebou a většinou jsou přisuzovány jiným onemocněním. (Švamberská Šauerová, 2018, s. 40-42 a Křivohlavý, 2012, s. 22-23)

Psychická rovina – celkové vyčerpání, ztráta motivace, pocity smutku a beznaděje, prožívání strachu a úzkosti, bezmocnost, mizí empatie, převládá pesimismus, osamělost, hněv, deprese, aj. (Švamberská Šauerová, 2018, s. 40-42 a Křivohlavý, 2012, s. 22-23)

Tělesná rovina – celková únava organismu, porucha spánku, apatie, celková tělesná slabost, bolest hlavy, zad, kloubů, nechutenství, změny v hmotnosti, zažívací obtíže, aj. (Švamberská Šauerová, 2018, s. 40-42 a Křivohlavý, 2012, s. 22-23)

Sociální rovina – celkový útlum sociability, ostatní ho obtěžují, omezení kontaktů, negativní postoj k sobě, k druhým a k životu, nechutí k práci, zvyšují se konflikty v rodině, aj. (Švamberg Šauerová, 2018, s. 40-42 a Křivohlavý, 2012, s. 22-23)

Podle Křivohlavého (2009) je možné dále příznaky syndromu vyhoření dělit na příznaky subjektivní a objektivní.

Subjektivní příznaky – velká únava, nízké sebevědomí, snížená profesionální kompetence (něco dělat, udělat), problémy s koncentrací (špatné soustředění a pozornost, snadné podráždění a negativismus) a celá řada příznaků stresového stavu při absenci organického onemocnění. (Křivohlavý, 2009, s. 114-115)

Objektivní příznaky – patří sem řada měsíců trvající snížená výkonnost, tato okolnost je dobře zjištělná okolím (rodinou, spolupracovníky, zákazníky, klienty), zhoršený výkon je měřitelný vybranými metodami. (Křivohlavý, 2009, s. 114-115)

Prožívání příznaků a jejich riziko záleží na intenzitě působení, které mohou být mírné, částečné a dočasné v závislosti na fázi, která u jedince probíhá na vnějších činitelích a podle toho, jakými příznaky právě jedinec souběžně trpí. (Maroon, 2012, s. 29)

2.2.3 Vývoj a fáze

Podle časového průběhu se syndrom vyhoření rozděluje na akutní a chronický. Akutní syndrom vyhoření vzniká za krátký časový úsek, po který je osoba vystavena nadměrné pracovní nebo jiné zátěži. Při dlouhodobém nebo opakovaném působení stresogenních situací se jedná o chronickou fázi syndromu vyhoření. Ta probíhá v pěti fázích, které zakončuje vlastní vyhoření v psychické, tělesné i sociální rovině. (Švamberg Šauerová, 2018, s. 39)

První fází syndromu vyhoření je **fáze nadšení**, kdy člověk je zapálený do své práce a zanedbává všechno ostatní. Lze tedy říci, že jde o workoholika, který je zapálený a svou práci bere jako poslání. Srší z něho velké nadšení a radost, že dělá smysluplnou činnost, kde jsou vidět výsledky. (Pugnerová a kol., 2019, s. 217)

Fáze nadšení ustává a přichází druhá **fáze stagnace**. Jak již bylo řečeno, nadšení ustává a člověk zjišťuje, že nelze pracovat pokaždé na 100 %. Zjišťuje, že není robot, a že má svá omezení. Začíná si uvědomovat, že má i svůj osobní život. Obtěžuje ho ranní vstávání do práce, požadavky kladené na jeho osobu, které mu přijdou zbytečné. (Švamberk Šauerová, 2018, s. 43 a Dufková, 2016, s. 44)

Třetí fází je **frustrace**. Nadšení již úplně vyhaslo. Člověka zajímá už jenom to, co za práci získá. Stal se někým, kým nikdy nechtěl být. Začíná být agresivní a mohou se vyskytnout konflikty s nadřízeným nebo v pracovním kolektivu. Dále se objevují emocionální a fyzické obtíže. (Švamberk Šauerová, 2018, s. 43)

Poslední fází je **apatie**. Člověk ztrácí chuť k práci, bere ji jen jako přísun peněz. Veškerá aktivita vymizela. Člověk odmítá dělat něco na víc a straní se ostatních lidí. Ztrácí smysl života. Po této fázi lze říci, že člověka postihl syndrom vyhoření. Někdy je těžké nemocného zařadit do konkrétní fáze, neboť veškeré fáze a chování se prolínají. (Švamberk Šauerová, 2018, s. 43 a Dufková, 2016, s. 44)

2.2.4 Nástroje ke screeningu syndromu vyhoření

Hlavní diagnostickou metodou odhalení syndromu vyhoření je sezení s psychologem, který na základě pozorování, rozhovoru a vyhodnocení podrobné anamnézy klienta zjistí, zda klient trpí syndromem vyhoření či nikoliv. (Švamberk Šauerová, 2018, s. 61)

Velmi významnými metodami pro zjištění syndromu vyhoření jsou dotazníková šetření například MBI (Maslach Burnout Inventory) dotazníkem. Na dotazník je možné odpovědět na Likertově stupnici od nuly do sedmi. Pokud jedinec dosáhne 17 - 26 bodů, má mírné vyčerpání, při dosažení 27 bodů a více, člověk již vyhořel. (Honzák, 2013, s. 38-40)

Obdobným dotazníkem je BM (Burnout Measure), jde o jednu z nejpoužívanějších metod k diagnostice syndromu u jedince. Další známé dotazníky jsou Copenhagen Burnout Inventory, Heidelberger Burnout Test, Shirom-Melamed Burnout Measure a další. Dále se využívají různé projektivní metody například Lüscherův barevný test nebo kresebné nástroje. (Švamberk Šauerová, 2018, s. 61-64)

2.3 Prevence a léčba syndromu vyhoření

Prevence syndromu vyhoření je stejná jako u stresu, jelikož na stres navazuje syndrom vyhoření. Pokud se tedy jedinec dokáže vypořádat se stresem a stresovými situacemi, syndrom vyhoření ho nepostihne. (Švamberk Šauerová, 2018, s. 38)

Důležité je zmínit, že na každého působí jiné zátěžové faktory. Prvním krokem k úspěšné léčbě, je si připustit, že se s člověkem něco děje, že není vše v pořádku. Důležitý je i biorytmus, správné stravování a přestávky, díky kterým člověk načerpá novou energii. (Dufková, 2016, s. 44-45)

Dobré pro prevenci je mít smysl pro humor a vidět svět pozitivně. Pokud jedinec nemá smysl pro humor, vyhoří často rychleji než ti, kteří ho mají. Dále je důležité nestát se workoholikem a udělat si čas sám na sebe nebo trávit čas s blízkými. Uvědomit si, co je důležité a stanovit si priority. Naučit se říkat ne a „nenechat sebou orat“. (Pugnerová a kol., 2019, s. 224-226)

Důležitou prevencí, ale i léčbou je mít dostatek času sám na sebe, na své koníčky, záliby. Odpočinout si od stresu z práce. Netahat pracovní problémy domů a dokázat oddělit práci od soukromého života. Nejlepší je odjet někam na dovolenou a relaxovat, dělat věci, které člověka baví. Další, co by měl člověk pro sebe udělat, je relaxace při poslechu hudby či jen tak v tichu. Díky hudbě se člověk dokáže uvolnit a nemyslí na starosti, které ho trápí. Ovšem některé starosti nezmizí sami od sebe. Někdy je dobré si o problémech s někým promluvit. Už jenom to, že si člověk může s někým popovídat, činí obrovskou úlevu. (Grún, 2014, s. 138-153)

Když selže prevence a jedinec začne trpět syndromem vyhoření, nastupuje léčba, se kterou by se mělo začít co nejdříve. Nejlepší pro úspěšnost léčby je zachytit syndrom vyhoření ve fázi stagnace. Ovšem léčba trvá dlouho a mnoho lidí vidí léčbu skepticky, jelikož pokroky mají plíživý charakter. Když se jedinec dostane až do konečné fáze syndromu, je nejhodnější svěřit se do rukou odborníků, a to psychologů či psychiatrů. I v této fázi léčby, kdy terapeut postiženého jedince učí získat realistický pohled a postoje k zaměstnání, zdravý

životní styl a posílení mezilidských vztahů, jsou pozorovány úspěchy. (Kebza a Šolcová, 2003, s. 18-19 a Zdraví.euro.cz, 2019)

Do léčby se může zapojit i zaměstnavatel, který sleví z požadavků na zaměstnance a vytvoří přátelské a vhodné pracovní prostředí. Pokud žádný krok z léčby nepomůže, dalším možným krokem je změnit pracovní pozici nebo zaměstnání. (Kebza a Šolcová, 2003, s. 18-19 a Zdraví.euro.cz, 2019)

2.4 Péče o osobu blízkou

Tato kapitola se věnuje možnostmi poskytnutí zdravotní a ošetrovatelské péče osobě s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem a možnosti čerpání příspěvku na péči. Tento příspěvek je pro osobu s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem velmi důležitý, neboť mu umožňuje zvládat základní životní potřeby pomocí jiné osoby, jako například pomoc rodinného příslušníka. (Křivohlavý, 2009, s. 93-98)

Sociální opora je pomoc poskytnutá druhými lidmi lidem, kteří jsou v nějaké zátěžové situaci. Poskytovaná pomoc určitým způsobem člověku ulehčuje život a jeho danou situaci, v které se nachází. Nejčastěji jde o pomocný a podpůrný vztah lidí v nejbližším kruhu.

Důležitá je nejen poskytnutá pomoc, ale i její kvalita. Ovšem každá ze stran poskytující či poskytnuté sociální opory bude hodnotit kvalitu jinak. (Křivohlavý, 2009, s. 93-98)

Důležitým milníkem péče o osobu blízkou je vlastní sociální prostředí. Nemocný nemůže trpět hospitalismem. Dále má své zázemí a pomůcky, o které se nemusí dělit s jiným nemocným. Osoby blízké má stále u sebe, nemusí si vytvářet důvěru a vztah k pečujícímu. Cítí se v bezpečí, i proto je péče v domácím prostředí v jistých mezích účinnější a pro pacienta příjemnější. (Pospíšilová, 2011, s. 5)

V dnešní době je několik možností jak se postarat o nemocného rodinného příslušníka. Pokud není stav blízké osoby vážný a nevyžaduje hospitalizaci v nemocnici, lze péči vykonávat v domácím prostředí za pomoci blízkých, pečovatelské služby nebo domácí péče. Pracovnice pečovatelské služby poskytují oporu nemocnému a pomáhají mu s denními

činnostmi, jako je hygiena, vyřídí různé pochůzky, které nemocný nezvládne sám. Domácí péče vyrazí do terénu tehdy, když je potřeba poskytnout ošetrovatelskou péči. Sestry z domácí péče poskytují rehabilitace, dohled při aplikacích inzulinů či jejich aplikaci, dávkování a podávání léků, převazy chronicky hojících se ran za pomoci moderního převazového materiálu. Tyto dva způsoby poskytované péče jsou vhodné pro nemocné, kteří nevyžadují celodenní dohled a péči. Pokud však nemocná osoba potřebuje celodenní péči, je možné ji umístit na omezenou dobu do léčebny dlouhodobě nemocných, do domova důchodců se zvláštním režimem, který poskytuje sociální, zdravotní a ošetrovatelskou péči nebo s pomocí osob blízkých se o nemocného postarat v rámci domácího prostředí. Pokud stav nemocného vyžaduje paliativní péči, kterou v domácím prostředí nelze poskytnout, je možnost umístit nemocného do hospicu². Osoba s dlouhodobým nepříznivým stavem může čerpat příspěvek na péči dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

O příspěvku na péči rozhoduje Krajský úřad práce a je poskytován ze státního rozpočtu osobám, které vyžadují pomoc jiné osoby z důvodu chronicky zhoršeného zdravotního stavu. Poskytnutá pomoc se zaměřuje na zvládnutí základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti, od kterého se odvíjí výše příspěvku na péči. Příspěvek je čerpán, pokud je poskytována péče blízkou osobou, sociálními službami, které jsou zapsány v registru sociálních služeb, dětským domovem, speciálním lůžkovým zdravotnickým zařízením hospicového typu nebo v průběhu hospitalizace dle zákona č. 48/1997 Sb., o péči o zdraví lidu. Bez nároku na příspěvek jsou osoby mladší jednoho roku. Stupně závislosti se rozdělují do dvou kategorií a čtyř stupňů, podle kterých se rozhoduje o výši měsíčního příspěvku na péči (viz Příloha C). (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Výše příspěvku je ovlivněna i dalšími faktory, jako například, zda je pečováno o dítě do 18 let věku, zdravotním stavem nebo případnou hospitalizací. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Nárok na příspěvek je přiznán na základě podané žádosti a splnění stanovených podmínek, které se odvíjí od věku nemocného, zdravotního stavu a závislosti na druhé fyzické

² zdravotnicko – sociální zařízení, kde se provádí paliativní péče

osobě. Nárok na příspěvek je prověřen pracovníkem úřadu práce. Pokud poskytovalo pomoc žadateli více zařízení či osob najednou, mají nárok na příspěvek rovným dílem. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Příspěvek na péči je vyplácen měsíčně a musí být využit jen na účely určené ve prospěch oprávněné osoby. Úřad práce je oprávněn provádět kontroly využívání příspěvku. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Pokud je pomoc poskytována blízkou osobou, úřad práce je povinen na žádost bezplatně vystavit potvrzení prokazující dobu péče pro hmotné účely nouze, zdravotního pojištění, důchodového pojištění a pojištění zaměstnanosti. V potvrzení je uveden stupeň závislosti a výše příspěvku pro účely důchodového pojištění. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

2.4.1 Obtíže pečujících

Na začátku je třeba uvést, že některé osoby by se rády postaraly o své blízké v domácím prostředí, ale obávají se, že by situaci nezvládaly, a proto volí cestu za pomoci sociálních zařízení a služeb. Ti, kteří se rozhodnou starat se o blízké v domácím prostředí, na sebe berou další závazek. Náročnost péče se může projevit ve zdravotním stavu nebo i psychice pečujících. Zdravotními problémy budou více trpět ti pečující, kteří se starají o mobilně postiženého blízkého, v důsledku jeho těžké manipulace. (Neformální péče: Role rodiny a problémy pečujících CRSP)

Na člověka působí stres a psychické vypětí. Má toho mnoho a nezvládá to. Proto se většina pečujících vzdá svého zaměstnání a stará se na plný úvazek o rodinného příslušníka za pomoci příspěvků. Ale i tak je pečující vystaven ztrátě osobního času, trpí únavou, vyčerpáním, osamělostí nebo dokonce sociální izolací a ztrátou příjmu. (Neformální péče: Role rodiny a problémy pečujících CRSP)

Rozdíl v péči poskytované blízké osobě je hlavně v emocionalitě, kdy si rodinný příslušník nedokáže držet odstup. Nezabrání prožívání empatie, sympatie a hlavně úzkosti o druhou osobu. Když se tyto tři emoce spojí, hovoříme o kompatii. Pokud se pečující dostane

citově do kompatie, jeho prožitky s nemocným jsou velmi silné. Nedokáže se oprostit od myšlenek týkajících se stavu a celkově života nemocného. Dokonce může u pečujícího vzniknout couvade syndrom, tzn., že pečující se natolik vcítí do stavu nemocného, že může trpět imitací příznaků objevujících se u nemocného. (Honzák, 2018, s. 54-56)

Nemocný může změnit své chování v souvislosti se zdravotním stavem. Může být agresivní, apatický, depresivní, popletený a dále může trpět poruchami paměti, úzkostnými stavy, atd. I takto změněná osobnost nemocného vyčerpává pečujícího. Pokud chce pečující pomáhat, musí mít dostatek fyzické i psychické síly. Někdy pečovat o druhé znamená dávat jim kousek ze svých sil. Pokud není odkud brát sílu, není člověk schopný dále pokračovat v pomoci druhé osobě, i kdyby stále chtěl. (Novák, 2011, s. 7-10)

V mnoha případech se snaží pečující osoba poskytnout nemocnému co nejlepší možnou péči. Snaží se uspořádat si priority tak, že všechnen svůj volný čas věnuje převážně nemocnému. Samozřejmě takovou to zátěž nelze zvládat dlouhodobě. Pečující je pod tlakem, souží ho stres, nedostatek času pro sebe, deprese, atd. Proto je důležité si věci naplánovat a udělat si přestávku a hlavně se soustředit na své potřeby. Pro pečujícího je důležité uspokojit své základní potřeby, pak by měl teprve uspokojovat potřeby druhých. Pokud by tak neučinil, mohl by za nějaký čas trpět deprivací, tzn. nedostatečným uspokojováním potřeb, trpí pocity vyprahlosti, osamělosti a somatickými problémy. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 126-128, Messer, 2016, s. 80)

Vlivem soustředění péče pouze o nemocného člena rodiny na úkor ostatních členů rodiny může dojít k nabourání rodinných vztahů. Někdy nemocný naschvál usurpuje veškerou pozornost, rozhoduje o chodu domácnosti a volném čase blízkých. Pokud nějaký člen rodiny je zanedbáván, může být časem agresivní. Pečující v tomto sociálním prostředí mohou ztratit ideály a podlehnout vlivu nemocného. (Sojková, 2012, s. 9-10)

Tento stav by se dal přirovnat k syndromu vyhoření. Někdy je dobré v této situaci popřemýšlet o tom, zda se o nemocného nemůže po nějakou dobu postarat jiná osoba nebo zda není vhodné nemocného umístit do zařízení, než bude pečující osoba schopna se znovu o nemocného postarat. V případě, že již pečující osoba není schopna se o nemocného postarat,

je vhodné zvolit odpovídající zdravotní zařízení, které tuto péči poskytne. Rodinný příslušník může mít pocit neschopnosti a výčitky ohledně nezvládnutí poskytnout kvalitní péči blízké osobě. Ale výčitky nejsou na místě. Pokud rodinný příslušník pečující o osobu blízkou nebude odpočatý a bude vyčerpaný, nebude moci poskytnout dostatečnou péči a oporu nemocnému. (Chovancová, Krylová, Petřeková, Šaňáková a Vočka, 2012, s. 33-34)

Pečující se nepotýkají pouze s fyzickou a psychickou zátěží péče, ale s mnohem závažnějším problémem, a to jak skloubit pracovní život s rodinným (péčí o nemocného). Na trhu práce neexistuje mnoho zaměstnavatelů, kteří by umožňovali flexibilní nebo zkrácený pracovní úvazek. Většina zaměstnavatelů nabízí pouze plný pracovní úvazek a často nelze tento úvazek ani přizpůsobit rodinným potřebám. Proto někteří pečující raději zvolí ukončení pracovního poměru, aby se mohli věnovat péči o osobu blízkou. (Geisseler, 2016 s. 9)

2.5 Provedené výzkumy

Z velkého počtu výzkumů syndromu vyhoření byly vybrány 4 níže uvedené, které nejvíce souvisí s touto bakalářskou prací.

2.5.1 Výzkum č. 1

Prováděný průzkum č. 1 probíhal od začátku listopadu 2017 až do konce dubna 2018, za pomoci dotazníku BM. Jeho autorkou je Bc. Zpěváková. Průzkum byl součástí její diplomové práce na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně pod názvem *Syndrom vyhoření u laického pečovatele*. Cílem bylo zjistit a popsat, jak laičtí pečovatelé, u kterých byl prokázán syndrom vyhoření, subjektivně vnímají péči o své blízké. Dotazník byl rozdán 39 laickým pečujícím o rodinné příslušníky III. a IV. stupně závislosti ve třech vesnicích Zlínského kraje. Z 39 respondentů pouze 1 osoba měla hodnotu BQ v rozmezí 0 - 2 (zvládá péči dobře), 10 osob (7 žen a 3 muži) mělo uspokojivý výsledek, hodnota BQ byla v rozmezí 2,1 – 3,0. Osmnácti pečujícím (9 žen a 9 mužů) vyšlo BQ v rozmezí 3,1 - 4,0, ty péče pohltila na tolik, že by se měli zamyslet nad změnou svého života. U dalších 8 osob (7 žen a 1 muž) bylo dosaženo hodnoty BQ v rozmezí 4,1 - 5,0, kde se již hovoří o syndromu psychického

vyčerpání. Zbylé dvě pečující osoby dosáhly BQ skóre vyšší než 5,1. Tyto osoby trpí syndromem vyhoření a svojí roli pečovatele již nezvládají. (ZPĚVÁKOVÁ, 2019)

Z celkového počtu respondentů bylo pro výzkum vhodných pouze 10. Následně proběhl rozhovor trvající v rozmezí 20 - 30 minut s těmito 10 respondenty ohledně poskytované péče blízké osobě. Hlavními otázkami bylo popsat péči o blízkého člověka, co vše péče obnáší, co je trápí, jaké situace řeší v souvislosti s péčí. Respondenti, kteří poskytli rozhovor, si jsou vědomi fyzického, psychického a sociálního dopadu na jejich život. Mohli by si péči ulehčit za pomoci sociálních služeb, ale mají tak silnou citovou vazbu k blízkému člověku, že kvůli tomu těchto možností nechtějí využít. Starají se o blízkého, protože musí (své role se nevzdávají) a bojí se budoucnosti, zda o ně bude také postaráno. (ZPĚVÁKOVÁ, 2019)

Z rozhovorů je patrné, že se respondenti vyrovnávají se stresem různě, za pomoci alkoholu, prášků či sladkostí. Myslí si, že jsou na roli pečujícího sami, i když tomu tak není. Nedokáží si říci o pomoc a raději přesunou svůj život až na druhé místo. Z výsledků je tedy patrné, že 28 respondentů z 39 si je vědomo negativních pocitů na jejich osobu. (ZPĚVÁKOVÁ, 2019)

2.5.2 Výzkum č. 2

Další výzkum byl publikován v dubnu 2017. Tématem byl syndrom vyhoření u členů rodiny pečujících o své příbuzné a profesionální pečovatele. Cílem bylo zjistit syndrom vyhoření u laických pečujících a profesionálních pečujících a následné porovnání výskytu míry syndromu vyhoření mezi těmito dvěma skupinami za použití BM dotazníku. Celkový počet respondentů byl 107, z toho 50 (42 žen, 8 mužů) tvořili neprofesionální pečující s průměrnou délkou péče 5 let. Zbýlých 57 (55 žen, 7 mužů) respondentů tvořili profesionální pečující s průměrnou délkou poskytované péče 12 let, kteří pracují v Domově pro seniory Pohoda, Olomouc-Chválkovice a Domov pro osoby se zdravotním postižením Nové Zámky. (Kozáková, Vévodová, Vévoda, Merz, Grygová a Kozák, 2017)

Z 50 neprofesionálních respondentů u 13 bylo zjištěno zvýšené riziko syndromu vyhoření. Dalších 25 respondentů trpí syndromem vyhoření. U profesionálních pečujících

vyšlo u 8 zvýšené riziko a 2 trpí syndromem vyhoření. Z výsledků je vidět, že 76 % neprofesionálních pečujících a 18 % profesionálních pečujících je postiženo syndromem vyhoření nebo mají vysoké riziko ohrožení. Dále je patrné, že neprofesionální péče o rodinného příslušníka představuje nadměrnou zátěž a ne každý ji zvládne. Dalším poznatkem v tomto výzkumu je tvrzení, že neexistuje statisticky významný vztah mezi mírou vyhoření a délkou péče. (Kozáková, Vévodová, Vévoda, Merz, Grygová a Kozák, 2017)

2.5.3 Výzkum č. 3

Výzkum, který byl publikován v roce 2018, byl proveden v období od 1. 9. do 4. 10. 2015 Tokijskou univerzitou lékařských a zdravotnických věd na izolovaném ostrově Tokunoshima. Cílem bylo objasnění vztahu mezi sociální soudržností a zátěží péče o rodinu. Práce a dotazníkové šetření bylo zaměřené na pečovatele pečující o pacienty ve věku 65 let nebo starší, kteří využívali služby lékařské, domácí či sociální péče. (Naganuma, Kihara, Fujita, Yamaoka a Takahashi, 2018)

Dotazník tvořila japonská verze stupnice Zarit Care Burden Interview. Dotazník se skládal ze dvou částí, přičemž v první části byly zjišťovací otázky. Druhá část byla tvořena šesti standardizovanými otázkami. 1. Příjem emocionální podpory pro pečovatele komunitou. 2. Emoční podpora poskytovaná jiným pečovatelem. 3. Instrumentální podpora – péče poskytována jinými osobami, když pečovatel nemůže poskytnout péči. 4. Instrumentální podpora poskytovaná pečovatelem a ostatními. 5. Účastník organizovaných aktivit - četnost účasti na činnosti skupinové organizace. 6. Sociální síť pečovatele – využívající četnost setkání s přáteli a známými. Na otázky 1-4 se odpovídalo ano nebo ne. Otázky 5 a 6 vyžadovaly frekvenci. Dále byla provedena regrese dichotomickou klasifikací. (Naganuma, Kihara, Fujita, Yamaoka a Takahashi, 2018)

Výzkumný vzorek byl tvořen 71 lidmi (28 mužů a 43 žen) z celkového počtu oslovených 79. Vícenásobná regrese výsledků prokázala významný rozdíl mezi faktory příjmu emoční podpory ($p = 0,009$) a poskytované instrumentální podpory ($p = 0,010$). Přítomnost další osoby, která vyslechla obavy a stížnosti, bylo zapříčiněno zvýšenou zátěží na pečovatele. Z analýzy vyplývá, že mladší primární pečovatel se spoléhá při podpoře

na přátele a sousedy, zatímco starší pečovatelé na příbuzné. Problémem byla vysoká zátěž na primární pečující, kteří neměli podporu od jiných lidí a neúčastnili se organizovaných aktivit. (Naganuma, Kihara, Fujita, Yamaoka a Takahashi, 2018)

2.5.4 Výzkum č. 4

Poslední zařazený výzkum byl proveden Bc. Stránskou v její diplomové práci na Univerzitě v Hradci Králové, Ústav sociální práce. Výzkum se zabýval tématem syndromu vyhoření u neprofesionálních pečovatelů pečujících o nesoběstačného seniora. Cílem bylo zjistit, do jaké míry jsou neformální pečovatelé ohroženi syndromem vyhoření. Dílčí cíle byly zaměřené na souvislost délky péče, věk pečovatele, zdravotní stav pečovaného, vztah pečovatele k pečovanému, systém péče a využívání sociálních služeb se syndromem vyhoření. Vzorek respondentů byl tvořen 5 pečujícími ženami (bez záměru na jedno pohlaví), které poskytovaly neformální péči seniorovi minimálně jeden rok. Respondentky byly osloveny prostřednictvím Domova Sue Ryder. (Stránská, 2016)

Výzkum probíhal ve dvou částech, kdy první částí bylo kvantitativní šetření za pomoci standardizovaného dotazníku BM. Z analýzy dotazníku vyplývá, že 2 respondentky trpěly syndromem vyhoření (BM – 4,24 - 4,81) a zbylé 3 respondentky byly ohroženy syndromem a měly by tedy přehodnotit svůj život a hodnoty (BM – 3,14 – 3,90). Druhá část výzkumu byla zaměřena na dílčí cíle a probíhala za pomoci kvalitativního šetření metodou rozhovorů. (Stránská, 2016)

Otázky v rozhovoru: Zaměřená na délku péče - Co vidíte jako největší zátěž při pečování? Zaměřena na věk pečovatele – Kolik Vám je let? Kdy věkové rozmezí bylo 40-65 let. Otázky zaměřené na souvislost se zdravotním stavem pečovaného – Jak respondenty vnímají stav osoby, o kterou pečují? V jakém stupni se podle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách pečovaný nachází? V kterých úkonech je podle nich senior závislý na jejich péči, a které naopak zvládá sám? Věk opečovávaných byl v rozmezí 90-95 let a všichni potřebovali pomoc druhé osoby ve všech denních činnostech. Další otázka byla zaměřena na souvislost se vztahem pečovatele k pečovanému – V žádném z 5 případů nedošlo k negativnímu ovlivnění vztahu, z toho 3 respondentky nezaznamenaly žádnou změnu vztahu.

Předposlední otázka byla zaměřena na systém péče – Jak vnímáte pomoc jiných osob s péčí o seniora? Skoro všechny (4 ženy) respondentky využívají službu osobní asistence. S touto otázkou úzce souvisí poslední otázka, která je zaměřena na využívání sociálních služeb. (Stránská, 2016)

Po vyhodnocení celého rozhovoru je možné uvést, že délka péče má negativní dopad na emocionální stránku, při dlouhodobém sledování zhoršování stavu blízké osoby. I věk souvisí se syndromem vyhoření. Čím je pečující starší, tím přibývá větší fyzická zátěž a zdravotní potíže pečovatele. Dále vyplynulo, že zdravotní stav pečovaného má jistou souvislost s výskytem syndromu vyhoření. Naopak vztah pečovatele k pečovanému nehraje žádnou roli s riziky výskytu syndromu vyhoření. Při pomoci jiného rodinného příslušníka či nějaké sociální služby nejsou kladeny tak velké nároky z hlediska zátěže na pečujícího. Proto lze konstatovat, že systém péče nesouvisí s výskytem syndromu vyhoření. Využívání sociálních služeb neovlivňuje riziko výskytu syndromu vyhoření. Naopak sociální služby jsou řazeny do prevence syndromu vyhoření, kdy částečně zmírňují zátěž, která je kladena na pečovatele při poskytování péče. (Stránská, 2016)

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíle práce

Hlavní cíl: Zjistit v jaké míře postihuje syndrom vyhoření laické pečující o rodinné příslušníky.

Dílčí cíle: Zjistit, zda ovlivňuje délka poskytované péče syndrom vyhoření u pečujícího.

Zjistit, zda má vliv míra spolupráce pacienta na vznik syndromu vyhoření u pečujícího.

Zjistit, zda denní počet hodin péče má vliv na vznik syndromu vyhoření u pečujícího.

Zjistit, zda využívání služeb agentur domácí péče ovlivňuje výskyt syndromu vyhoření u pečujících.

3.2 Průzkumné otázky

1. Vykazují pečující vyšší skóre BQ v závislosti na délce poskytované péče?
2. Je vznik syndromu vyhoření u pečujícího ovlivněn mírou závislosti pečované osoby?
3. Je vznik syndromu vyhoření ovlivněn denním počtem hodin poskytnuté péče?
4. Vykazují vyšší skóre BQ ti pečující, kteří nevyužívají podpůrné služby?

3.3 Metodika

Pro zjištění potřebných informací k odpovědím na stanovené cíle byla zvolena kvantitativní metoda formou anonymizovaného dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval dvě části (viz příloha D).

První část se skládala z 9 vlastních zjišťovacích otázek, z toho 4 byly zaměřené na dílčí cíle. Uzavřené otázky zjišťovaly pohlaví, věk pečujícího a nemocného, délku poskytované péče v měsících a denní počet hodin strávených péčí, míru soběstačnosti nemocného a je-li

osoba pečující o nemocného současně zaměstnána. Dále byla položena jedna polootevřená otázka, která zjišťovala využití terénních agentur a jedna otázka otevřená, která se dotazovala na diagnózu nemocného.

Druhá část se skládala z otázek standardizovaného dotazníku Burnout Measure (BM) převzatý z knihy (Křivohlavý, 1998), kterým se zjišťuje přímo výskyt syndromu vyhoření (psychického vyhoření) u jednotlivých osob zařazených do průzkumu. Autory standardizovaného dotazníku jsou Ayala Pines, PhD a Elliot Aronson, PhD. Standardizovaný dotazník je tvořen 21 uzavřenými otázkami. Odpověď na danou otázku respondent vybíral ze škály tvořené sedmi možnostmi, kterými jsou:

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

Každé odpovědi byl přiřazen počet bodů od 1 do 7, který odpovídal pořadí odpovědi, tzn. odpověď „nikdy“ byla ohodnocena 1 bodem.

Vyhodnocení dotazníku bylo provedeno podle vzorce:

$$BQ = \frac{D}{21}$$

$$D = A + C$$

$$C = 32 - B$$

BQ je hodnota psychického vyhoření.

Hodnota A byla vypočtena jako součet bodů u otázek: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 21.

Hodnota B byla vypočtena jako součet bodů u otázek: 3, 6, 19 a 20.

Hodnota C byla vypočtena rozdílem 32 a výsledkem hodnoty B

Hodnota D byla vypočtena jako součet hodnoty A a C

Interpretace hodnoty psychického vyhoření:

- | | |
|------------|---|
| BQ < 2 | dobrá výsledek z hlediska psychického zdraví, |
| 2 < BQ < 3 | výsledek ještě uspokojivý, |
| 3 < BQ < 4 | doporučuje se zamyslet se nad životním stylem, pocitem smysluplnosti života...., |
| 4 < BQ < 5 | zde je již možno považovat přítomnost syndromu psychického vyčerpání za prokázanou, |
| BQ > 5 | tento stav je třeba považovat za alarmující, doporučuje se obrátit na psychologa či psychoterapeuta. (Křivohlavý, 1998, s. 36-37) |

Sběr dat probíhal od května 2020 do listopadu 2020, kdy část dotazníků byla rozdána konkrétním respondentům po vzájemné domluvě a část za pomoci vybraného zařízení. Vybrané zařízení udělilo souhlas s provedením průzkumného šetření. Za pomoci jejich ošetřujících sester byly rozneseny dotazníky ke klientům s péčí poskytovanou v domácím prostředí a využívajících jejich služeb. Vyplnění dotazníků bylo na bázi dobrovolnosti a anonymity jak respondenta, tak ošetřovaného.

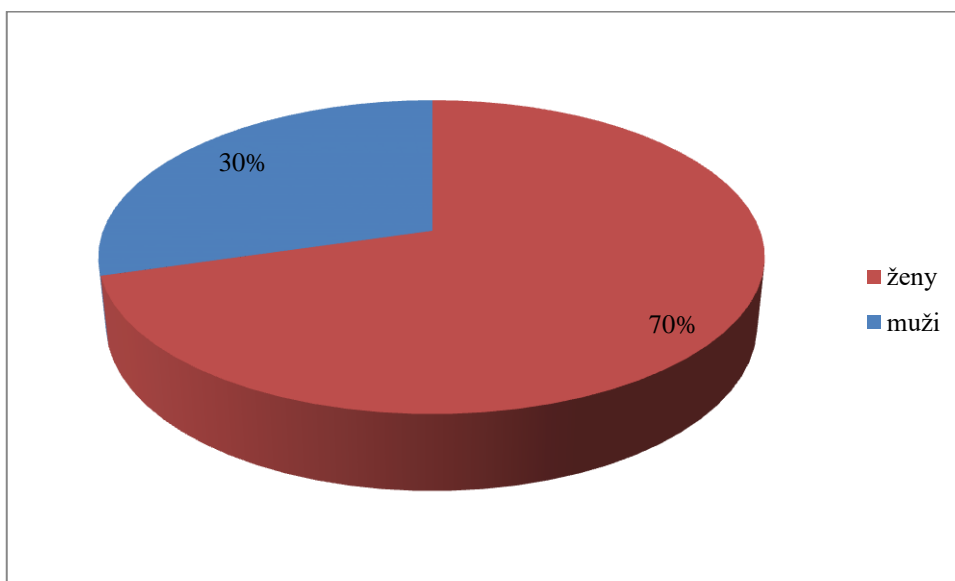
Cílem bylo do průzkumného vzorku zapojit 50 respondentů. Ze sběru dat konkrétním osobám bylo vyplněno a navraceno všech 7 dotazníků, které byly rozdány. Za pomoci vybraného zařízení bylo rozdáno 43 dotazníků a jejich návratnost byla 100 %. Z důvodu neúplného vyplnění 2 dotazníků a 4 dotazníků, které nesplňovaly podmínku minimální délky péče o osobu blízkou více jak 3 měsíce, byly tyto z průzkumného šetření vyřazeny. Z celkového počtu 50 rozdaných dotazníků bylo do průzkumu zařazeno pouze 44 dotazníků.

3.4 Interpretace výsledků

První tři zjišťovací otázky byly položeny za účelem bližší charakteristiky pečujících. Týkaly se pohlaví, věku a profesního života. Další dvě ze zjišťovacích otázek byly zaměřeny

na informace o zdravotním stavu nemocného a na jeho věk. Pokud byly výsledky vyjádřeny v relevantních hodnotách, byly zaokrouhleny matematicky na dvě desetinná místa.

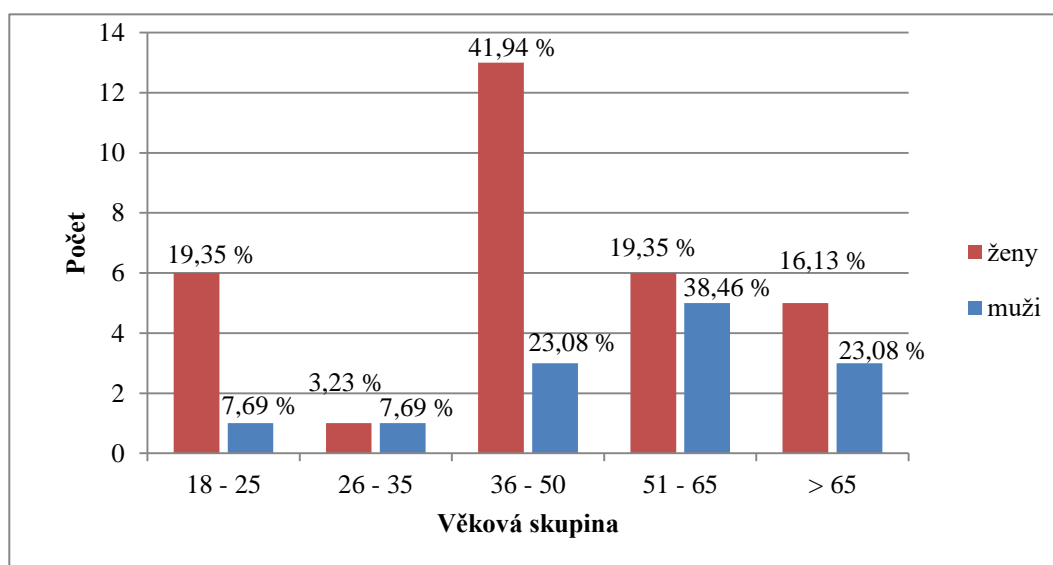
Otázka č. 1: Jste? Tato otázka zjišťovala pohlaví ošetřujícího. Respondenti měli na výběr označit odpověď muž nebo žena. Z odpovědí na tuto otázku bylo zjištěno, že ze 44 osob (100 %) neprofesionálních pečujících o rodinné příslušníky se do průzkumu zapojilo 31 žen (70 %) a 13 mužů (30 %), viz Obrázek 1.



Obrázek 1 - Pohlaví respondentů

Otázka č. 2: Kolik Vám je let? Tato otázka byla do dotazníku zařazena pouze pro informativní zjištění o věkovém rozdělení osob pečujících o osobu blízkou. Odpověď na tuto otázku byla vybírána z pěti možných věkových rozmezí. Tato otázka nikterak neovlivňuje stanovené dílčí cíle. První věkovou skupinu tvořily osoby v rozmezí od 18 do 25 let, protože průzkumu se mohli zúčastnit jen zletilí jedinci a zároveň se jedná o skupinu osob, která může ještě navštěvovat vzdělávací zařízení. Další tři věkové skupiny v rozmezí od 26 do 35 let, od 36 do 50 let a od 51 do 65 let tvoří skupiny osob v produktivním věku. Poslední skupina osob starších 65 let byla do průzkumu zařazena s ohledem na to, že se jedná o skupinu osob důchodového věku. Věkové rozdělení pečujících podle pohlaví zobrazuje Obrázek 2.

Z grafu je patrné, že nejvíce pečujících žen je ve věkovém rozmezí od 36 do 50 let a to 13 osob (41,94 %). Dvě věkové skupiny jsou zastoupeny 6 ženami (19,35 %), jedná se o věkové skupiny od 18 do 25 let a od 51 do 65 let. Ve věku nad 65 let o blízkého pečuje 5 žen (16,13 %). Nejméně byla zastoupena věková skupina od 26 do 35 let, a to pouze 1 ženou (3,23 %). Za to u mužů pečujících o rodinného příslušníka je největší zastoupení ve věkové skupině od 51 do 65 let, jedná se 5 mužů (38,46 %). Stejným počtem respondentů byly zastoupeny věkové skupiny od 36 do 50 a nad 65 let, jednalo se o 3 muže (23,08 %). Ve věkových skupinách od 26 do 35 let a od 18 do 25 let se o nemocného staral pouze 1 muž, což představuje 7,69 % pečujících mužů.

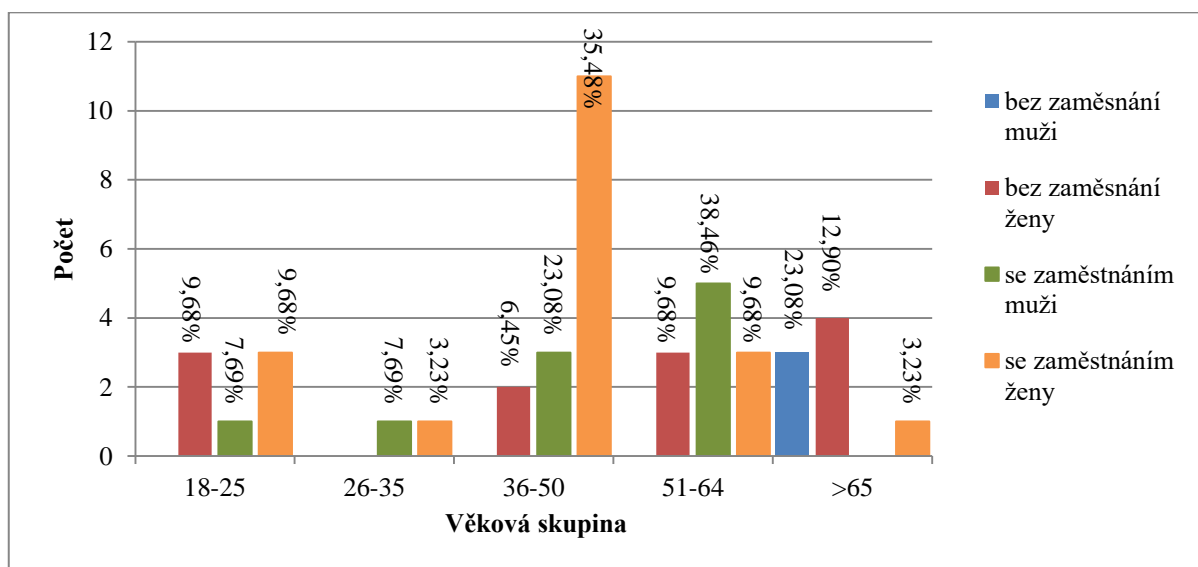


Obrázek 2 – Věkové rozložení respondentů

Otázka č. 3: Máte v současné době zaměstnání? Na tuto otázku bylo možné odpovědět pouze ano nebo ne. Následující Obrázek č. 3 zobrazuje odpovědi na tuto otázku, které byly rozřazeny podle pohlaví a věkových skupin respondentů. Pouze 15 osob se o své blízké stará a současně nevykonávají žádné povolání.

Z grafu je možné vidět, že mezi muži jsou pouze tři (23,08 %), kteří zaměstnání nemají, všichni ve věkové skupině starších 65 let. Z celkového počtu 12 nezaměstnaných žen, jsou 4 ženy (12,90 % všech žen) ve věkové skupině starších 65 let, 3 ženy (9,68 % žen) jsou ve věkové skupině od 51 do 64 let a 2 ženy (6,45 % žen) jsou ve věku od 36 do 50 let. Věková skupina od 18 do 25 let je zastoupena 3 ženami (9,68 %), může se jednat o osoby, které se například starají o pečovaného při studiu.

Mužů, kteří pracují a zároveň se starají o člena rodiny, je celkem 10 a žen je 19. Z toho ve věkové skupině od 18 do 25 let pracují 3 ženy (9,68 % všech žen) a 1 muž (7,69 % všech mužů), ve věkové skupině od 26 do 35 let pracuje pouze 1 muž (7,69 % všech mužů) a 1 žena (3,23 % všech žen). Nejčastěji jsou zastoupeny osoby, které se starají o pečujícího a zároveň pracují ve věkové skupině od 36 do 50 let, a to muži v počtu 3 (23,08 % všech mužů) a 11 žen (35,48 % všech žen). Věková skupina od 51 do 65 let je zastoupena 5 muži (38,46 % všech mužů) a 3 ženami (9,68 % všech žen). Naopak všichni respondenti, kteří již dosáhli důchodového věku, tedy osoby starší 65 let již nepracují, pouze jedna žena (3,23 %) uvedla, že současně ještě pracuje.



Obrázek 3 – Profesionální život pečujících

Otázka č. 4: Jak dlouho se staráte o člena rodiny? Odpovědi na tuto otázku byly členěny do pěti variant možných odpovědí, odstupňovaných po měsíčních intervalech. První z možností byla délka péče do 3 měsíců. Tato není uvedena v tabulce, jelikož ti respondenti, kteří ji zaškrtnuli, byli z průzkumu vyřazeni. Celkem byli vyřazeni 4 respondenti. Dále následovaly měsíční intervaly od 3 do 6 měsíců, od 7 do 11 měsíců, od 12 do 18 měsíců a poslední kategorií byla odpověď více než 18 měsíců. Pro názornost byly odpovědi na tuto otázku ještě rozřazeny podle pohlaví (viz Tabulka 1).

Z odpovědí je patrné, že délka péče od 3 do 6 měsíců byla uvedena celkem 8 respondenty, z toho 7 žen (22,58 % všech žen) a 1 muž (7,69 % všech mužů). Délka péče v rozmezí od 7 do 11 měsíců byla zodpovězena 5 respondenty, 3 ženami (6,45 % všech žen) a 2 muži (23,08 % všech mužů). Odpověď od 12 do 18 měsíců vyplnilo celkem 5 respondentů, z toho 1 muž (7,69 % všech mužů) a 4 ženy (12,90 % všech žen). Nejčastěji byla zastoupena odpověď, že pečující se o nemocného starají více jak 18 měsíců, tuto uvedlo 8 mužů (61,54 % všech mužů) a 18 žen (58,06 % všech žen). To znamená, že více než polovina respondentů pečuje o blízkou osobu déle než 18 měsíců.

Tabulka 1 - Délka péče

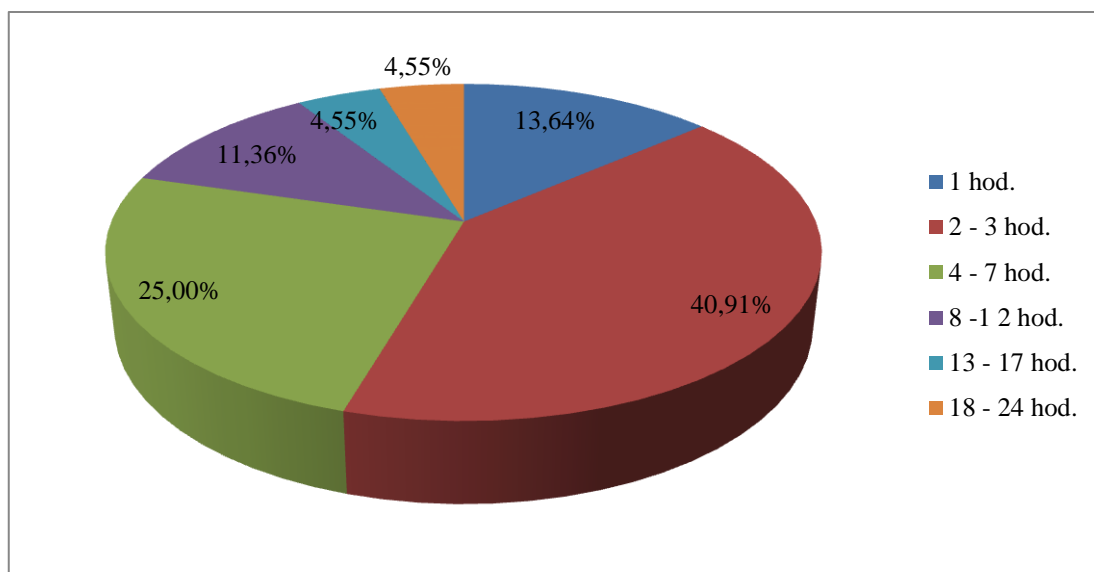
pohlaví	3 - 6 m		7 - 11 m		12 - 18 m		> 18 m	
	n	%	n	%	n	%	n	%
muži	1	7,69	3	23,08	1	7,69	8	61,54
ženy	7	22,58	2	6,45	4	12,90	18	58,06

n – absolutní počet; m – měsíce; % - relativní četnost

Otázka č. 5: Jakou nemocí (postižením) trpí člen rodiny, o kterého se staráte? Tato otázka byla otevřená. Nejčastěji respondenti uváděli, že se starají o nemocné s Alzheimerovou chorobou, stařeckou demencí a rakovinou. V menší míře se vyskytovaly diagnózy typu pohybového onemocnění, diabetes mellitus, psychické a neurologické choroby. Více jak polovina respondentů uvedla, že ošetřovaný má diagnostikováno více než jedno onemocnění. Tato otázka je spojena s následující šestou otázkou, neboť zdravotní stav nemocného ovlivňuje čas strávený s nemocným a poskytování laické péče.

Otázka č. 6: Kolik času denně průměrně strávíte péčí o člena rodiny? Odpovědi na tuto otázku zobrazuje Obrázek č. 4. Respondenti měli na výběr ze sedmi možností odpovědí, kdy nikdo z respondentů nevedl, že by poskytoval péči méně než jednu hodinu denně. Z tohoto důvodu graf tuto odpověď neobsahuje. Dále následovaly hodinové intervaly denní péče 1 hodinu, od 2 do 3 hodin, od 4 do 7 hodin, od 8 do 12 hodin, od 13 do 17 hodin a poslední z možností hodinového intervalu byla od 18 do 24 hodin.

Největší skupinu 18 respondentů tvoří ti, kteří průměrně péčí o osobu blízkou stráví 2 až 3 hodiny denně, tato skupina činí 40,91 % všech respondentů. 11 respondentů (25,00 %) stráví laickou péčí o blízkou osobu 4 až 7 hodin za den. 6 osob (13,64 %) uvedlo, že pečují o nemocného jednu hodinu denně. Péči o příbuzného, která trvá 8 až 12 hodin, provádí 5 respondentů (11,36 %). Poslední dvě možné odpovědi hodinových intervalů od 13 do 17 hodin a od 18 do 24 hodin byly vyplněny stejným počtem respondentů a to 2 osobami (4,55 %).



Obrázek 4 - Průměrný denní počet hodin strávený péčí

Otázkou č. 7: Využíváte některé ze zdravotních služeb? Otázka byla sestavena ze čtyř možností, které mohli respondenti vybrat, a to odpověď ne, domácí péče, charita či možnost jiné. V případě, že pečující zvolil odpověď „jiné“, byl instruován k uvedení, jakou jinou podpůrnou službu využívá. (viz Tabulka 2).

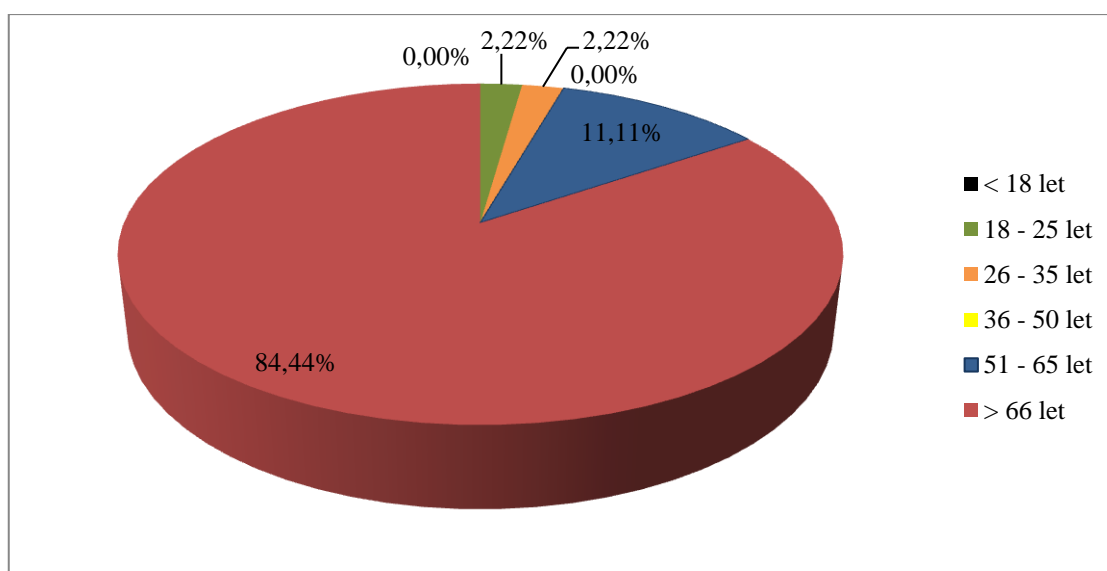
Celkem 23 respondentů (52,27 %) uvedlo, že žádnou podpůrnou službu nevyužívá. Pomoc domácí péče využívá 9 respondentů (20,45 %) a jenom 2 respondenti (4,55%) uvedli, že využívají služeb charity. Zbylých 10 respondentů (22,73 %) uvedlo, že spolupracují s jinými typy zařízení, jako například s geriatrickým centrem nebo pečovatelskou službou.

Tabulka 2 – Počet osob využívajících podpůrné služby vyjádřené v absolutních a relevantních hodnotách

Služby	Využívání služeb			
	ANO		NE	
Domácí péče	9	20,45%	23	52,27%
Charita	2	4,55%		
Jiné	10	22,73%		

Na otázku č. 8: Jak starý je člen rodiny, o kterého se staráte? Odpověď na otázku mohli respondenti vybírat z šesti možných věkových kategorií. Věkové kategorie tvořily mladší než 18 let, od 18 do 25 let, od 26 do 35 let, od 36 do 50 let, od 51 do 65 let, poslední věkovou kategorií tvořila věková skupina starších 66 let (viz Obrázek 5).

Nejčastěji byla zastoupena věková skupina osob starších 66 let v počtu 38 nemocných (84,44 %). Věkové skupiny méně než 18 let a 36 - 50 let nebyly zastoupeny. 5 nemocných (11,11 %) bylo ve věkové skupině od 51 do 65 let. Ve dvou věkových skupinách, a to od 18 do 25 let a od 26 do 35 let, byl pouze 1 nemocný (2,22 %). Jedna respondentka uvedla, že současně pečuje o dvě osoby a to ve věkové skupině 26 - 35 let a více než 66 let.



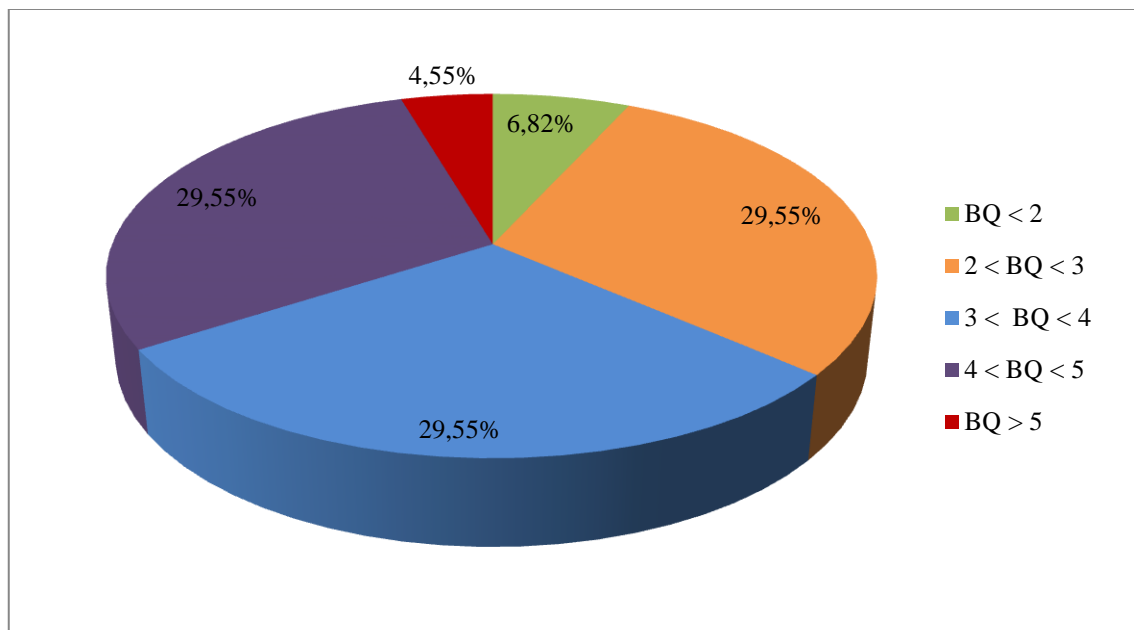
Obrázek 5 - Věk nemocného

Otázka č. 9: Do jaké kategorie spadá člen rodiny, o kterého se staráte? Odpovědi byly rozděleny do 3 kategorií soběstačnosti nemocných, a to soběstačný, částečně soběstačný a nesoběstačný (viz Tabulka 3). Největší část 32 nemocných (72,73 %) je částečně soběstačných, 8 nemocných (18,18 %) je soběstačných a 4 osoby (9,09 %) jsou nesoběstačné.

Tabulka 3 - Kategorie soběstačnosti nemocného vyjádřená v absolutních a relevantních hodnotách

Kategorie	Počet	
soběstačný	8	18,18%
částečně soběstačný	32	72,73%
nesoběstačný	4	9,09%

Z průzkumného vzorku 44 respondentů bylo za pomoci standardizovaného dotazníkového šetření Burnout Mesuache zjištěno, že 15 osob trpí syndromem vyhoření. Následující Obrázek 6 zobrazuje výsledky výskytu syndromu vyhoření u respondentů dle bodového ohodnocení BQ.



Obrázek 6 – Vyhodnocení BM dotazníku

Z celkového počtu 44 respondentů (100 %) dosáhly hodnoty BQ menší než dva pouze 3 osoby (6,82 %). Hodnota BQ menší než 2 označuje psychicky zdravého jedince. U 13 osob (29,55 %) byl zjištěn uspokojivý výsledek, kdy hodnota BQ byla v rozmezí 2 - 3. Zamyslet se a přehodnotit svůj život by mělo dalších 13 respondentů (29,55%), kteří spadají do hodnoty BQ v rozmezí 3 - 4. Hodnota BQ rovna 4 je hraniční, do této hodnoty nejsou respondenti považováni za psychicky vyčerpané, tedy nevykazují známky syndromu vyhoření. Psychickým vyčerpaním trpí 13 osob (29,55 %), spadají do rozmezí hodnot BQ 4 - 5, zbylé 2 osoby, což představuje 4,55 %, spadají do hodnoty BQ vyšší než 5. Respondenti s hodnotou BQ vyšší než 5 by měli vyhledat odbornou pomoc, jejich stav je alarmující.

Tabulka 4 - Délka péče dle hodnoty BQ pečujících vyjádřená v absolutních hodnotách

Hodnota BQ	Délka péče v měsících			
	3 - 6	7 - 11	12 - 18	> 18
BQ < 2	1	-	-	2
2 < BQ < 3	2	-	3	8
3 < BQ < 4	4	1	-	8
4 < BQ < 5	1	2	2	8
BQ > 5	-	2	-	-
Celkem	8	5	5	26

BQ – hodnota psychického vyhoření

Tabulka 5 - Délka péče dle hodnoty BQ pečujících vyjádřená v relevantních hodnotách

Hodnota BQ	Délka péče v měsících			
	3 - 6	7 - 11	12 - 18	> 18
BQ < 2	12,50%	-	-	7,69%
2 < BQ < 3	25,00%	-	60,00%	30,77%
3 < BQ < 4	50,00%	20,00%	-	30,77%
4 < BQ < 5	12,50%	40,00%	40,00%	30,77%
BQ > 5	-	40,00%	-	-
Celkem	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

BQ – hodnota psychického vyhoření

Tabulka 4 a 5 zobrazuje respondenty rozřazené podle hodnoty BQ (psychického vyčerpání), a délky poskytované péče v měsících.

U jedinců pečujících 3 až 6 měsíců, byly zjištěny hodnoty BQ do 3 u 3 respondentů (37,50 %), hodnota BQ v rozmezí 3 - 4 byla zjištěna u 4 respondentů (50 %) a hodnota BQ v rozmezí 4 - 5 byla zjištěna u 1 respondenta (12,50 %). Hodnota BQ větší než 5 nebyla žádným respondentem zastoupena.

Žádná z osob pečujících 7 až 11 měsíců nedosáhla hodnoty BQ do 3, dva respondenti (20 %) dosáhli hodnoty BQ v rozmezí 3 - 4, hodnoty BQ v rozmezí 4 - 5 byly zjištěny u 2 respondentů (40 %) a hodnoty BQ větší než 5,0 byly zjištěny u 2 osob (40 %).

U osob pečujících 12 až 18 měsíců, byly hodnoty BQ do 3 zjištěny u 3 respondentů (60 %), hodnoty BQ v rozmezí od 4 - 5 byly zjištěny u 2 respondentů (40 %). Ostatní hodnoty BQ nebyly respondenty zastoupeny.

U osob pečujících více než 18 měsíců, byly hodnoty BQ do 3 zjištěny u 10 respondentů (38,46 %), hodnoty BQ v rozmezí 3 - 4 byly zjištěny u 8 respondentů (30,77 %) a hodnoty BQ v rozmezí 4 - 5 byly zjištěny rovněž u 8 respondentů (30,77 %). Hodnota BQ větší než 5 nebyla zastoupena žádným respondentem.

Z výsledků je tedy jasné, že délka prováděné péče nemá žádný vliv na výskyt syndromu vyhoření. Neboť nelze jednoznačně říct, že by osoby, které se starají déle než 18 měsíců, více trpěly syndromem vyhořením než ty, které pečují kratší dobu.

Tabulka 6 – Počet pečujících rozřazených podle hodnoty BQ a soběstačnosti nemocného

Hodnota BQ	Počet pečujících v absolutních a relevantních hodnotách					
	nesoběstační		částečně soběstační		soběstační	
BQ < 2	-	-	3	6,82%	-	-
2 < BQ < 3	1	2,27%	10	22,73%	2	4,55%
3 < BQ < 4	2	4,55%	7	15,91%	4	9,09%
4 < BQ < 5	1	2,27%	10	22,73%	2	4,55%
BQ > 5	-	-	2	4,55%	-	-

BQ – hodnota psychického vyhoření

Tabulka 6 zobrazuje souvislost hodnoty BQ pečujících, rozřazených dle soběstačnosti osoby, o kterou pečují. U respondentů patřící do hodnoty BQ menší než 2 pečující o 3 částečně soběstačné osoby (6,82 %). Pečujících, kteří dosáhli hodnoty BQ v rozmezí 2 - 3 se celkem starají o 13 nemocných, z toho 1 nesoběstačný (2,27 %), 10 částečně soběstačných (22,73 %) a 2 soběstační (4,55 %). O stejný počet 13 osob se starají pečující, kteří dosáhli hodnoty BQ v rozmezí 3 - 4. Jedná se o 2 nesoběstačné osoby (4,55 %), 7 částečně soběstačných (15,91 %) a 4 plně soběstačné osoby (9,09 %). O dalších 13 nemocných se starají pečující, kteří měli hodnoty BQ v rozmezí 4 - 5, jedná se 1 osobu nesoběstačnou (2,27 %), 10 částečně soběstačných (22,73 %) a 2 soběstačné (4,55 %). Pečující, kteří dosáhli hodnoty BQ větší než 5, se starají o 2 nemocné (4,55 %) a oba jsou částečně soběstační.

Z výsledků tedy vyplývá, že spolupráce pacienta nemá žádný vliv na výskyt syndromu vyhoření. Nelze uvést, že respondenti postižení syndromem vyhoření se starají více o částečně soběstačné a nesoběstačné rodinné příslušníky než respondenti psychicky zdraví.

Tabulka 7 – Počet pečujících rozřazených podle hodnoty BQ a denního počtu hodin péče

Hodnota BQ	Denní počet hodin péče					
	1	2 - 3	4 - 7	8 - 12	13 - 17	18 - 24
BQ < 2	1	1	-	1	-	-
2 < BQ < 3	2	3	6	1	1	-
3 < BQ < 4	2	8	2	-	-	1
4 < BQ < 5	1	5	2	3	1	1
BQ > 5	-	1	1	-	-	-

BQ – hodnota psychického vyhoření

Tabulka 8 – Počet pečujících v relevantních hodnotách rozřazených podle hodnoty BQ a denního počtu hodin péče

Hodnota BQ	Denní počet hodin péče v relevantních hodnotách					
	1	2 - 3	4 - 7	8 - 12	13 - 17	18 - 24
BQ < 2	16,67%	5,56%	-	20,00%	-	-
2 < BQ < 3	33,33%	16,67%	54,55%	20,00%	50,00%	-
3 < BQ < 4	33,33%	44,44%	18,18%	-	-	50,00%
4 < BQ < 5	16,67%	27,78%	18,18%	60,00%	50,00%	50,00%
BQ > 5	-	5,56%	9,09%	0,00%	-	-
Celkem	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

BQ – hodnota psychického vyhoření

Tabulky 7 a 8 zobrazují hodnoty BQ a denní počet hodin strávený péčí o nemocné rodinné příslušníky. U jedinců, kterým péče trvala 1 hodinu denně, byly zjištěny hodnoty BQ do 3 u 3 respondentů (50 %), hodnoty BQ v rozmezí 3 - 4 byly zjištěny u 2 respondentů (33,33 %), hodnoty BQ v rozmezí 4 - 5 byly zjištěny u 1 respondenta (16,67 %) a hodnoty BQ větší než 5 nedosáhl ani jeden respondent.

U jedinců, kteří pečovali 2 až 3 hodiny denně, byly hodnoty BQ do 3 zjištěny u 4 respondentů (22,23 %), hodnoty BQ v rozmezí 3 - 4 byly zjištěny u 8 respondentů (44,44 %), hodnoty BQ v rozmezí 4 - 5 byly zjištěny u 5 respondentů (18,18 %) a hodnoty BQ větší než 5 byly zjištěny u 1 respondenta (5,56 %).

U jedinců, kterým péče trvala 4 až 7 hodin denně, byly hodnoty BQ do 3 zjištěny u 6 respondentů (54,55 %), hodnoty BQ v rozmezí 3 - 4 byly zjištěny u 2 respondentů (18,18 %),

hodnoty BQ v rozmezí 4 - 5 byly zjištěny u 2 respondentů (18,18 %) a hodnoty BQ větší než 5 byly zjištěny u 1 respondenta (9,09 %).

U jedinců, kteří se starali 8 až 12 hodin denně, byly hodnoty BQ do 3 zjištěny u 2 respondentů (40 %), hodnoty BQ v rozmezí 4 - 5 byly zjištěny u 3 respondentů (60 %). Hodnoty BQ 3 - 4 a větší než 5 žádný z respondentů nedosáhl.

U jedinců, kteří poskytovali péči 13 až 17 hodin denně, byly hodnoty BQ do 3 zjištěny u 1 respondenta (50 %) a hodnoty BQ v rozmezí 4 - 5 byly zjištěny rovněž u 1 respondenta (50 %). Ostatní hodnoty BQ nebyly zastoupeny žádnými respondenty.

U jedinců, kteří se starali 18 až 24 hodin denně, byly hodnoty BQ v rozmezí 3 - 4 zjištěny u 1 respondenta (50 %) a hodnoty BQ v rozmezí 4 - 5 byly zjištěny rovněž u 1 respondenta (50 %). Ostatní hodnoty BQ nebyly zastoupeny žádným z respondentů.

Z výsledků je tedy jasné, že denní počet hodin prováděné péče nijak neovlivňuje míru výskytu syndromu vyhoření u pečujících o rodinné příslušníky. Průzkumné šetření dokázalo, že ti kteří trpí syndromem vyhoření ($BQ > 4$) stráví péči o rodinného příslušníka nejčastěji 2 – 3 hodiny denně.

Tabulka 9 – Počet pečujících vyjádřený v absolutních a v relevantních hodnotách rozřazených podle hodnoty BQ a využívání služeb

Hodnota BQ	Využívání služeb			
	ANO		NE	
BQ < 2	1	4,76%	2	8,70%
2 < BQ < 3	7	33,33%	6	26,09%
3 < BQ < 4	8	38,10%	5	21,74%
4 < BQ < 5	4	19,05%	9	39,13%
BQ > 5	1	4,76%	1	4,35%

BQ – hodnota psychického vyhoření

Tabulka 9 zobrazuje rozdělení respondentů podle hodnoty BQ v závislosti na využívání terénních služeb. Pomoc služeb využívá 21 respondentů a zbylých 23 respondentů pomoc terénních agentur nevyužívá. Celkem 29 respondentů dosáhlo hodnoty BQ nižší než 4, tzn., že tyto nejsou syndromem postiženi. Z tohoto počtu však pouze 16 z nich využívá pomoc agentur při péči o rodinného příslušníka. Z celkového počtu 15 respondentů, kteří dosáhli hodnoty BQ vyšší než 4, pouze 5 respondentů využívá pomoc agentur při péči.

U hodnot BQ do 3,0 je 8 respondentů (38,06 %), kteří využívají pomocných služeb a 8 respondentů (34,79 %) pomocné služby nevyužívá.

U hodnot BQ 3 - 4 je 8 respondentů (38,10 %), kteří využívají pomocných služeb a 5 respondentů (21,74 %) nevyužívajících pomocné služby.

U hodnot BQ 4,0 až 5,0 a vyšší než 5 je 5 respondentů (23,81 %) využívá pomocných služeb a 10 respondentů (43,48 %) nevyužívá pomocných služeb.

Z výsledku tedy vyplývá, že využívání terénních služeb nikterak neovlivňuje výskyt syndromu vyhoření u pečujících o rodinné příslušníky. Můžeme tedy říci, že pomoc agentur terénních péčí nemá vliv na výskyt syndromu vyhoření, ale spíše jej řadíme do prevence výskytu syndromu vyhoření. Pomoc agentur a jejich terénních pracovníků zmírňuje zátěž působící na pečovaného.

4 DISKUZE

Hlavním cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit výskyt syndromu vyhoření u neprofesionálních pečujících o své blízké v domácím prostředí za pomoci standardizovaného dotazníku MB. Dále byl standardizovaný dotazník rozšířen o 9 vlastních zjišťovacích otázek, které byly cíleny na 4 dílčí cíle průzkumu. Do průzkumu bylo zařazeno celkem 44 pečujících.

Vyhodnocení standardizovaného dotazníku prokázalo, že 15 respondentů (34 %) trpí syndromem vyhoření a měli by vyhledat psychologickou pomoc. 13 respondentů (30 %) je na hraně výskytu syndromu vyhoření, a proto by měli přehodnotit a změnit svůj život a hodnoty. U zbylých 16 respondentů (36 %) nebyl výskyt syndromu vyhoření prokázán, jejich psychický stav je velmi dobrý a dokáží se vyrovnat se zátěží, která je na ně vyvíjena péčí o člena rodiny.

K podobným výsledkům dospěla Bc. Zpěváková (2019) za pomoci BM dotazníku. Z jejího šetření vyplynulo, že z celkového počtu 39 osob je 11 pečujících psychicky zdravých, 18 pečujících je na hraně výskytu syndromu vyhoření a měli by se zamyslet nad svým životem a hodnotami. Zbylých 10 pečujících je syndromem vyhoření postiženo a měly by vyhledat odbornou pomoc.

Další odbornou prací je výzkum Bc. Marečkové (2014) s tématem *Syndrom vyhoření vychovatelů v dětských domovech a pečovatelů v domovech pro seniory*. Kde hlavním cílem bylo zjistit, zda jsou syndromem vyhoření ohroženi více vychovatelé v dětských domovech či pečovatelé v domovech pro seniory. Stanoveny byly 3 dílčí cíle. První dílčí cíl: Jsou syndromem vyhoření ohroženi spíše muži či ženy? Druhý dílčí cíl: Jsou syndromem vyhoření ohroženi spíše středoškolsky vzdělaní lidé nebo lidé se vzděláním vyšším? Třetí dílčí cíl: Souvisí délka praxe s rizikem vzniku syndromu vyhoření?

Výzkumné šetření bylo provedeno za pomoci standardizovaného dotazníku BM, který byl rozdán celkem 104 respondentům a z toho 52 vychovatelům dětí z dětského domova a 52 pečovatelům z domova pro seniory.

Z výsledků standardizovaného dotazníkového šetření vyplynulo, že 45 vychovatelů v dětských domovech (86,6 %) je psychicky zdravých. V riziku výskytu syndromu vyhoření

bylo 6 vychovatelů (11,5 %). Postižen syndromem vyhořením byl pouze 1 vychovatel (1,9 %), který měl hodnoty BQ v rozmezí 4 - 5. Poslední hodnota BQ větší než 5 nebyla zjištěna u žádného z vychovatelů z dětského domova.

Dále z výzkumu vyplynulo, že 49 pečovateli (94,2 %) z domova pro seniory je v dobrém psychickém stavu. Ve varovném stavu byly 3 vychovatelé (5,8 %). Hodnoty BQ vyšší než 4, které prokazují přítomnost syndromu vyhoření, nebyly u žádného z vychovatelů z domova pro seniory zjištěny.

Rovněž výzkum Bc. Sašinové (2017) na téma *Syndrom vyhoření pracovníků v domovech pro seniory ve Zlínském kraji*. S hlavním cílem zjistit, jaká je míra syndromu vyhoření u pracovníků domovů pro seniory. Bylo stanoveno 5 dílčích cílů. První dílčí cíl: Zjistit příčiny syndromu vyhoření, které mohou být stěžejní u pracovníků v domovech pro seniory. Druhý dílčí cíl: Zjistit závislost míry syndromu vyhoření na délce profesní praxe pracovníků v domovech pro seniory. Třetí dílčí cíl: Zjistit závislost míry syndromu vyhoření na vzdělání pracovníků v domovech pro seniory. Čtvrtý dílčí cíl: Zjistit specifika práce se seniory z pohledu pracovníků v domovech pro seniory. Pátý dílčí cíl: Zjistit, jak pracovníci domovů pro seniory předcházejí syndromu vyhoření.

Výzkumné šetření probíhalo ve třech domovech pro seniory ve Zlínském kraji, za pomoci standardizovaného dotazníkového šetření (dotazník MBI) a vlastního dotazníku. Dotazník byl rozdán celkem 150 respondentům, ale zapojených do výzkumu bylo 106 respondentů, kteří dotazník vrátili.

Z výsledku standardizovaného dotazníku MBI, který má 3 roviny vyhoření, a to emocionální, depersonalizační a snížený pracovní výkon, neboli osobní uspokojení. Z výzkumu bylo zjištěno, že 38 respondentů (36 %) není emocionálně vyčerpaných. V mírném emocionálním vyčerpání bylo 33 respondentů (31 %). 35 respondentů (33 %) bylo emocionálně vyhořelých. 39 respondentů (37 %) není depersonalizovaných, 46 respondentů (43 %) trpí mírnou depersonalizací a 21 respondentů (20 %) bylo v této oblasti depersonalizace vyhořelých. V poslední rovině osobního uspokojení bylo uspokojeno 35 respondentů (33 %), 31 respondentů (29 %) trpí mírným neuspokojením a 40 respondentů (38 %) trpí v oblasti osobního uspokojení syndromem vyhoření.

Hlavním tématem diskuze je zodpovědět předem stanovené průzkumné otázky a jejich porovnání s jinými výzkumy a průzkumy z odborné literatury či diplomových prací.

Mezi diplomové práce zabývající se tématem syndromu vyhoření u neprofesionálních pečujících o rodinné příslušníky v domácím prostředí patří práce Bc. Zpěvákova (2019) s názvem *Syndrom vyhoření u laického pečovatele*. Standardizovaný dotazník BM byl rozdan 39 laickým pečujícím o rodinné příslušníky III. a IV. stupně závislosti. Bc. Stránská (2016) práce na téma *Syndrom vyhoření u neprofesionálních pečovatelů pečujících o nesoběstačného seniora*. Šetření proběhlo za pomoci rozdaní standardizovaného dotazníku BM 5 respondentkám, poté následoval rozhovor. Bližší informace o těchto provedených výzkumech jsou uvedeny v kapitole 2.5.1 a 2.5.4.

Mezi odborné publikace patří výzkum Kozáková, Vévodová, Vévoda, Merz, Grygová a Kozák (2017), který byl proveden na téma *Syndrom vyhoření u rodinných a profesionálních pečujících*. Za pomoci standardizovaného dotazníku BM rozdaný 107 respondentům, z toho bylo 50 laických pečujících a 57 profesionálních pečujících. Naganuma, Kihara, Fujita, Yamaoka a Takahashi (2018) provedli výzkum na téma *Vztah mezi sociální soudržností a zátěží péče o rodinu*. Šetření probíhalo na ostrově Tokunoshima za pomoci 71 respondentů a dotazníku Zarit care burden interview. Bližší informace o těchto provedených výzkumech jsou uvedeny v kapitole 2.5.2 a 2.5.3.

Jedlinská, Hlubík, Levová (2009) prováděli výzkum na téma *Psychická zátěž laických rodinných pečujících*. Cílem bylo poukázat na aktuální situaci psychické zátěže laických rodinných pečujících v oblasti okresu Rychnov nad Kněžnou a nastínění možných východisek v rámci globálních strategií podpory zdraví, které by vedly ke zlepšení zdravého životního stylu a prevenci v oblasti duševního zdraví. Za pomoci dotazníku s vlastními otázkami a standardizovaného dotazníku BM, který byl rozdan 170 osobám, ale návratnost pouze 57 % (97 dotazníků). Na základě dotazníkového šetření bylo prokázáno, že 30 % respondentů bylo psychicky vyhořelých a zbylých 70 % respondentů bylo v riziku výskytu syndromu vyhoření (hodnota BQ od 3 do 4). Dále bylo prokázáno, že k riziku výskytu syndromu vyhoření přispívá délka vykonávané role pečovatele, soužití ve společné domácnosti, tíže zdravotního stavu osoby závislé, doba, po kterou se pečující denně věnují osobě závislé a druhu handicapu.

Další diplomovou prací na obdobné téma napsala Bc. Bártová (2007) pod názvem *Emocionální zátěž osob pečujících o starší rodinné příslušníky*. Cílem bylo zhodnotit emocionální stav pečujících osob. Zmapovat faktory související s emocionální zátěží a zjistit využití zdravotních a sociálních služeb pečovateli. Za pomoci dotazníkového šetření bylo rozdáno 130 dotazníků a jejich návratnost byla 86,2 %, což představovalo 112 dotazníků, které byly zařazeny do výzkumu.

Z výsledku vyplynulo, že na 24 respondentů (21,4 %) byla vyvíjena při péči o blízkého mírná zátěž. U 40 respondentů (35,7 %) byla vyvíjena střední zátěž a u 48 respondentů (42,9 %) byla vyvíjena vysoká zátěž při pečování o blízkou osobu.

Posledním průzkumem, s kterým bude má práce porovnávána, je průzkum Kloučkové (2009) na téma *Syndrom vyhoření u rodinných příslušníků pečujících o nemocné s progresivním neurodegenerativním onemocněním*. Cílem bylo zjistit, 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. Dalším cílem bylo zjistit, 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. Průzkumné šetření probíhalo za pomoci standardizovaného dotazníku BM a vlastní části dotazníku, který byl rozdán 120 respondentům. Dotazníků bylo vráceno 73 a po kontrole do průzkumu bylo zařazeno pouze 60 dotazníků.

Z výsledku vyplynulo, že 34 respondentů (56,7 %) nebylo ohroženo syndromem vyhoření, 18 respondentů (30 %) bylo v riziku vzniku vyhoření a 8 respondentů bylo vyhořelých.

4.1 Průzkumná otázka č. 1: Vykazují pečující vyšší skóre BQ v závislosti na délce poskytované péče?

První průzkumná otázka byla zaměřena na zjištění, zda ovlivňuje délka poskytované péče syndrom vyhoření u pečujícího. Pro zodpovězení této průzkumné otázky byly využity odpovědi na otázku: Jak dlouho se staráte o člena rodiny? Na tuto otázku odpovídali respondenti zaškrtnutím odpovídacího rozpětí délky péče v měsících, kdy vybírali z pěti možných variant. U každého respondenta byla vyhodnocena míra psychického vyhoření a roztříděna podle délky péče o nemocného (viz Tabulka 4 a 5).

Z výsledků je patrné, že samotná délka poskytované péče nemá žádný vliv na výskyt syndromu vyhoření, neboť nelze jednoznačně říct, že čím déle se osoby starají o nemocného, tím více jsou postiženy syndromem vyhoření.

Ke stejnému výsledku došli ve svém výzkumu Kozáková, Vévodová, Vévoda, Merz, Grygová a Kozák (2017), kdy 50 neprofesionálních pečujících pečovalo průměrně 5 let a 57 profesionálních pečujících pečovalo průměrně 12 let. Kdy u 25 neprofesionálních pečujících a 2 profesionálních pečujících byl prokázán výskyt syndromu vyhoření. *„Z výsledku našeho výzkumu vyplynulo, že neexistuje vztah mezi délkou pečování a mírou vyhoření.“* Naopak výzkum Jedlinské, Hlubíka a Levové (2009) uvádí délku vykonávané role pečovatele jako jeden z rizikových faktorů na výskyt syndromu vyhoření, kdy se pečovatelé starali déle než jeden rok a více než 8 hodin denně. Bc. Stránská (2016) po vyhodnocení rozhovoru uvedla délku péče jako rizikový faktor. *„Respektive by se dalo říci, že čím déle trvá poskytování péče, tím větší zátěž to znamená pro pečujícího.“*

Bc. Marečková (2014) došla k výsledku, že u osob trvajících praxe do 4 let bylo 85% psychicky zdravých, 12,5 % osob v riziku výskytu syndromu vyhoření a 2,5 % osob vyhořelých. Z osob, které vykonávaly praxi 5 až 9 let, nemělo 94,7 % žádné příznaky syndromu vyhoření, 5,3 % osob bylo v riziku výskytu syndromu vyhoření a žádná z osob nedosáhla hodnot BQ větších než 4. Z jedinců, kteří vykonávali praxi 9 až 14 let, bylo 93,8 % psychicky zdravých, riziko výskytu syndromu vyhoření mělo 6,2 % osob a pouze 2,5 % osob bylo vyhořelých. U jedinců vykonávajících praxi 15 až 20 let bylo prokázáno že, 87,5 % bylo

psychicky zdravých, 12,5 % osob bylo v riziku výskytu syndromu vyhoření a vyhořelých bylo pouze 2,5 % osob. Poslední možnou kategorií délky vykonávané praxe bylo více než 20 let. Zde bylo zjištěno 100% psychicky zdravých osob. *„Dle výsledků výzkumu zjišťujeme, že nejohroženější skupinou jsou pracovníci s délkou praxe 0 – 4 roky. BQ pod 3,0, tedy hodnoty dobré a uspokojivé mělo v součtu nejméně jedinců, naopak byli jedinou skupinou, kde se vyskytovala hodnota BQ vyšší než 4,0. Mezi nejméně ohroženou skupinu zařadíme jedince s délkou praxe více než dvacetiletou.“*

Sašínská (2017) došla k výsledkům, že mezi respondenty vykonávající praxi 0 až 1 rok bylo 12 respondentů bez emocionálního vyčerpání, 4 respondenti byli v mírném emocionálním vyčerpání a 11 respondentů bylo v emocionální rovině vyhořelí. Praxe, která trvala 2 až 5 let, byla zastoupena 17 respondenty bez emocionálního vyhoření, 14 respondentů bylo mírně emocionálně vyčerpaných a 14 respondentů bylo emocionálně vyhořelých. Poslední skupina respondentů vykonávala praxi 6 a více let. Zde bylo 9 respondentů emocionálně zdravých, 14 respondentů v mírném emocionálním vyčerpání a 11 respondentů emocionálně vyhořelo. Tyto výsledky vedly ke zjištění, že mezi délkou prováděné praxe a mírou výskytu syndromu vyhoření není žádná spojitost.

Bc. Bártová (2007) uvedla, že mezi délkou poskytované péče a výskytem syndromu vyhoření existuje vztah, tedy emocionální zátěž se zvyšuje s délkou poskytované péče blízké osobě. K tomuto tvrzení došla na základě výsledků dotazníkového šetření. Z výsledků vyplývá, že z pečovatelů starajících se několik měsíců o nemocné bylo 12 pečujících vystaveno mírné zátěži, 8 pečujících střední zátěži a 4 pečující vysoké zátěži. U pečovatelů starajících se 1 až 4 roky byla u 6 pečovatelů zjištěna mírná zátěž, u 19 pečovatelů střední zátěž a u 21 pečovatelů vysoká zátěž. Ti, kteří pečovali 5 až 9 let, bylo zjištěno, že 4 pečovatelé trpěli mírnou zátěží, 8 pečovatelů trpělo střední zátěží a 15 pečujících trpělo vysokou zátěží. Poslední skupina respondentů pečovala o své blízké 10 a více let. 2 pečující trpěli mírnou zátěží, 5 pečujících střední zátěží a 8 pečujících trpělo vysokou zátěží.

4.2 Průzkumná otázka č. 2: Je vznik syndromu vyhoření u pečujícího ovlivněn mírou závislosti pečované osoby?

Druhá průzkumná otázka byla zaměřena na zjištění, zda má vliv míra spolupráce pacienta na vznik syndromu vyhoření u pečujícího. Pro zodpovězení této průzkumné otázky byly využity odpovědi na otázku: Do jaké kategorie spadá člen rodiny, o kterého se staráte? Na tuto otázku odpovídali respondenti zaškrtnutím odpovídací kategorie spolupráce, které tvořili tři možnosti. U každého respondenta byla vyhodnocena míra psychického vyhoření a roztríděna podle kategorie spolupráce nemocného (viz Tabulka 6).

Z výsledků vyplývá, že spolupráce pacienta nemá žádný vliv na výskyt syndromu vyhoření, neboť vyhořelí respondenti pečují o menší poměr závislých nemocných, než psychicky zdraví jedinci.

Naopak ve výzkumu Jedlinské, Hlubíka a Levové (2009) byla prokázána tíže zdravotního stavu osoby závislé jako jeden z rizik výskytu syndromu vyhoření. V průzkumu Kloučkové (2009) bylo prokázáno, že 8 respondentů (13,3 %), kteří pečovali o nemocného ve velmi špatném stavu, bylo vyhořelých ($BQ > 4$). O nemocné ve špatném a spíše dobrém zdravotním stavu pečovalo 48 respondentů (80 %), kteří byli v riziku vzniku syndromu vyhoření, tedy v rozmezí hodnot BQ 3 - 4. Velmi dobrý a dobrý stav u nemocného subjektivně hodnotili 4 respondenti (6,7 %) a ti měli průměrnou hodnotu BQ 1,5, tedy bez výskytu syndromu vyhoření. Z tohoto průzkumu tedy vyplývá, že míra ohrožení syndromem vyhoření je ovlivněna subjektivním hodnocením zdravotního stavu nemocného pečovatelem.

Do odpovědi na tuto průzkumnou otázku by bylo vhodné zařadit i onemocnění nemocného, kdy zdravotní stav souvisí s mírou jeho závislosti na pečovateli. Průzkum Kloučkové (2009) prokázal, že nejvíce pečovatelů a to bylo 35 (58,3 %) se staralo o nemocného s roztroušenou sklerózou. 16 respondentů (26,7 %) se staralo o nemocné s Alzheimerovou chorobou, 6 respondentů (10 %) pečovalo o nemocné s Parkinsonovou chorobou a pouze 3 respondenti se starali o nemocné s Amyotrofickou laterální sklerózou.

Bc. Bártová (2007) uvedla, že míra závislosti ovlivňuje výskyt emocionální zátěže. Tento závěr byl potvrzen jejím výzkumem. Z výzkumu vyplynulo, že pečující starající se o chodícího nemocného trpělo mírnou zátěží pouze 10 pečovatelů, 5 pečovatelů trpělo střední zátěží a vysokou zátěží trpěli 2 pečující. Pečující starající se o chodícího nemocného s potřebou dopomoci trpělo mírnou zátěží 12 pečujících, 24 pečujících trpělo střední zátěží a 19 pečujících vysokou zátěží. Pečující starající se o ležícího nemocného, ale schopného sebeobsluhy trpělo mírnou zátěží 6 pečujících, 10 pečujících trpělo střední zátěží a 19 pečujících vysokou zátěží. U pečovatelů, kteří se starali o ležícího nemocného zcela nesoběstačného bez sebeobsluhy, trpěl mírnou zátěží 1 pečující, 3 pečující trpěli střední zátěží a 7 pečujících vysokou zátěží. Pečující starající se o inkontinentní nemocné trpěli mírnou zátěží 4 pečující, 13 pečujících trpělo mírnou zátěží a 23 pečujících vysokou zátěží. Pečující starající se o nemocné s demencí trpěl 1 pečující mírnou zátěží, 4 pečující trpěli střední zátěží a 10 pečujících vysokou zátěží.

4.3 Průzkumná otázka č. 3: Je vznik syndrom vyhoření ovlivněn denním počtem hodin poskytnuté péče?

Třetí průzkumná otázka byla zaměřena na zjištění, zda syndrom vyhoření je ovlivněn denním počtem hodin prováděné péče. Pro zodpovězení této průzkumné otázky byly využity odpovědi na otázku: Kolik času denně průměrně strávíte péčí o člena rodiny? Na tuto otázku odpovídali respondenti zaškrtnutím odpovídajícího rozpětí délky péče od 30 minut do 24 hodin, kdy vybírali ze sedmi možných variant. U každého respondenta byla vyhodnocena míra psychického vyhoření a roztříděna podle délky péče o nemocného (viz Tabulka 7 a 8).

Z výsledků je jasné, že větší počet hodin prováděné denní péče nijak neovlivňuje míru výskytu syndromu vyhoření u pečujících o rodinné příslušníky. Největší počet vyhořelých respondentů se stará 2 až 3 hodiny denně.

Naopak výzkum Jedlinské, Hlubíka a Levové (2009) prokázal délku vykonávané role pečovatele jako rizikový faktor na výskyt syndromu vyhoření, kdy se pečovatelé starali déle než jeden rok a více než 8 hodin denně.

K této průzkumné otázce se mi nepodařilo najít další zdroj k porovnání výsledků na tuto průzkumnou otázku denního počtu hodin strávené péče o blízkou osobu. Sama o sobě jediná veličina v tomto případě denní počet hodin péče neovlivňuje výskyt syndromu vyhoření, dle mnou zjištěných výsledků.

4.4 Průzkumná otázka č. 4: Vykazují vyšší skóre BQ ti pečující, kteří využívají podpůrné služby?

Čtvrtá průzkumná otázka byla zaměřena na zjištění, zda vyšší skóre BQ vykazují ti pečující, kteří využívají podpůrné služby. Pro zodpovězení této průzkumné otázky byly využity odpovědi na otázku: Využíváte některé ze zdravotních služeb? Na tuto otázku odpovídali respondenti zaškrtnutím čtyř možností, z nichž jednou z možností byla vlastní odpověď. U každého respondenta byla vyhodnocena míra psychického vyhoření a roztríděna podle využívání služeb či nikoliv (viz Tabulka 9).

Z výsledku vyplývá, že využívání terénních služeb nikterak neovlivňuje výskyt syndromu vyhoření u pečujících o rodinné příslušníky. Ke stejnému tvrzení se dobrala Bc. Stránská (2016), kdy na pečujícího není kladena velká zátěž z hlediska péče o rodinného příslušníka za pomoci využívání terénních agentur či jiné osoby. Naopak další provedený výzkum Naganuma, Kihara, Fujita, Yamaoka a Takahashi (2018) prokázal, že pečující, kteří se neměli na koho obrátit, ohledně pomoci při péči o rodinného příslušníka a neúčastnili se organizovaných aktivit, trpěli vysokou zátěží, která na ně byla kladena.

Bc. Bártová (2007) uvedla, že neexistuje vztah mezi využíváním a nevyužíváním pomocných služeb a výskytu emocionální zátěže. Potvrzení bylo podloženo výzkumem, který uvádí, že z pečujících, kteří využívají pomocné služby, trpělo mírnou zátěží 10 pečujících, 24 pečujících trpělo střední zátěží a 30 vysokou zátěží. Z těch respondentů, kteří nevyužívali pomocné služby, trpělo 14 pečujících mírnou zátěží, 16 pečujících střední zátěží a 18 pečujících vysokou zátěží.

Kloučková (2009) ve svém průzkumu uvedla, že 25 respondentů (41,7 %) využívajících úlevovou péči či pobyty s průměrem BQ hodnot 3,1 (netrpí syndromem vyhoření, ale jsou

v rizikové skupině výskytu). 35 respondentů (58,3 %) nevyužívali úlevovou péči či pobyty a měli průměrnou hodnotu BQ 2,9 (psychicky zdraví).

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u neprofesionálních pečujících o rodinné příslušníky v domácím prostředí. Syndrom vyhoření postihuje všechny profese, ale mnohem častěji se vyskytuje v pomáhajících profesích, kde jsou lidé v neustálém kontaktu s lidmi.

K dosažení stanovených cílů bylo využito dotazníkové šetření za pomoci standardizovaného dotazníku BM, který byl rozšířen o 9 vlastních zjišťovacích otázek. Do průzkumu bylo zařazeno 44 respondentů pečujících o rodinného příslušníka v domácím prostředí.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že z celkového počtu 44 respondentů jich 15 vykazuje znaky přítomnosti syndromu vyhoření. K zodpovězení dílčích cílů byly využity průzkumné otázky, které se týkaly délky péče vyjádřené v měsících, spolupráce nemocného, denní délky poskytované péče v hodinách a využívání pomocných služeb.

Z průzkumu bylo zjištěno, že neexistuje závislost délky poskytované péče ani denní počet hodin poskytované péče na výskytu syndromu vyhoření, což z velké části potvrzují i jiné provedené výzkumy. Spolupráce pacienta a využívání agentur pomocných služeb (např. domácí péče) jednoznačně neovlivňuje výskyt syndromu vyhoření u pečujícího.

Průzkumem nebylo jednoznačně prokázáno, že by některý ze stanovených dílčích cílů měl sám o sobě jednoznačný vliv na výskyt syndromu vyhoření. Lze však shrnout, že syndrom vyhoření je u každého pečujícího ovlivněn mnoha individuálními faktory, které působí jak na pečujícího, tak na osobu, o kterou je pečováno. Pokud je však pečující ovlivněn více zátěžovými faktory současně, je mnohem vyšší pravděpodobnost, že tento pečující může trpět syndromem vyhoření.

POUŽITÁ LITERATURA

1. DUFKOVÁ, V. Zdraví sestry: Jak rozpoznat syndrom vyhoření a jak mu předcházet? *Florance: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2016, 12(7-8), 44-45. ISSN 1801-464X.
2. GRÜN, A., 2014. Vyhoření: jak rozprout vlastní energii. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0587-6.
3. HOZÁK, R. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad, 2013. ISBN 978-80-7429-331-3.
4. HROZENSKÁ, M. a D. DVOŘÁKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada publishing, 2013. ISBN 987-80-247-4139-0.
5. CHOVANCOVÁ, P., H. KRYLOVÁ, M. PETŘEKOVÁ, Š. ŠAŇÁKOVÁ a Z. VOČKA. *Vybrané otázky: Péče o osobu blízkou*. Olomouc: Caritas, 2012. ISBN 978-80-87623-00-8.
6. KLOUČKOVÁ, Jana. *Syndrom vyhoření u rodinných příslušníků pečujících o nemocné a progresivním neurodegenerativním onemocněním*. Pardubice, 2009. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Petra Mandysová, MSN.
7. KŘIVOHAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
8. MAROON, I. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9.
9. MESSER, B. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. Praha: Grada publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0215-0.
10. NOVÁK, T. *Péče o pečující: Jak být pečovatelem také sám sobě*. Brno: Moravskoslezský kruh, 2011. ISBN 978-80-254-9149-2.
11. PAULIK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. 2. Praha: Grada publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5646-2.

12. PEŠEK, R. a PRAŠKO, J. Syndrom vyhoření: Jak se prací a pomáháním druhým nezničit.: Pohledem kognitivně behaviorální terapie. Praha: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-881-6300-8.
13. PLAMÍNEK, J. *Sebepoznání, sebeřízení a stres: Praktický atlas sebezvládnání*. 3. vydání, Praha: Grada publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4751-4.
14. POSCHKAMP, T. *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Brno: Edika, 2013, 104 s. Rádce pro pedagogy. ISBN 978-80-266-0161-6.
15. POSPÍŠILOVÁ, A. Význam zapojení rodiny do domácí zdravotní péče. *Florance: Časopis moderního ošetrovatelství*. 2011, 7(12), 5-6. ISSN 1801-464X.
16. PUGNEROVÁ, M. a A KOL. *Psychologie - Pro studenty pedagogických oborů*. Praha: Grada publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0532-8.
17. SOJKOVÁ, B. Komplikované rodinné vztahy v domácí péči. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2012, 8(6), 9-10. ISSN 1801-1349.
18. STRÁNSKÁ, M. *Syndrom vyhoření u neprofesionálních pečovateli pečujících o nesoběstačného seniora*. Hradec Králové, 2016. Diplomová práce. Univerzita Hradec Královo, Ústav sociální práce.
19. ŠOLCOVÁ, I. a KEBZA, V. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
20. ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0470-3.
21. VENGLÁŘOVÁ, M. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.
22. WEISS, L. 2014. Uvolnění stresu, dosažení vnitřního klidu: od nepohody k nalezení vnitřního míru. V Praze: Metafora. ISBN 978-80-7359-435-0.
23. ZPĚVÁKOVÁ, J. *Syndrom vyhoření u laického pečovatele*. Zlín, 2019. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanistických studií.

ZÁKONY

24. Česko. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

INTERNEROVÉ ZDROJE

25. BÁRTOVÁ, Petra. EMOCIONÁLNÍ ZÁTĚŽ OSOB PEČUJÍCÍCH O STARŠÍ RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY [online]. Brno, 2007 [cit. 2021-7-2]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/22950/lf_m/diplomova_prace_komplet-_emocion._zatez_osob_pecujicich_o_sve_blizke-PDF.pdf. Diplomová práce. Masarykova univerzita lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Marie Macková Ph.D, RSW.
26. GEISLER, H. *Volno na péči a podpora pečujících osob na trhu práce v České republice a zahraničí*. Praha: Alegra studio, 2016. ISBN 978-80-87953-26-6. Dostupné také z: <https://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/000165.pdf?seek=1489066973>.
27. JEDLINSKÁ, M, HLÚBÍK P, LEVOVÁ J. Psychická zátěž rodinných pečujících. *Profese online* [online]. Ústav společenských a humanitních věd, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého, Olomouc, Česká republika, 2009, 2(1) [cit. 2021-04-01]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <https://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2009/01/03.pdf>.
28. KOZÁKOVÁ, R., Š. VÉVODOVÁ, J. VÉVODA, L. MERZ, B. GRYGOVÁ a J. KOZÁK. Syndrom vyhoření u rodinných a profesionálních pečujících. *Profese online* [online]. Ústav společenských a humanitních věd, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého, Olomouc, Česká republika, 2017, 10(1), 7 [cit. 2021-04-01]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <https://www.profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2017/01/01.pdf>.
29. NAGANUMA, Y., S. KIHARA, Y. FUJITA, K. YAMAOKA a K. TAKAHASHI. The relation between social cohesion and the care burden of family healthcare providers. *Bioscience trends* [online]. 2018, 12(5), 520-522 [cit. 2021-02-22]. ISSN 18817823. Dostupné z: https://www.jstage.jst.go.jp/article/bst/12/5/12_2018.01175/pdf.
30. Neformální péče: Role rodiny a problémy pečujících CRSP. *CRSP Brno - Centrum pro rodinu a sociální péči v Brně* [online]. Copyright [cit. 30. 01. 2021]. Dostupné z: <https://www.crsp.cz/neformalni-pece-role-rodiny-a-problemy-pecujicich>.

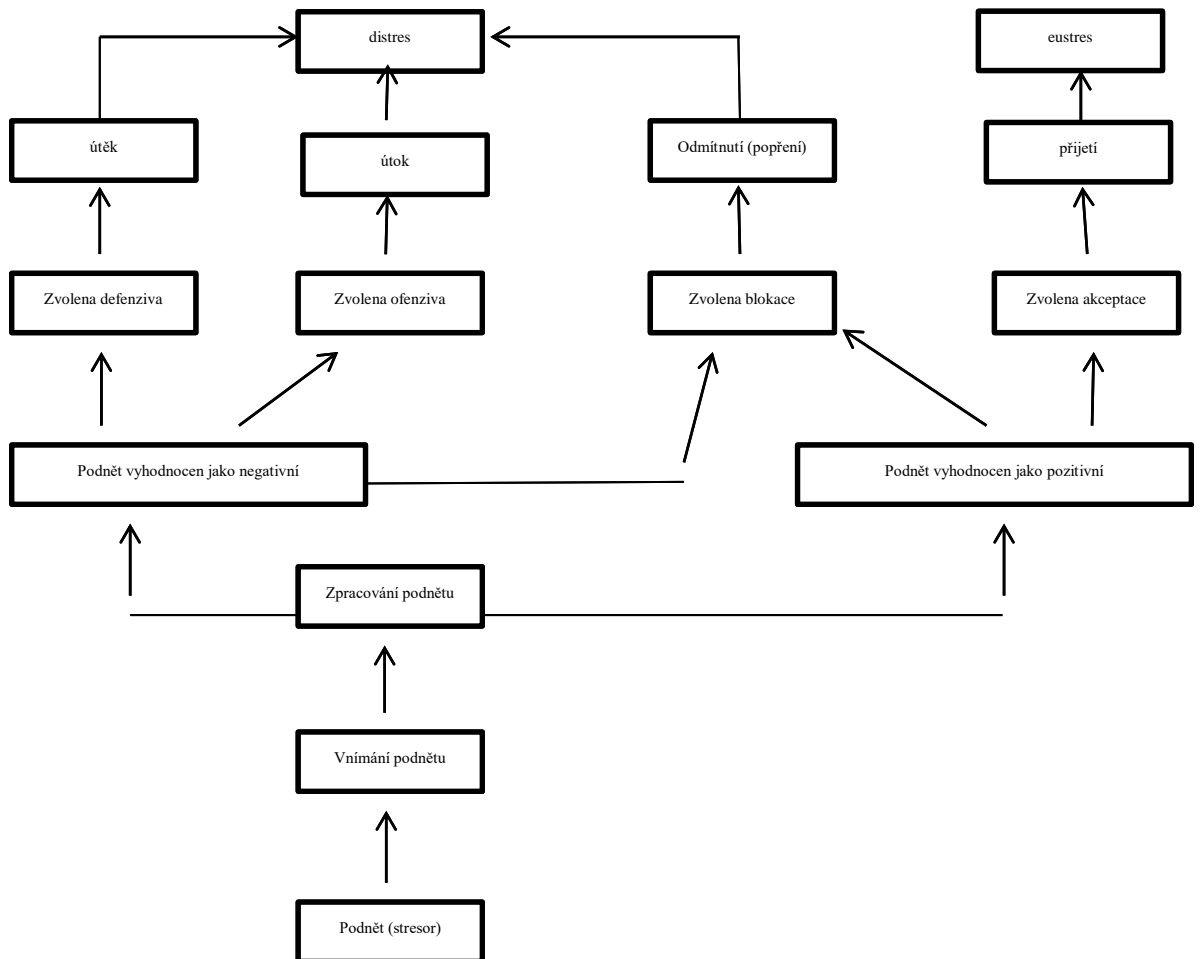
31. Syndrom vyhoření trápí stále více mladých lidí. Jak se mu účinně bránit? *Zdraví.euro.cz* [online]. 24. 6. 2019 [cit. 2021-04-16]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/leky/syndrom-vyhoreni-priznaky-prevence>.
32. VOJTÍŠKOVÁ, A. Syndrom vyhoření. Zdravotnické zařízení Ministerstva vnitra [online]. [cit. 2021-6-24]. Dostupné z: <https://www.zzmv.cz/syndrom-vyhoreni>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A	68
Příloha B	69
Příloha C	70
Příloha D	71

Příloha A

Rozhodnutí o povaze stresu

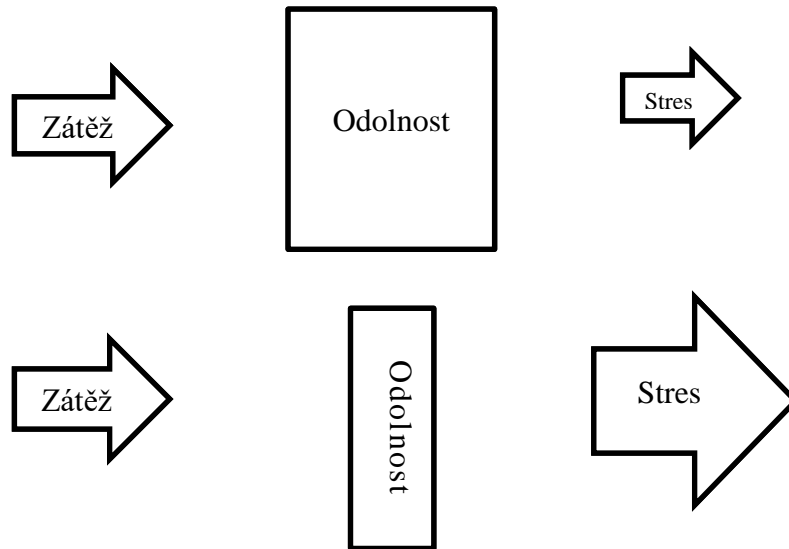


(Plamínek, 2013)

Uvedené schéma zobrazuje vyhodnocení podnětů mozkovým kmenem. K vyhodnocení pozitivního nebo negativního podnětu, který pak vede k povaze stresu.

Příloha B

Vliv odolnosti na stres



(Plamínek, 2013)

Z obrázku je patrné, že každý lidský organismus má jinou odolnost neboli ochranu proti stresu. Čím větší odolnost člověk má, tím se lépe vypořádá s působícím stresem. Naopak člověk, který má malou až žádnou odolnost proti stresu, ten podlehe působícímu tlaku a z malé zátěže se stane velký problém, s kterým se organismus nedokáže vypořádat sám.

Příloha C

Stupně závislosti a měsíční příspěvek na péči

Stupeň závislosti	Do 18 let věku	Nad 18 let věku
Lehká závislost	3 300 Kč	880 Kč
Středně těžká závislost	6 600 Kč	4 400 Kč
Těžká závislost	9 900 – 13 200 Kč	8 800 – 12 800 Kč
Úplná závislost	13 200 – 19 200 Kč	13 200 – 19 200 Kč

V tabulce je uveden aktuální příspěvek na péči od 1. 7. 2019, který je vymezen dle věku a stupně závislosti. (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Příloha D

Dotazník MB

Dobrý den, jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecné sestry na fakultě zdravotnických studií v Pardubicích. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který bude využit v analytické části mé bakalářské práce. Dotazník bude anonymní a jeho vyplnění Vám zabere přibližně 10 minut. Na každou otázku zaškrtněte pouze jednu odpověď. Děkuji za vyplnění.

Jste?

- Žena
- Muž

Kolik Vám je let?

- 18 – 25 let
- 26 – 35 let
- 36 - 50 let
- 51 – 65 let
- 66 let a více

V současné době máte zaměstnání?

- Ano
- Ne

Jak dlouho se staráte o člena rodiny?

- Méně než 3 měsíce
- 3 až 6 měsíců
- 7 až 11 měsíců
- 12 měsíců až 18 měsíců
- Více než 18 měsíců

Jakou nemocí (postižením) trpí člen rodiny, o kterého se staráte? (Prosím vypište!)

.....
.....

Kolik času denně průměrně strávíte péčí o člena rodiny? (hygiena, stravování, celková péče,...)

- 30 minut
- 1 hodinu
- 2 – 3 hodiny
- 4 – 7 hodin
- 8 – 12 hodin
- 13 – 17 hodin
- 18 - 24 hodin

Využíváte některé ze zdravotních služeb?

- Ne
 - Domácí péče
 - Charita
 - Jiné.....
- (V případě odpovědi JINÉ prosím vypište)

Jak starý je člen rodiny, o kterého se staráte?

- Méně než 18 let
- 18 – 25 let
- 26 – 35 let
- 36 - 50 let
- 51 – 65 let
- 66 let a více

Do jaké kategorie spadá člen rodiny, o kterého se staráte?

- Soběstačný
- Částečně soběstačný
- Nesoběstačný (upoutaný na lůžku)

1. Byl(a) jsem unavená/ý?

- Nikdy
- Jednou za čas
- Zřídka kdy
- Někdy
- Často
- Obvykle
- Vždy

2. Byl(a) jsem v depresi (tísni)?

- Nikdy
- Jednou za čas
- Zřídka kdy
- Někdy
- Často
- Obvykle
- Vždy

3. Prožíval(a) jsem krásný den?

- Nikdy
- Jednou za čas
- Zřídka kdy
- Někdy
- Často
- Obvykle
- Vždy

4. Byl (a) jsem tělesně vyčerpaná/ý?

- Nikdy
- Jednou za čas
- Zřídka kdy
- Někdy
- Často
- Obvykle
- Vždy

5. Byl(a) jsem citově vyčerpaná/ý?

- Nikdy
- Jednou za čas
- Zřídka kdy
- Někdy
- Často
- Obvykle
- Vždy

6. Byl/a jsem šťastná/ý?

- Nikdy
- Jednou za čas
- Zřídka kdy
- Někdy
- Často
- Obvykle
- Vždy

7. Cítil(a) jsem se vyřízen/á, zničen/á?

- Nikdy
- Jednou za čas
- Zřídka kdy
- Někdy
- Často
- Obvykle
- Vždy

8. Nemohl(a) jsem se vzchopit a pokračovat dál?

- Nikdy
- Jednou za čas
- Zřídka kdy
- Někdy
- Často
- Obvykle
- Vždy

9. Byl/a jsem nešťastný/á?

- Nikdy
- Jednou za čas
- Zřídka kdy
- Někdy
- Často
- Obvykle
- Vždy

10. Cítil(a) jsem se utahaná/ý a uhoněná/ý?

- Nikdy
- Jednou za čas
- Zřídka kdy
- Někdy
- Často
- Obvykle
- Vždy

11. Cítil(a) jsem se jakoby uvězněn/á v pasti?
- Nikdy
 - Jednou za čas
 - Zřídka kdy
 - Někdy
 - Často
 - Obvykle
 - Vždy
12. Cítil(a) jsem se být bezcenná/ý?
- Nikdy
 - Jednou za čas
 - Zřídka kdy
 - Někdy
 - Často
 - Obvykle
 - Vždy
13. Cítil(a) jsem se utrápeně?
- Nikdy
 - Jednou za čas
 - Zřídka kdy
 - Někdy
 - Často
 - Obvykle
 - Vždy
14. Tížily mne starosti?
- Nikdy
 - Jednou za čas
 - Zřídka kdy
 - Někdy
 - Často
 - Obvykle
 - Vždy
15. Cítil(a) jsem se zklamaná/ý a rozčarovaná/ý?
- Nikdy
 - Jednou za čas
 - Zřídka kdy
 - Někdy
 - Často
 - Obvykle
 - Vždy
16. Byl(a) jsem slabá/ý a na nejlepší cestě k onemocnění?
- Nikdy
 - Jednou za čas
 - Zřídka kdy
 - Někdy
 - Často
 - Obvykle
 - Vždy

17. Cítil(a) jsem se beznadějně?

- Nikdy
- Jednou za čas
- Zřídka kdy
- Někdy
- Často
- Obvykle
- Vždy

18. Cítil(a) jsem se odstrčen/á a odmítnut/á?

- Nikdy
- Jednou za čas
- Zřídka kdy
- Někdy
- Často
- Obvykle
- Vždy

19. Cítil(a) jsem se pln/á optimismu?

- Nikdy
- Jednou za čas
- Zřídka kdy
- Někdy
- Často
- Obvykle
- Vždy

20. Cítil(a) jsem se pln(á) energie?

- Nikdy
- Jednou za čas
- Zřídka kdy
- Někdy
- Často
- Obvykle
- Vždy

21. Byl(a) jsem pln(á) úzkosti a obav?

- Nikdy
- Jednou za čas
- Zřídka kdy
- Někdy
- Často
- Obvykle
- Vždy