

Míra ohrožení poskytovatelů péče syndromem vyhoření (v rámci příspěvku na péči)

Martina Hladišová, DiS.

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina Hladišová, DiS.**
Osobní číslo: **H12190**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Míra ohrožení poskytovatelů péče syndromem vyhoření**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti sociální práce, příspěvku na péči a syndromu vyhoření.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

GÉRINGOVÁ, Jitka. Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-394-3.

MATOUŠEK, Oldřich. Základy sociální práce. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-331-7.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7179-548-2.

SCHMIDBAUER, Wolfgang. Syndrom pomocníka: podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-369-7.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Helena Skarupská, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **23. ledna 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2015**

Ve Zlíně dne 23. ledna 2015


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 17.4.2015

.....
Michal Hladík

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou poskytování sociální péče, příspěvku na péči a s tím spojenou náročností kladenou na poskytovatele této péče. Práce je zaměřena na poskytování péče hlavně v rodinném prostředí a poskytovateli jsou v tomto případě výhradně rodinní příslušníci. Výzkumným cílem bylo zjistit, jak vysokou mírou syndromu vyhoření jsou v této činnosti ohroženi. Výzkumné závěry jsou zjišťovány prostřednictvím metod kvantitativní analýzy.

Klíčová slova: příspěvek na péči, péče, poskytovatelé péče, syndrom vyhoření, sociální služby

ABSTRACT

My bachelor thesis is focused on the problem of social care providing, on care allowance and on the demands on the caretakers that are very high. The next aim of the thesis is providing the care in the family environment where the providers are only the members of the family.

My research goal was to assess the level of the burnout syndrome that endangers these people. I have used quantitative analysis to reach the research targets.

Key words: care allowance, care, care providers, burnout syndrome, social service.

Chtěla bych velmi poděkovat vedoucí mé bakalářské práce paní PhDr. Heleně Skarupské, Ph.D. za cenné rady, připomínky a celkové vedení práce. Také bych chtěla poděkovat své rodině za podporu a trpělivost během celého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 HISTORIE VÝVOJE PŘÍSPĚVKU NA PÉČI	13
1.1 ZÁKON Č. 100/1988 SB., O SOCIÁLNÍM ZABEZPEČENÍ.....	13
1.1.1 Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení.....	14
1.2 ZÁKON Č. 108/2006 SB., O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	15
2 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI DLE ZÁKONA Č. 108/2006 SB., O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	17
2.1 VYMEZENÍ POJMŮ.....	17
2.2 PODMÍNKY NÁROKU NA PŘÍSPĚVEK NA PÉČI.....	18
2.3 STUPNĚ ZÁVISLOSTI	18
2.4 VÝŠE PŘÍSPĚVKU	19
2.5 DÁVKY, KTERÉ POMÁHAJÍ ZABEZPEČIT PEČUJÍCÍ OSOBU	20
2.5.1 Průkaz OZP	21
2.5.2 Příspěvek na mobilitu.....	21
2.5.3 Příspěvek na zvláštní pomůcku.....	21
3 OSOBNOST PEČUJÍCÍHO.....	23
3.1 CO VEDE ČLOVĚKA K PÉČI O OSOBU BLÍZKOU.....	24
3.2 VLASTNOSTI PEČUJÍCÍHO.....	25
4 SYNDROM VYHOŘENÍ VE VZTAHU K PEČUJÍCÍ OSOBE.....	26
4.1 SYNDROM VYHOŘENÍ	26
4.2 TYPICKÉ PŘÍZNAKY	27
4.3 PREVENCE	27
4.4 NÁPRAVA	29
II PRAKTICKÁ ČÁST	31
5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	32
5.1 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	32
5.1.1 Hlavní výzkumná otázka.....	32
5.2 HYPOTÉZY.....	33
5.3 VÝZKUMNÁ STRATEGIE.....	34
5.4 METODY ANALÝZY DAT	34
6 SOUBOR RESPONDENTŮ	35
6.1 VÝBĚR RESPONDENTŮ	35
6.2 POPIS VZORKU RESPONDENTŮ	36
7 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ STANDARDIZOVANÝM DOTAZNÍKEM MBI ČESKÁ VERZE	38

7.1	STANDARDIZOVANÝ DOTAZNÍK MBI	38
7.2	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU	39
8	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A OVĚŘENÍ HYPOTÉZ	41
8.1	HYPOTÉZA 1	41
8.2	HYPOTÉZA 2	46
8.3	HYPOTÉZA 3	50
8.4	DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY	55
9	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ A NÁVRHY ČI DOPORUČENÍ PRO PRAXI	58
	ZÁVĚR	60
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	62
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	65
	SEZNAM GRAFŮ	66
	SEZNAM PŘÍLOH.....	68

ÚVOD

Tato práce se zabývá *mírou ohrožení poskytovatelů péče syndromem vyhoření v rámci příspěvku na péči*. Většina studií zabývajících se syndromem vyhoření je zaměřená na profesionální pracovníky a opomíjejí se zde nekvalifikovaní poskytovatelé péče v rodinném prostředí. Profesionální poskytovatel péče je na svou práci předem připraven nejen studiem, ale i vlastní volbou se této činnosti věnovat. Má v případě ohrožení syndromem vyhoření různé možnosti, jako je např. supervize, dovolená, přeřazení na jinou pracovní pozici. Naproti tomu osoba poskytující péči rodinnému příslušníkovi je ponechána jen svým schopnostem a možnostem. Péče o nemocného, nemohoucího nebo staršího klienta, je velmi namáhavá a náročná a to nejen fyzicky, ale hlavně psychicky. Nabízí se otázka, jak bude naše společnost schopna zajistit v budoucnu péči o poskytovatele péče v rodinném prostředí.

Co pro nás znamená význam slova pomáhání? Dle Géringové (211, s. 16) *.....existují minimálně dva odlišné přístupy: první, vezměme jej teologicky, tvrdí, že tato nanejvýš eticky ceněná schopnost je pouhým projevem biologického pudu: matka zachrání své dítě, aby její geny přežily, neboť se řídí vnitřní povinností množit se a přežít. Druhý názor, nazvěme jej humanistický, tvrdí, že pomáhání, jako jedinečnou humánní a etickou záležitost, nemůžeme zploštit na pudy. Jak je tomu tedy ve skutečnosti? “*

Teoretická část je rozdělena na čtyři kapitoly. První kapitola se zabývá příspěvkem na péči z historického pohledu, jeho vývojem do současnosti. Druhá kapitola nabízí možnosti pro poskytovatele péče, které obsahuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon vymezuje jednotlivé stupně závislosti a přesně určuje pomoc při jednotlivých každodenních úkonech sebeobsluhy, které by klient měl zvládat a které tímto přecházejí na bedra poskytovatelů péče. Zákon vymezuje čtyři stupně závislosti od lehké, až po úplnou závislost, která je také pro svou největší náročnost nejvíce finančně ohodnocena. Třetí kapitola je věnována osobnosti pečující osoby. Každý jedinec je jinak psychicky vybaven na určitý stupeň zátěže, který je schopen zvládat. Při této činnosti existuje spousta rizik, kterými je ohrožena jak fyzická, tak i psychická stránka poskytovatele pomoci. Klienti, kteří jsou závislí na této péči, se ocitají v těžké životní situaci, mnohdy se se svým náhle změněným zdravotním stavem velmi těžce vyrovnávají a své negativní emoce přenášejí na své okolí, nejvíce na ty, kteří se o ně starají. Závěr teoretické části je zaměřen na důsledek

dlouhodobé psychické i fyzické zátěže, který může vyústit až v syndrom vyhoření a všechny zdravotní rizika s tím související pro poskytovatele péče. Tento stav může skončit až fatálně, v lepším případě se poskytovatel sám může stát klientem.

Praktická část se cíleně zaměřuje na poskytovatele péče a jejich možné ohrožení syndromem vyhoření. **Cílem** výzkumu bylo zjistit, jak vysoce jsou ohroženi rodinní příslušníci, kteří poskytují péči svým blízkým syndromem vyhoření. Výzkum byl proveden formou standardizovaných dotazníků MBI česká verze a vyhledáváním vhodných respondentů v rodinném prostředí. Výsledky vyplývající z tohoto šetření jsou interpretovány v závěrečné části práce společně s doporučením pro praxi.

Důležité je si uvědomit, že péče o nemocného ač je celodenní záležitostí, není tím jediným, co leží na bedrech poskytovatele péče. Pečující osoba se musí starat také sama o sebe, domácnost a ostatní členy rodiny. A proto je důležité poskytovateli při péči o potřebného nabídnout odbornou radu a dostupné možnosti pozitivně ovlivňující jak kvalitu péče, tak i život poskytovatele péče.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE VÝVOJE PŘÍSPĚVKU NA PÉČI

Příspěvek na péči je v systému sociální ochrany zcela nová dávka. Jeho koncepce, jak uvádí Matoušek (2007, s. 39, 40) odpovídá koncepci tzv. dotace na hlavu, která se v devadesátých letech zaváděla i v jiných evropských státech. I když práce na prvních návrzích nového systému sociální pomoci začali již v roce 1994, teprve v roce 2006 byl přijat nový zákon o sociálních službách, který spolu s dalšími právními předpisy (zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, a zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi) přinesl očekávanou změnu systému sociální péče. Zákon o sociálních službách byl přijat v květnu 2006 a byl vydán ve Sbírce zákonů pod číslem 108/2006Sb., s účinností od 1. ledna 2007.

1.1 Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení

Před přijetím zákona č. 108/2006 Sb., se problematice pečujících osob věnoval kon č. 100/1988 Sb. Tento zákon nabyl účinnosti dnem 1. října 1988 a zabýval se zlepšením životní a sociální situace osob se zdravotním postižením nebo v období stáří, kdy tyto osoby nejsou schopny soběstačnosti a sebeobsluhy. V části druhé, hlavě první, v § 7 jsou uvedeny druhy dávek důchodového zabezpečení, mezi nimiž nalezneme v bodě b) dávku nazvanou zvýšení důchodu pro bezmocnost. V § 70, hlavě třetí se zákon zabývá vymezením pojmu bezmocnosti. Bezmocnost je zde rozdělena na tři části, podle toho, jak moc je důchodce závislý na péči jiné osoby. Jednalo se o částečnou, převážnou a úplnou bezmocnost. Pro částečnou bezmocnost je stanovena výše příspěvku 200 Kčs měsíčně, při převážné bezmocnosti je to 400 Kčs měsíčně a úplná bezmocnost byla 600 Kčs měsíčně. Zvýšení důchodu pro bezmocnost se týkalo i sirotčích důchodů, kdy se důchod zvyšoval až od sedmého roku věku dítěte.

Jako druhá příspěvková dávka se v zákoně č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, v hlavě páté, § 86 se nachází péče o těžce zdravotně postižené občany a staré občany. V tomto paragrafu jsou uvedeny možnosti poskytování služeb, jako jsou věcné dávky, peněžité dávky a bezúročné půjčky, a též pečovatelské služby a potřebné pomůcky, které by žadateli zajistily podporu v každodenních činnostech.

1.1.1 Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení.

S větším časovým odstupem vychází vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení. Tato vyhláška je ze dne 26. dubna 1991 a nabyla účinnosti dnem vyhlášení. V části druhé se nachází v § 47 příspěvek při péči o blízkou a jinou osobu, kde v odst. 1, přesně specifikuje a vymezuje podmínky poskytnutí příspěvku. Podmínkou přiznání příspěvku je splnění požadovaných kritérií. Podle § 47 v odst. 4 je možno příspěvek poskytnout i osobám, které pečují o osobu jinou, než blízkou, ale musí zde být splněna podmínka toho, že bydlí ve společné domácnosti. Pojem osoby blízké vysvětluje občanský zákoník jako osoby v přímé linii (manžel, manželka, děti, rodiče, sourozenci, prarodiče).

Příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu náležel pečujícímu, který se staral o převážně nebo úplně bezmocného nebo osobu starší 80 let, která byla částečně bezmocná. Příspěvek náleží také osobě, která pečuje o jinou než blízkou osobu, pokud spolu jí v domácnosti. Osoba takto pečující byla také sociálně a zdravotně pojištěna, mohla péči vykonávat jako práci.

Dle části druhé, § 33 je pro potřebné občany možnost zažádat si o jednorázový příspěvek na opatření zvláštních pomůcek. Tyto pomůcky jsou určeny osobám s těžkým zdravotním postižením a jsou rozděleny na tři části podle specifikace postižení a to na tělesně postižené, zrakově postižené a sluchově postižené. Seznam rehabilitačních a kompenzačních pomůcek pro těžce zdravotně postižené občany je uveden v příloze č. 4 vyhlášky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení.

Smyslem zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení a vyhlášky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení bylo zabezpečit pečující osobu starající se o blízkou a jinou osobu a náklady s tím spojenými. Při dávce u bezmocnosti byly důchody zvýšeny natolik, aby tato výše pokryla náklady spojené s péčí o bezmocnou osobu.

1.2 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Tento dlouho očekávaný zákon ze dne 14. března 2006, nabývá účinnosti 1. ledna 2007. Zákon o sociálních službách se v části druhé zabývá příspěvkem na péči. Dle Gregorové, Galvase (2005, s. 270) podmínky nároku na příspěvek na péči upravuje ustanovení § 7 zákona o sociálních službách. Příspěvek na péči se poskytuje osobám, které jsou závislé na pomoci jiní fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle tohoto zákona při zvládání základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 8: není rozhodné, zda jí pomoc, dohled nebo mimořádnou péči poskytuje osoba blízká, asistent sociální péče nebo poskytovatel sociálních služeb. Nárok na příspěvek nevzniká osobě mladší jednoho roku. O příspěvku rozhoduje a příspěvek vyplácí (bezhotovostně) krajská pobočka úřadu práce. Výše příspěvku na péči závisí nejen na stupni závislosti, ale rovněž na věku, tzn., zda jde o sobu mladší 18 let věku nebo osobu starší 18 let věku.

Tomuto zákonu bude věnována větší pozornost v další kapitole.

I k tomuto zákonu byla vydána prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb., ze dne 15. listopadu 2006 a nabyla účinnosti společně se zákonem 1. ledna 2007. V části první, § 1 se nachází způsob hodnocení úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti. Zde jsou dopodrobna rozepsány činnosti pro hodnocení schopností zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti a odchylný způsob hodnocení těchto úkonů u osob do 18 let věku, které jsou rozlišeny na úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti.

Podstatným rozdílem mezi zákonem č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je ten, komu náleží výplata dávky. U příspěvku při péči o blízkou a jinou osobu, který se nachází ve vyhlášce č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení je peněžitá pomoc, která za péči náleží, vyplácena poskytovateli péče. Za to u příspěvku na péči, jak ho známe dnes, který je obsažen v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je příspěvek vyplácen oprávněné osobě, tedy žadateli o příspě-

vek na péči. Poskytovatel péče zde má postavení osoby, od které si oprávněný potřebné služby kupuje.

2 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI DLE ZÁKONA Č. 108/2006 SB., O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Jak uvádí Kahoun (2011, s. 156, 157), „...zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vytváří právní rámec pro nesčetné množství vztahů mezi lidmi a institucemi v případech, v nichž je nezbytné zabezpečit podporu a pomoc lidem, kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci. Zákon vymezuje vedle práv a povinností jednotlivců také práva a povinnosti obcí, krajů, státu a samozřejmě také poskytovatelů sociálních služeb. Lidé mají právo na to, aby žádali o pomoc a podporu ze strany veřejné správy a poskytovatelů sociálních služeb v případě, že nejsou schopni samostatně řešit svou nepříznivou sociální situaci. Toto právo je založeno na obecném principu solidarity ve společnosti. Současně je jím právní úpravou garantováno, že poskytnutá pomoc a podpora musí zachovávat jejich lidskou důstojnost, musí vycházet z individuálních potřeb člověka a působit na ně tak, aby byla posilována jejich schopnost sociálního zabezpečení“.

2.1 Vymezení pojmů

Již v části první v úvodním ustanovení v § 3 se v zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vymezují některé pojmy sloužící pro účely tohoto zákona. Mezi tyto důležité pojmy patří **sociální služba** jako činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. **Nepříznivou sociální situací** se rozumí oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením. Jako **dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav** chápeme zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok, a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost. Přirozené sociální prostředí se vymezuje jako rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity. Další podstatný pojem se

zde nachází **sociální začleňování** jako proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný. Vyčleněním osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace je zde popisováno **sociální vyloučení**. Dle tohoto zákona je **zdravotním postižením** chápáno tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.

2.2 Podmínky nároku na příspěvek na péči

Aby žadatel o příspěvek na péči byl oprávněn o tuto dávku žádat, musí splňovat 4 základní podmínky, které jsou stanoveny v zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách nacházející se v části druhé, hlavě I, v § 7, kde v bodě (1) je uvedeno, že příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Bod (2) nám udává, že nárok na dávku má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti. V bodě (3) zákon stanovuje věkovou hranici žadatele na péči, kdy nárok na dávku nemá osoba mladší jednoho roku. O příspěvku na péči rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností, jak je uvedeno v bodě (4).

2.3 Stupně závislosti

Jak uvádějí Gregorová, Galvas (2005, s. 273), „...„posouzení stupně závislosti provádí posudkový lékař okresní správy sociálního zabezpečení na vyžádání příslušní krajské pobočky Úřadu práce ČR (KPÚP), který rozhoduje ve věci. Hodnocení zdravotního stavu a stupně závislosti se provádí formou písemného posudku. Výsledek posouzení referát LPS zašle KPÚP k vydání rozhodnutí“.

Zdravotní stav žadatele se podrobně zkoumá a následně rozděluje do čtyř stupňů podle schopností zvládat základní životní potřeby, které jsou dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách vymezeny do deseti bodů - mobilita, orientace, komunikace, stravování,

oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyzické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. V případě, že se posuzuje zdravotní stav osoby mladší 18 let, přihlíží se pouze k 9 bodům, není zde zahrnuta péče o domácnost.

Příspěvek na péči u osob do 18 let věku se dělí dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách následovně: I stupeň (lehká závislost) je v tom případě, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopen zvládat tři základní životní potřeby. Na II stupeň (středně těžká závislost) je žadatel o dávku zařazen, pokud z dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopen zvládat čtyři nebo pět základních životních potřeb. Pokud není žadatel z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu schopen zvládat šest nebo sedm základních životních potřeb je jeho stav posouzen jako těžká závislost, čili stupeň III. V případě, že žadatel vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby a z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopen zvládat osm nebo devět základních životních potřeb, tak v takovém případě se jedná o úplnou závislost, stupeň IV.

U osob starších 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není žadatel schopen zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby. Osoba nezvládající pět nebo šest základních životních potřeb z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu se řadí do stupně II čili středně těžká závislost. III stupeň (těžká závislost) je v případě, kdy dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav nedovoluje žadateli o příspěvek na péči zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb. V situaci, kdy žadatel o příspěvek na péči vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, který mu nedovoluje zvládat devět nebo deset základních životních potřeb spadá do IV stupně (úplné závislosti).

2.4 Výše příspěvku

Dle Kahouna (2011, s. 157) může člověku vzniknout podle zákona o sociálních službách nárok na příspěvek na péči, ovšem za podmínek, když se podrobí odbornému sociálnímu a lékařskému posouzení míry závislosti na pomoci jiné osoby v rámci řízení o přiznání dávky. Příspěvek na péči je poskytován podle stupně závislosti a věku osoby ve smyslu ustanovení § 1 zákona o sociálních službách.

Zde je nadále rozdělen na dvě části podle věku žadatele a to pro osoby do 18 let věku a pro osoby starší 18 let. Výše příspěvku pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost), 6 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost), 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost), 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost). U osob starších 18 let věku činí výše příspěvku za kalendářní měsíc 800 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost), 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost), 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost), 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

U žadatele do 18 let věku a nejen u něj je třeba zmínit § 12, kterým se zvyšuje příspěvek na péči o 2 000 Kč. Kdy novelizace zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách s účinností od 1. 1. 2012 zavádí tzv. zvýšení příspěvku na péči. Podle § 11 odst. 3 se jedná o zvýšení příspěvku na péči o 2 000 Kč za kalendářní měsíc, pokud budou splněny zákonem předepsané podmínky. Podmínkou přiznání je, že příjem oprávněné osoby a osob s ní společně posuzovaných je nižší, než dvojnásobek částky životního minima oprávněné osoby a osob s ní společně posuzovaných. Zvýšení příspěvku náleží nezaopatřenému dítěti do 18 let věku, kterému náleží příspěvek na péči a také rodiči, kterému náleží příspěvek na péči a který zároveň pečuje o nezaopatřené dítě do 18 let.

2.5 Dávky, které pomáhají zabezpečit pečující osobu

Tyto dávky vychází ze zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů a vyhlášky č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů upravuje poskytování peněžitých dávek osobám se zdravotním postižením určeným ke zmírnění důsledků jejich zdravotního postižení a k podpoře jejich sociálního začleňování a průkaz osoby se zdravotním postižením.

Mezi tyto dávky patří průkaz OZP, příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku.

2.5.1 Průkaz OZP

Dle zákona č.329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením podle § 34 hlava V osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu s omezenou schopností pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Krajská pobočka Úřadu práce zažádá příslušnou okresní správu sociálního zabezpečení o posouzení zdravotního stavu a schopnosti pohyblivosti a orientace žadatele o tento průkaz; při rozhodování o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením vychází krajská pobočka Úřadu práce z tohoto posudku.

2.5.2 Příspěvek na mobilitu

Nárok na příspěvek na mobilitu má dle zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů v hlavě II § 6 osoba starší 1 roku, která má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP“ nebo „ZTP/P“, který byl přiznán podle předpisů účinných od 1. ledna 2014, opakovaně se v kalendářním měsíci za úhradu dopravuje nebo je dopravována a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách-v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče. Výše příspěvku na mobilitu činí za kalendářní měsíc 400 Kč.

2.5.3 Příspěvek na zvláštní pomůcku

Gregorová, Galvas (2005, s. 276, 277) upozorňují, že nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má osoba, která má těžkou vadu nosného či pohybového ústrojí nebo těžké sluchové postižení nebo těžké zrakoví postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a jejíž zdravotní stav nevyklučuje přiznání tohoto příspěvku. Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku poskytovaný na pořízení motorového vozidla má osoba, která má těžkou vadu nosného či pohybového ústrojí anebo těžkou nebo hlubokou mentální retardaci charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a její zdravotní stav nevyklučuje přiznání tohoto příspěvku. Za dlouhodobě nepříznivý stav se pro účely tohoto zákona považuje

nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než jeden rok.

Podmínky nároku na příspěvek jsou stanoveny takto: u pomůcek uvedených ve vyhlášce č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů (osoby se zrakovým, sluchových a pohybovým postižením) musí být žadateli více jak 1 rok. Možnost pořízení motorového vozidla, schodolezu, stropního zvedacího systému, schodišťové plošiny, schodišťové sedačky a úpravy bytu je od 3 let věku. Pořízení vodícího psa pro zrakově postižené občany je podmíněno věkovou hranicí 15 let.

3 OSOBNOST PEČUJÍCÍHO

Každá interakce mezi lidmi je ovlivňována vztahem. Vztah je proměnná, která je fluentní a můžeme ji také záměrně kultivovat. Vztah může být „špatný“, může se však také „zlepšovat“ nebo naopak: dobrý vztah se může docela „zkazit“.

Faktem pro naši práci zůstává, že kvalita vztahu mezi pomáhajícím a klientem značně ovlivňuje kvalitu samotného procesu pomáhání (Géringová, 2011, s. 54).

Proč se člověk rozhodně k tomu, aby se staral o rodinného příslušníka, co ho k tomu vede? Proč se lidé chovají tak, jak se chovají?

Jak uvádí Nekonečný (1997, s. 5) toto „proč“ má však dva základní aspekty: jeden se vztahuje ke způsobu chování, tj. např. proč se někdo v určité situaci chová přátelsky a ohleduplně a jiný v podobné situaci zdrženlivě a lhostejně, druhý se vztahuje k otázce cíle tohoto chování, k jeho psychologickým důvodům. Odpověď na první problém je: způsob chování, tj. „jak“ se člověk chová, vyplývá z toho, jak interpretuje situaci, v níž toto chování vykazuje, a to je obvykle určováno jeho zkušenostmi-chová se tak, jak se chovat naučil. Odpověď na druhý problém, co bylo cílem jeho chování či jaký mělo jeho chování smysl, dává psychologie motivace či motivace chování: obvykle bývá zodpovězena v termínech určitých konkrétních motivů (sexuální apetence, pocit osamělosti, potřeba komunikace apod.).

Podrobně pocity a otázky, které provází poskytovatele péče, popisuje Michalík (2012, s. 21), *„...„ať již na nás péče „spadne“ neočekávaně, či se pro tento krok rodiče rozhodují, měli by zvážit co možná nejvíce osobních aspektů, které ji budou provázet. Měli by si umět odpovědět na otázky typu: „Jak moc budu muset změnit dosavadní život?“, „Co všechno mě, alespoň přibližně, v budoucnu čeká?“, „Co na péči – vlastně mé nové či další povolání – řeknou mí blízcí, jsou s tím srozuměni?“, „Kde a v jakých podmínkách (prostorových, bytových) budu péči poskytovat?“, „Mám dostatek informací o tom, co péče obnáší?“, „Vím o konkrétních potřebách osoby, které budu péči poskytovat?“, „Mám dostatek informací, znalostí o technických aspektech péče?“, ale také například „Vím na koho se mohu obrátit se žádostí o radu?“ nebo „Očekávám, že budu muset své pečovatelské dovednosti nějakým způsobem obnovit (případně vytvořit), a to i za cenu školení či zaučení?“.* Podobných otázek se vyrojí desítky. Někdy automaticky. Někdy nezaškodí si chvíli v klidu sednout a to podstatné si promyslet. Třeba i s použitím tužky a papíru. Znamé plus na jed-

nu stranu a tušená či očekávaná minus na stranu druhou. Vše s vědomím, že převzetí závazku péče je vážným rozhodnutím, které by bylo nejlépe učinit s plným vědomím a po zralé úvaze. Tím však nechceme říci, že jen tak je možné kvalitě péče dostát. Jsou v životě situace, kdy na žádné velké rozmyšlení není čas a člověk se musí rozhodnout z hodiny na hodinu. Zpravidla se rozhodne tak, jak mu velí jeho svědomí“.

3.1 Co vede člověka k péči o osobu blízkou

Co pečující osobu vede k tomu, aby se rozhodla k tak závažnému kroku, jako je celodenní péče, který bude mít vliv na celkový jeho život, a nejen na jeho, ale i na ostatní členy rodiny? Co zmíněnou osobu vede k takovému chování? Odpověď na tuto otázku nám nabízí Hoskovec (2002, s. 48), zmiňuje, že pokud chceme určitou osobu poznat a hodnotit její chování, musíme brát ohled na její motivaci. Jaké chování si člověk vybere, o tom rozhoduje do značné míry právě jeho motivace. Chování neovlivňuje jen jeden, ale často více motivů současně. Stejný motiv může dvě různé osoby vést k různému jednání, každý člověk může reagovat jiným způsobem.

Zkusme tedy říci, jak uvádí Říčan (2010, s. 96), *„...že motiv je faktor, který uvádí do pohybu. Může jít o pohyb fyzický nebo pohyb psychický, pohyb myšlenek, představ, přání, rozhodnutí atd., obecně lze říci, že motiv je faktor uvádějící do pohybu jakoukoliv činnost či proces“.*

Mezi další faktory, které mohou ovlivnit rozhodování, týkající se péče o osobu blízkou patří např. víra, životní hodnoty a kultura. Podle Jandourka (2003, s. 161, *„...můžeme náboženství považovat za souhrn, postojů, symbolů a praktik založených na ideji „posvátného“.*

Jak je to s „pomahačstvím“ v naší, křesťanské kultuře? Základní ideje křesťanství jsou postaveny na pomoci bližnímu a na altruismu (Geringová, 2011, s. 23). Náboženství nás učí k lásce k životu, k rodině, vždyť slova „Miluj bližního svého“ nalezneme již ve Starém zákoně. Víra v Boha a ve vše, co náboženství učí je pro poskytovatele péče silným motivem i oporou, ať už v rozhodování nebo v těžkých životních situacích.

Dle Jandourka (2003, s. 179) hovoříme o kultuře především v souvislosti se skupinou, protože je předávána ve společnosti interakcí jejích členů. Díky tomu, že lidé mají společné zkušenosti, mluví, naslouchají, sledují dění, mohou si předávat skupinové hodnoty a přesvědčení a poznávat, co se od nich očekává jako normální jednání v dané situaci.

Rodina patří do skupiny primární, kde jak uvádí Jandourek (2003, s. 82) jsou citová pouta, která jsou naším osobním vztahem ke členům skupiny, protože členství ve skupině nám dává pocit bezpečí, důvěrnosti a osobní důstojnosti. Pokud tyto pouta nejsou nijak narušena a nebrání tomu ani vnější vlivy, je pro nás samozřejmostí péče o rodinného příslušníka.

Géringová (2011, s. 18), *podotýká, ..., že základem pomáhajícího chování mezi lidmi je kulturní princip, který silně přetvořil biologické základy člověka. Pro lidi má nesmírný význam dispozice k identifikaci, tedy vrozená schopnost ztotožnit se s ostatními. Tzv. normální dospělý člověk se vyznačuje tím, že je schopen kdykoliv podřídít své pudové potřeby požadavkům určeným společností. Toto „kulturní formování“ je nezbytnou podmínkou vývoje společnosti“.*

3.2 Vlastnosti pečujícího

Jakými vlastnostmi by měla pečující osoba disponovat? To je těžká otázka. Ten, kdo se rozhodne pečovat o osobu blízkou, by měl být schopen potřebnou osobu pochopit, proč se chová tak, jak se chová, co všechno obnáší jeho zdravotní situace a proč se s ní vypořádává daným způsobem. Jednou z hlavních vlastností, která je nezbytná pro práci s lidmi je empatie, vcítění se do pocitů toho druhého. Kdy Géringová (2011, s. 73, 74) uvádí, že vcítění neboli **empatie** je chápání druhého, porozumění jeho pocitům a motivům. Jakkoliv je pro většinu populace schopnost vcítění přirozená, lidé jí disponují v různé míře. Pro ty, kteří jí disponují méně, je bezproblémové sociální fungování mnohem obtížnější a náročnější. Nejmenší schopnost empatie mají lidé s hraniční poruchou osobnosti.

Jak již bylo výše zmíněno, pokud se zabýváme vlastnostmi pečující osoby, neměli bychom opomenout **altruismus**. Tento pojem nám vysvětluje Schmidbauer (1994, s. 12) *..., jako nezištnost, láska k bližnímu. Psychologicky lze tento pojem definovat právě tak těžko jako jeho protiklad-egoismus (sebeláska)“.* Géringová (2011, s. 19) uvádí, že některé názory pokládají za altruistické činy jen takové, které motivuje žádná zištnost, jiné názory tvrdí, že altruismus neexistuje a veškeré lidské jednání, tedy i pomáhání, je skrytou formou egoismu, kdy pomáháním si naplňujeme své potřeby obdivu a uznání.

4 SYNDROM VYHOŘENÍ VE VZTAHU K PEČUJÍCÍ OSOBĚ

Jak uvádí Krivohlavý (2012, s. 8) termín burnout znamená česky doslova „vyhořet“ či „vyhoření“. Fyzicky, emocionálně a mentálně se zcela vyčerpat.

Pojem „burnout“ (původně v podobě „burn-out“) byl uveden do literatury H. Freudenbergerem v jeho stati, publikované v časopise „Journal of Social Issues“ v roce 1974, a to v podstatě v rozměrech současného pojetí. Hlavní vlna o tuto problematiku se začala zvedat vzápětí, tj. na přelomu 70. a 80. let, ve vztahu k převážné většině profesí, u nichž lze výskyt syndromu vyhoření předpokládat (Kebza, Šolcová, 2003, s. 6).

Jako další se syndromem vyhoření zabývají Raudanská, Javůrková (2011, s. 140, 141) a seznamují nás s tím, že již v 70. letech 20. století se psychologové a lékaři zabývají stavy celkového, především psychického vyčerpání, které se projevuje v oblasti poznávacích funkcí, motivace i emocí a ovlivňují postoje, názory, výkonnost a profesionální chování.

4.1 Syndrom vyhoření

V průběhu téměř 30 let výzkumu tohoto problému se objevila ve světové literatuře řada pojetí a vymezení syndromu vyhoření, jež se často v různých aspektech vzájemně liší.

Lze však konstatovat, že většina pojetí se shoduje alespoň v následujících bodech, jak uvádějí Kebza a Šolcová (2003, s. 7):

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

Vyčerpání, pasivita a zklamání ve smyslu burnout syndromu se dostavuje jako reakce na převážně pracovní stres. Jako burnout („vyhoření“, či „vyhasnutí“) bývá popisován stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných psychických a emocionálních

nároků.

4.2 Typické příznaky

Dle Křivohlavého (2012, s. 12) je syndrom vyhoření doprovázen celým souborem příznaků. Patří mezi ně tělesné zhroucení, pocity bezmoci a beznaděje, ztráta iluzí, negativní postoje k práci, k lidem v zaměstnání i k životu jako celku. Ve své extrémní podobě burnout představuje hraniční bod. Dostane-li se člověk za něj, jeho schopnost zvládat požadavky, které na něj prostředí klade, (jeho adaptibilita) je podstatně snížena.

Jako jeden z prvních signálů vyhoření nám uvádí Schmidbaver (2008, s. 218, 219) nadměrnou angažovanost. Postižené osoby pracují téměř neustále. Nepřipouštějí si negativní pocity. K normálnímu pracovnímu životu patří střídání práce a volného času, zatímco postižení lidé si idealizují práci jako cosi naprosto uspokojujícího a předstírají, že žádné zotavení nepotřebují. Vzdávají se relaxace, uvolnění, uklidnění. Vlastní pracovní nasazení pokládají za příkladné. Jsou hyperaktivní, připadají si nepostradatelní, popírají vlastní potřeby, aby dokonale obstáli v roli pomocníka. Další fází je propuknutí, kdy se přetěžovaná výkonnostní fasáda hroutí. Prvními varovnými signály této fáze jsou chronická únava a nechut' pouštět se do práce. Dalšími symptomy jsou nárůst distance vůči vlastním úkolům a vůči lidem, o které se má starat. Prosazují se neosobní, někdy až cynické výrazy a výroky. Následující fáze se nazývá fází slábnutí, kdy sílí pocity, že člověk je v nevýhodě a vyčerpaný a může přijít ubývání výkonnosti. Postižení se nedokážou koncentrovat a dopouštějí se stále více chyb a opomenutí z nepozornosti. Jako by jim náhle bylo docela lhostejné, pracují-li dobře, či špatně. Mizí jejich pracovní angažovanost i schopnost a ochota podávat výkony. Nejsou schopni pracovat kritiku. Závěrečná fáze vývoje syndromu vyhoření nazývaná se kompenzované vyhoření je extrémní případ, s kterým se neseťkáváme tak často. Jsou to případy těch pracovníků, kteří skrývají, že vnitřně se povolání vzdali.

4.3 Prevence

Prevence syndromu vyhoření u osob, které pečují o své blízké je velmi složitá. Spousta poskytovatelů péče má ještě jedno zaměstnání a tak pracují neustále „na dvě směny“. Ráno jdou do práce, kde musí podávat požadovaný výkon bez ohledu na to, že jejich pracovní nasazení nekončí ani po příchodu domů. Celý den jsou vystavováni konfrontaci s ostatními spolupracovníky a následně s rodinným příslušníkem, o kterého pečují. K této situaci se

vyjadřuje Křivohlavý (2012, s. 127), kdy udává jako jednu z možných prevencí dobré vztahy mezi lidmi. Všechny známé výzkumy ukazují, že to jsou vzájemné vztahy mezi lidmi při práci, co nejvýrazněji ovlivňují pracovní spokojenost a nespokojenost. Není proto divu, že zjišťujeme, že to jsou dobré vztahy mezi lidmi-doma i na pracovišti, co pomáhá brzdit pád do spárů vyhoření (co působí kladně v prevenci burnout syndromu).

Co jsou podle Křivohlavého (2012, s. 127) dobré vztahy:

- jeden druhému naslouchá,
- jeden druhému je dobrým sociálním zrcadlem,
- jeden druhému projevuje uznání,
- jeden druhého povzbuzuje,
- jeden soucítí empaticky s druhým,
- jeden druhému poskytuje emocionální vzpruhu,
- jeden druhému pomáhá při prověřování stavu světa,
- jeden s druhým si práci rozdělují,
- jeden s druhým autenticky (přátelsky) spolupracují,
- jeden poskytuje druhému nezištnou pomoc.

Z vlastní praxe vím, že mnohokrát se setkávají pečující osoby s neuznáním ba dokonce až s nepřátelstvím ze strany těch, o které pečují. Proto je velmi důležité, aby poskytovatelé péče byli za svou práci kladně ohodnoceni, někdy stačí i pochvala ze strany opečovávaného. Zde Křivohlavý (2012, s. 133) zmiňuje pojem evalvace. Tímto termínem se vyjadřuje projevování úcty a vážnosti-respektu, tedy kladného hodnocení druhých osob a toho, co dělají, jak vypadají atd. Projevy evalvace jsou důležité při posilování lidí propadajících se do stavu vyhoření (burnout).

Mezi obecné nevýhody můžeme řadit zpravidla nižší „materiálovou a technickou vybavenost“, která je pro domácí péči typická. Jedná se o nejrůznější pomůcky, rehabilitační, technické, kompenzační, které jednak ulehčují péči osobě pečující a jednak umožňují rehabilitaci osobě závislé na péči. Profesionální poskytovatel péče mívá v tomto směru lepší vybavení. Tento nedostatek lze částečně nahradit např. zapůjčením pomůcky, využitím všech možností pro její získání (ať již jde o pomůcky hrazenou jako příspěvek sociální péče nebo prostředek zdravotnické techniky hrazený ze zdravotního pojištění). Michalík

(2011, s. 19) se zde vyjadřuje k jednomu z dalších problémů, které musí pečující osoba dennodenně překonávat a tím je nedostatečná materiální a technická vybavenost domácnosti. Pokud by byl tento problém odbourán, byla by péče pro poskytovatele pomoci méně zatěžující.

4.4 Náprava

Pomoc je možná jak uvádějí Jeklová, Reitmayerová (2006, s. 23). Záleží však na několika různých podmínkách. V první řadě je důležité, aby si člověk, který se dostane do takového stavu, byl vědom toho, že něco není v pořádku, aby byl srozuměn s tím, že trpí syndromem vyhoření a že se jedná o vážný stav. Další podmínkou je, aby trpící vyhoření sám chtěl se svým stavem něco dělat, aby se chtěl „léčit“, aby měl dostatečnou osobní motivaci k uzdravení, ke změně. S tímto nedílně souvisí i převzetí osobní zodpovědnosti za zotavující proces. Mnohdy je příliš těžké pro již vyhořelého jedince být jen přiznat, že situaci nezvládá, natož pak převzít zodpovědnost za změnu současného stavu. Záleží rovněž na tom, jaké podmínky pro ozdravný proces vytváří okolí, jestli jedince podporuje a poskytuje mu prostor pro ozdravný proces. V neposlední řadě je také důležité, jestli má daný jedinec dostatečnou podporu doma a jak je tato podpora účinná v jeho osobním životě.

U nápravy je důležitá sociální podpora od nejbližšího okolí, kterou definoval Křivohlavý (2001, s. 94) jako *„pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Jde tedy o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje“*.

Další pomocí pro pečující osobu vycházející ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 37 je poradenství, které je rozděleno na základní a odborné. Základní poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situací. Poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb. Odborné sociální poradenství je zaměřeno na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob, jako jsou např. pro soby se zdravotním postižením. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek.

Služba obsahuje:

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutická činnost,

- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Neméně důležitá je odlehčovací služba, která je zakotvena v zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 44. Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí: cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro vlastní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- poskytnutí ubytování v případě pobytové služby,
- zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- výchovné, vzdělávací a aktivní činnost.

Poradenství a odlehčovací služby by se mohli také zařadit do prevence syndromu vyhoření.

Teoretická část se zabývá příspěvkem na péči, jeho zakotvení v příslušných zákonech, které přesně udávají podmínky péče o osobu blízkou a ostatních dávek, které pomáhají poskytovateli péče s jeho nelehkým úkolem. Dále se věnuje problematice syndromu vyhoření. Možnosti prevence a nápravy v případě ohrožení poskytovatele péče syndromem vyhoření. Poslední část je zaměřena na osobnost poskytovatele péče a na důvody, které ho vedou k tomu, že se rozhodne poskytovat péči rodinnému příslušníkovi.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Problematikou je potřeba se zabývat z důvodu, že poskytovatelé péče v rodinném prostředí jsou velmi ohroženou skupinou. Jsou bez odborných znalostí a dovedností. Do této situace se dostávají nepřipraveni a mnohdy ze dne na den. Není zde zpětná vazba na jejich práci a aktuální zdravotní stav a také nemají garantovanou odbornou pomoc ve státních i soukromých institucích, které poskytují tyto sociální služby. Výše příspěvku v mnoha případech neumožňuje klientům zaplatit si veškeré služby, ale pouze část z nich. Počáteční fázi únavy, vyčerpání a počínajících depresí si poskytovatelé neuvědomují a nepřipouští, že jsou u konce svých sil a jsou ohroženi syndromem vyhoření a budou muset nastalou situaci řešit jinou formou péče – ústavní péčí.

Mezi autory, kteří se daným problémem zabývají, patří např. Tomeš Igor, Arnoldová Anna, Kroutilová Nováková Radana, Rážová Eva. Pokud bychom se chtěli zaměřit na již realizované výzkumy zabývajícími se podobným tématem, nejčastěji bychom narazili na bakalářské a magisterské práce studentů.

5.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je zjistit, jak vysoce syndrom vyhoření ohrožuje poskytovatele péče, kteří pečují o své rodinné příslušníky a jaký dopad má na osobnost poskytovatele.

5.1.1 Hlavní výzkumná otázka

Jak velmi jsou poskytovatelé péče, poskytující ji svým rodinným příslušníkům ohroženi syndromem vyhoření?

Dílejší výzkumné otázky:

- 1) Jak vysoké emocionální vyčerpání se vyskytuje u poskytovatelů péče, kteří se starají o rodinné příslušníky?
- 2) Do jaké míry je poskytovatel péče, který ji poskytuje rodinnému příslušníku, ohrožen depersonalizací?

3) Jaké je zastoupení osob, kterým přináší péče o rodinné příslušníky v rámci příspěvku na péči osobní uspokojení.

5.2 Hypotézy

1. Osoby mladší 60 let poskytující péči rodinnému příslušníkovi jsou méně ohroženy syndromem vyhoření než osoby starší 60 let.
2. Pečující o dítě a dospělého je méně ohrožen syndromem vyhoření, než pečující o seniora.
3. Osoby pečující o psychicky nemocné jsou ohroženy více než pečující o somaticky nemocné.

Hátlová (2010, s. 10, 14) uvádí, že věk 60 - 74 let se nazývá vyšší (starší), rané stáří a dochází zde k úbytku sil, který se projevuje v nižší fyzické i psychické reaktivitě a přizpůsobivosti novým podmínkám, je pro okolí viditelný zejména v pohybu a celkovém vzhledu seniora. Obecně platí, že jedinec je mnohem méně přizpůsobivý a v důsledku toho trvá na svých návycích a stereotypch, bývá přecitlivělý, málo empatický. Na tomto základě budu vycházet z předpokladu, že osoby starší 60 let jsou větší mírou ohroženy syndromem vyhoření než osoby mladší 60 let.

Péče poskytovaná seniorovi je namáhavější než péče o dospělého nebo dítě a to z toho důvodu, že k dané nemoci, která seniora sužuje, se projevují ještě vlastnosti typické pro stáří. Tyto vlastnosti popisuje Hátlová (2010, s. 15) jako složky osobnosti které dřív pokládal jedinec za špatné a dokázal je zakrývat a jejich projevy tlumit (pořádkumilovnost se posunuje na pedantní odstraňování i domnělých nečistot, šetrnost přechází v lakomost). S narůstajícími nejistotami a úzkostí se stupňuje podezíravost, šikana okolí, zejména pečujících osob.

Péče o osoby s psychickým postižením bude mít větší vliv na vznik syndrom vyhoření než péče o osoby somaticky nemocné. Jak uvádí Mentzose (2004, s. 63) je obtížné čelit kamenné nehybnosti a prázdnotě pacientovy deprese nebo unikajícímu manickému pacientovi bez náhledu. Podrobněji se o tomto problému zmiňuje Foucault (1971, s. 18), *..., vědomí nemocného je dezorientované, zkalené, zúžené a fragmentární. Toto funkční vzduchoprázdno je však současně naplněno vírem elementárních reakcí, které jako by zmizením jiných aktů nabyly na síle a prudkosti: jsou zdůrazněna všechna puzení k opakování (ne-*

mocný odpovídá na kladené otázky echolalicky, určité vykonané gesto se vryje a opakuje donekonečna), chvílemi dochází k prudkým emocionálním reakcím“.

5.3 Výzkumná strategie

Zvolila jsem si kvantitativní přístup k výzkumu formou standardizovaného dotazníku MBI česká verze. Výzkumná část bude tedy probíhat odpovědí respondenta na škálové položky v dotazníku. Jak uvádí Chráska (2007, s. 163), *„samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně“.*

5.4 Metody analýzy dat

Ve své práci jsem se rozhodla zvolit popisnou statistiku a na ni navazující induktivní statistiku, které budu zpracovávat v analýze získaných dat. Pro lepší přehlednost jsou tyto údaje zpracovány do grafů.

6 SOUBOR RESPONDENTŮ

Výzkumný vzorek pro zpracování této práce tvořili poskytovatelé péče, kdy péče byla poskytována rodinným příslušníkům. Poskytovateli pomoci byly osoby, které se starali o své blízké ať už s fyzickým nebo psychickým postižením a v různém věkovém rozmezí. Respondenti byli osobně požádáni o vyplnění standardizovaného dotazníku MBI. Vytvořeno bylo 200 dotazníků, rozdat se podařilo 160 a z toho k vyhodnocení se jich vrátilo 106. Z celkového počtu vytvořených dotazníků je tedy 80 % úspěšnost oslovení respondentů a návratnost byla úspěšná z 53 % .

Michalík (2010, s. 9) domácí péči označuje jako *..., velmi rozsáhlý systém, který zahrnuje rozmanité množství okolností, situací a jevů. Společně mají to, že v jeho rámci je poskytována péče, podpora a pomoc osobám na této péči závislým, a to v jejich přirozeném, zpravidla domácím prostředí“*.

V průběhu let se termín domácí péče používal jednak pro označení péče poskytovanými blízkými osobami (a to ponejvíce péče, kterou bychom mohli označit za péči sociální), tak později se objevilo i chápání pojmu domácí péče jako péče zdravotní - poskytované v domácím prostředí. Z pohledu člověka, který pečuje o svého blízkého, jde nejčastěji o kombinaci obojího. Tedy péče tzv. sociální (pomoc, podpora, asistence, pečovatelsví) s kombinací s prvky péče zdravotní (ošetřování a doléčování nemocí, inhalace, prevence a léčba dekubitů ad).

Dále Michalík (2010, s. 16) uvádí, *..., že převzetí péče o určitého člověka je obrovský závazek a úkol. Záleží na tom, v jakém rozsahu je péče poskytována, tj. liší se občasná péče o člověka, který potřebuje péči a pomoc jen při některých životních úkonech, od péče o člověka, který je úplně a celodenně odkázán na péči a pomoc. V obou případech však pečující osoba spolu s faktickým výkonem péče přebírá závazek pomoci“*.

6.1 Výběr respondentů

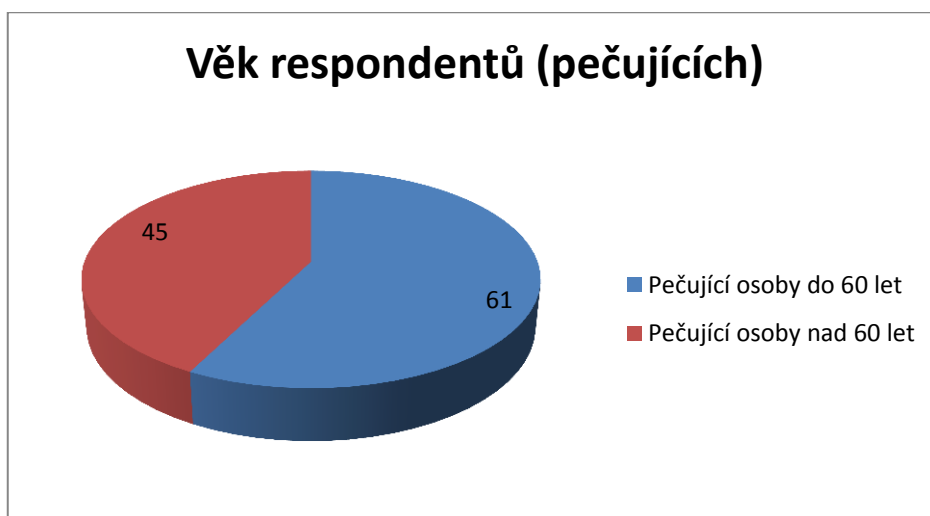
Většina respondentů pochází z jižní Moravy z malých vesnic. Největší podíl pečujících byl v okrese Hodonín. Získávání respondentů z městského prostředí bylo velmi obtížné z důvodu, že péče v rodinném prostředí je soukromá záležitost dané rodiny. Na vesnici

jsou podmínky pro provádění výzkumu na toto téma příhodnější. Lidé se více znají, mají k sobě blíže. Bylo jednodušší obrátit se na jednotlivé poskytovatele a požádat je o spolupráci týkající se výzkumu. S vyhledáváním respondentů mi také pomohla moje rodina. Nejen oni, ale i někteří poskytovatelé péče byli ochotní a doporučili mi např. svou sestru nebo jiného rodinného příslušníka, který by byl vhodným respondentem.

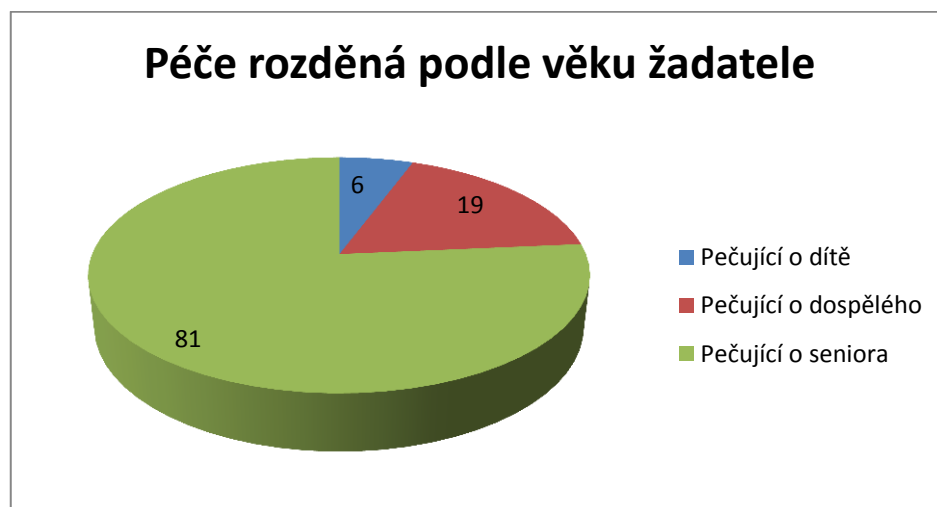
6.2 Popis vzorku respondentů

Z výsledků výzkumu vyplývá, že více pečujících osob je do věku 60 let. Nad 60 let je přirozeně úbytek poskytovatelů z důvodu vyššího věku a rizika, že sami budou potřebovat pomoc druhé osoby.

Graf č. 1: *Věk respondentů*



Věková skladba potřebných osob byla v nejvyšší míře zastoupena seniory, následovaly dospělé osoby a nejnižší zastoupení bylo u žadatelů dětského věku. Senioři jsou vystaveni polymorbiditě a z toho vyplývá, že se jedná o nejrizikovější a nejpotřebnější skupinu.

Graf č. 2: *Péče rozdělená podle věku respondentů*

Z grafu je patrné, že většina respondentů z tohoto výzkumu pečuje o osoby s psychickým onemocněním. Z dotazníkového šetření vyplynula skutečnost, kdy v některých případech se objevilo kombinované postižení, jak somatické, tak psychické. Tyto případy jsem zařadila mezi psychicky nemocné, z důvodu větší náročnosti péče o tyto osoby, jak bylo stanoveno v hypotéze.

Graf č. 3: *Rozdělení respondentů podle druhu postižení*

7 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ STANDARDIZOVANÝM DOTAZNÍKEM MBI ČESKÁ VERZE

Jako výzkumný nástroj jsem použila škálový standardizovaný dotazník MBI - česká verze. Šetření probíhalo z větší části osobní návštěvou, v některých případech prostřednictvím další osoby u poskytovatelů péče v rámci příspěvku na péči. Ne všichni respondenti byli ochotni se toho výzkumu zúčastnit a někteří se odmítli na něm podílet, na druhou stranu se objevila i ochota a zájem, kdy mi doporučili své příbuzné a známé, spadající do kategorie poskytovatelů péče. Respondenti byli ujištěni, že dotazník je anonymní a na jeho zpracování jsem jim dala dostatek času.

7.1 Standardizovaný dotazník MBI

MBI metody, jak uvádí Křivohlavý (2012, s. 54, 55) se používají jako nejčastější k odbornému vyšetření syndromu vyhoření. Ukázalo se, že se touto metodou zjišťují v podstatě tři faktory (činitelé):

EE - Emocionální vyčerpání

Emocionální vyčerpání, ztráta chuti k životu, nedostatek sil k jakékoli činnosti a nulová motivace k nějaké činnosti jsou považovány za základní příznaky burnout syndromu.

DP - Depersonalizace

Depersonalizace jako projev psychického vyčerpání se zřetelně projevuje u lidí, kteří mají velkou potřebu recipacity, tj. kladné odezvy (odpovědi) od těch, kterým se věnují. Když se jim této kladné odezvy nedostává, zahořknou a staví se k druhým lidem cynicky. Přestávají v nich vidět lidské bytosti, ztrácejí k nim povinná respekt a bezpodmínečnou úctu. V extrémních případech s nimi jednají jako s neživými předměty.

PA - Snížený pracovní výkon

Se sníženým pracovním výkonem coby charakteristikou syndromu psychického vyhoření se setkáváme především u lidí s nízkou mírou zdravého „sebecenění“, „sebehodnocení“,

„sebedůvěry“ (tzv. self-esteem). Tím, že si sami sebe moc necení, nemají ani dostatek energie ke zvládnání stresových situací, konfliktů a životních těžkostí.

V dotazníku MBI je 9 otázek zaměřených na EE, 5 otázek zaměřených na DP a 8 otázek zaměřených na PA. U každé otázky je možnost vyjádřit jedním ze sedmi stupňů odpovědní škály (stupnice). Tuto metodiku publikovala v roce 1981 autorská dvojice Christina Maslachová a Susan E. Jacksonová.

Standardizovaný dotazník MBI je tvořen tzv. škálovými položkami, které nám definuje Chráska (2007, s. 167) jako zvláštní druh výběrových položek, kdy respondent odpovídá tak, že vybírá určitý bod na předložené škále. Škálových položek je mnoho typů a mívají různou podobu. Často se v dotaznících užívají tzv. škály Likertova typu. U těchto škál se prezentuje určité tvrzení a po respondentovi se požaduje, aby vyjádřil stupeň svého souhlasu, resp. nesouhlasu na hodnotící škále (obvykle sedmibodové, ale někdy i vícebodové).

7.2 Vyhodnocení dotazníku

Syndrom vyhoření je složitým psychologickým konstruktem, proto jsou sub-škály kombinovány tak, aby postihly více oblastí a nezjišťuje se celkový skóre. Protože pocity vyhoření jsou vnímány jako kontinuum, MBI měří na každé škále úroveň vyhoření ve třech stupních – vysoký, mírný, nízký. Pro emocionální vyhoření a depersonalizaci korespondují vysoké hodnoty s vysokým stupněm vyhoření, naopak u osobního uspokojení korespondují s vyhořením nízké hodnoty.

Vyhodnocení spočívání v součtu všech bodových hodnocení v jednotlivých sub-škálách (Venglářová, 2011, s. 44).

Stupeň emocionálního vyčerpání EE

Nízký	0 - 16	průměrná hodnota = 19,0
Mírný	17 - 26	
Vysoký	27 a více = vyhoření!	

Stupeň depersonalizace DP

Nízký	0 - 6	průměrná hodnota = 6,6
Mírný	7 - 12	
Vysoký	13 a více = vyhoření!	

Stupeň osobního uspokojení PA

Vysoký	39 a více	průměrná hodnota = 36,8
Mírný	38 - 32	
Nízký	31 - 0 = vyhoření	

8 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A OVĚŘENÍ HYPOTÉZ

Nyní se dostáváme k nejpodstatnější části bakalářské práce, vyhodnocení výzkumu. Ověřování hypotéz bylo provedeno formou průměrových hodnot jednotlivých skupin respondentů, které byly následně zaneseny do grafu pro lepší přehlednost. K zjištění toho, jestli mezi stanovenými skupinami respondentů vzniká statistická významnost, byl použit výpočet dobré schody chí-kvadrát.

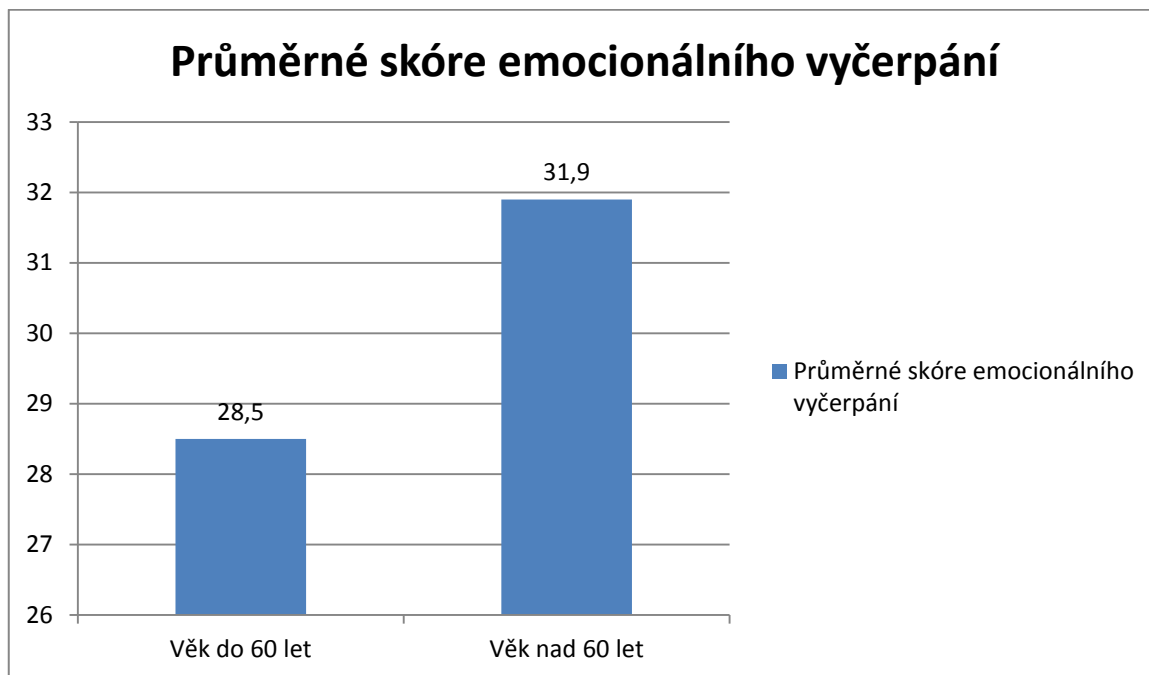
V závěru šetření byly do grafu zaneseny i všechny tři dílčí otázky, které jsou zaměřeny na emocionální vyčerpání, depersonalizaci a osobní uspokojení u celkového vzorku, který se zúčastnil výzkumu.

8.1 Hypotéza 1

Celou polovinu respondentů tvoří osoby starší 60 let, tito poskytovatelé péče jsou již v důchodovém věku a místo toho, aby si užívali zaslouženého odpočinku, dobrovolně se rozhodli starat se o osobu blízkou. Sami jsou vystaveni riziku, kromě velké psychické zátěže, také fyzickému vypětí, kdy tato péče je tak vyčerpávající, že se mohou octnout v pozici potřebného a nezřídka se tak stane. Předpokladem bylo, že osoby starší 60 let budou více ohroženy syndromem vyhoření než osoby mladšího věku.

Zde výsledky šetření podporují hypotézu. Dotazníkové šetření nám graf č. 4 ukazuje, že osoby starší 60 let jsou v sub-škále emocionálního vyčerpání více ohroženy syndromem vyhoření. U osob starších 60 let bylo průměrné skóre emocionálního vyčerpání 31,9, naproti tomu, osoby mladší 60 let vykazovaly průměrné skóre 28,5. Je třeba všimnout si toho, že hranice vyhoření je 27, z toho vyplývá, že obě věkové skupiny jsou nad hranicí vyhoření. Nicméně, jak ukazuje tabulka č. 1, statistická významnost hypotézy se zde nepotvrdila. Rozdíl v emocionálním vyčerpání mezi osobami staršími 60 let a osobami mladšími 60 let je statisticky nevýznamný.

Graf č. 4: Úroveň vyhoření na sub - škále emocionálního vyčerpání



Tabulka č. 1 Test dobré shody chí-kvadrát

Průměrná hodnota	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P-O	(P-O) ²	$\frac{(P-O)^2}{O}$
Věk do 60 let	28,5	30,2	-1,7	2,89	0,096
Věk nad 60 let	31,9	30,2	1,7	2,89	0,096
	60,4	30,2			0,192

Hladina významnosti je zde stanovena 0,05

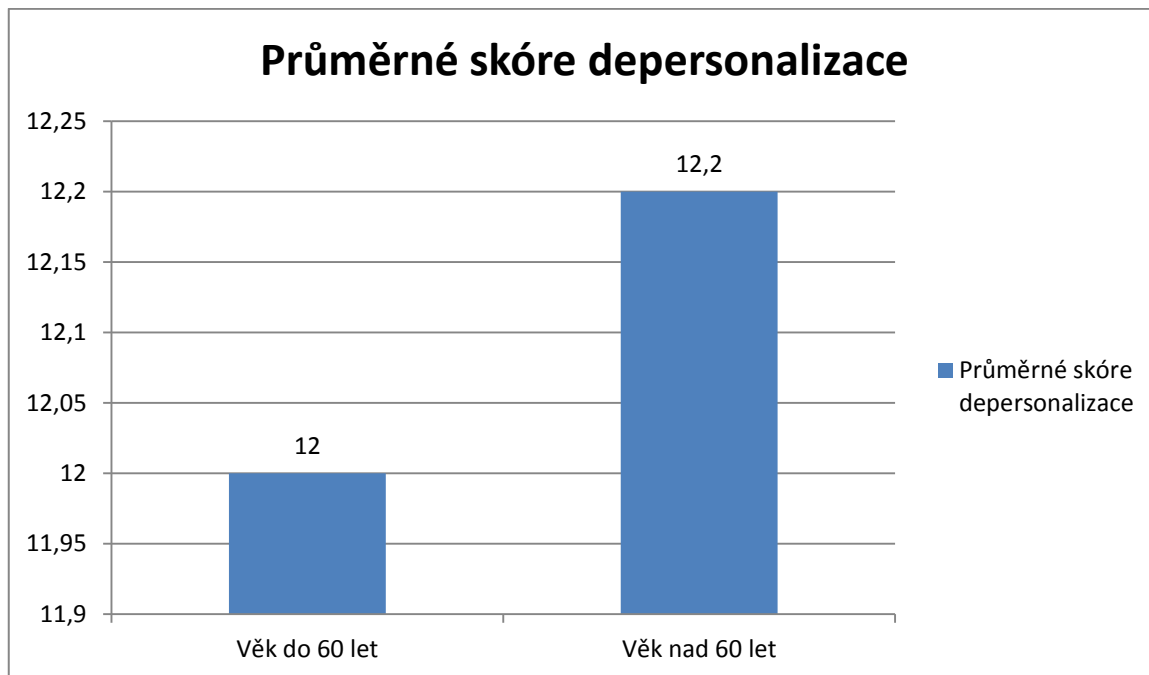
Vypočtená hodnota je 0,192

Stupeň volnosti je 1 (2-1=1)

Kritická hodnota testového chí-kvadrát je stanovena u stupně volnosti 1, hladiny významnosti 0,05 hodnotou 3,841. Vypočtená hodnota 0,192 je nižší než kritická hodnota 3,841, z toho důvodu zde nevzniká statistická významnost.

V případě druhé sub-škály, jak nám uvádí graf č. 5, kterou je depersonalizace, nejsou výsledky jednoznačně průkazné. Zde je rozdíl velmi slabý a na větším počtu respondentů by se mohl setřít. U osob mladších 60 let se ukazuje průměrné skóre 12 a osoby starší 60 let vykazují o ne mnoho vyšší průměrné skóre 12,2. Obě skupiny ještě spadají do mírného stupně depersonalizace, ale k vyhoření mají velmi blízko, vysoký stupeň, čili vyhoření nám značí hodnota 13. Díky tomuto nízkému rozdílu nám tabulka č. 2 ukazuje, že rozdíl respondentů starších 60 let a respondentů mladších 60 let v případě druhé sub-škály, depersonalizace je pro nás statisticky nevýznamný. Z tohoto důvodu se nám hypotéza nepotvrdila.

Graf č. 5: Úroveň vyhoření na sub - škále depersonalizace



Tabulka č. 2: Test dobré shody chí-kvadrát

Průměrná hodnota	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P-O	(P-O) ²	$\frac{(P-O)^2}{O}$
Věk do 60 let	12	12,1	-0,1	0,01	0,0008
Věk nad 60 let	12,2	12,1	0,1	0,01	0,0008
	24,2	24,2			0,002

Hladina významnosti je zde stanovena 0,05

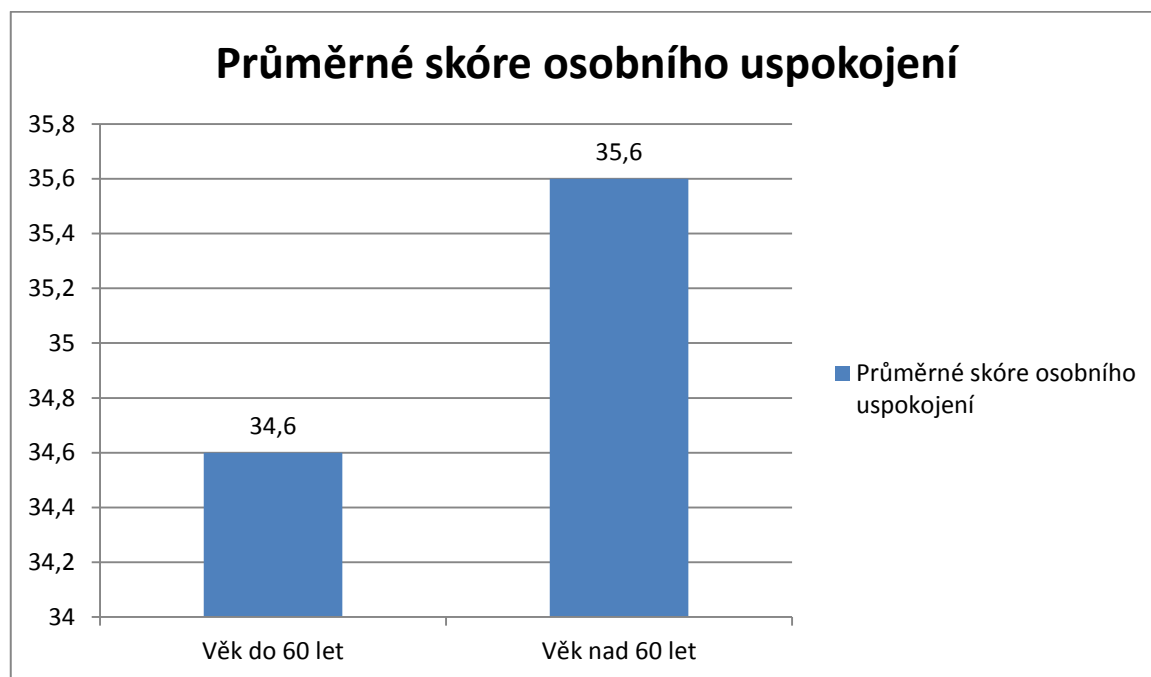
Vypočtená hodnota je 0,002

Stupeň volnosti je 1 (2-1=1)

Kritická hodnota testového chí-kvadrát je stanovena u stupně volnosti 1, hladiny významnosti 0,05 hodnotou 3,841. Vypočtená hodnota 0,002 je nižší než kritická hodnota 3,841, z toho důvodu zde nevzniká statistická významnost.

Třetí a kladně laděnou sub-škálou je osobní uspokojení z péče o osobu blízkou. Zde výsledky šetření znázorněné v grafu č. 6 nepodporují stanovenou hypotézu, kdy osoby starší 60 let vykazují vyšší osobní uspokojení z péče o rodinného příslušníka. Tyto osoby vykazují průměrné skóre 35,6 a tím se řadí do mírného stupně uspokojení. Osoby, které ještě nedovršily věk 60 let, prokázaly také mírný stupeň osobního uspokojení, ale jejich průměrné skóre je 34,8. Tyto výsledky dle tabulky č. 3 nejsou statisticky významné a z tohoto důvodu se nám nepotvrdila hypotéza.

Graf č. 6: Úroveň vyhoření na sub - škále osobního uspokojení



Tabulka č. 3: Test dobré shody chí-kvadrát

Průměrná hodnota	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P-O	$(P-O)^2$	$\frac{(P-O)^2}{O}$
Věk do 60 let	34,6	35,1	-0,5	0,25	0,007
Věk nad 60 let	35,6	35,1	0,5	0,25	0,007
	70,2	70,2			0,014

Hladina významnosti je zde stanovena 0,05

Vypočtená hodnota je 0,014

Stupeň volnosti je 1 ($2-1=1$)

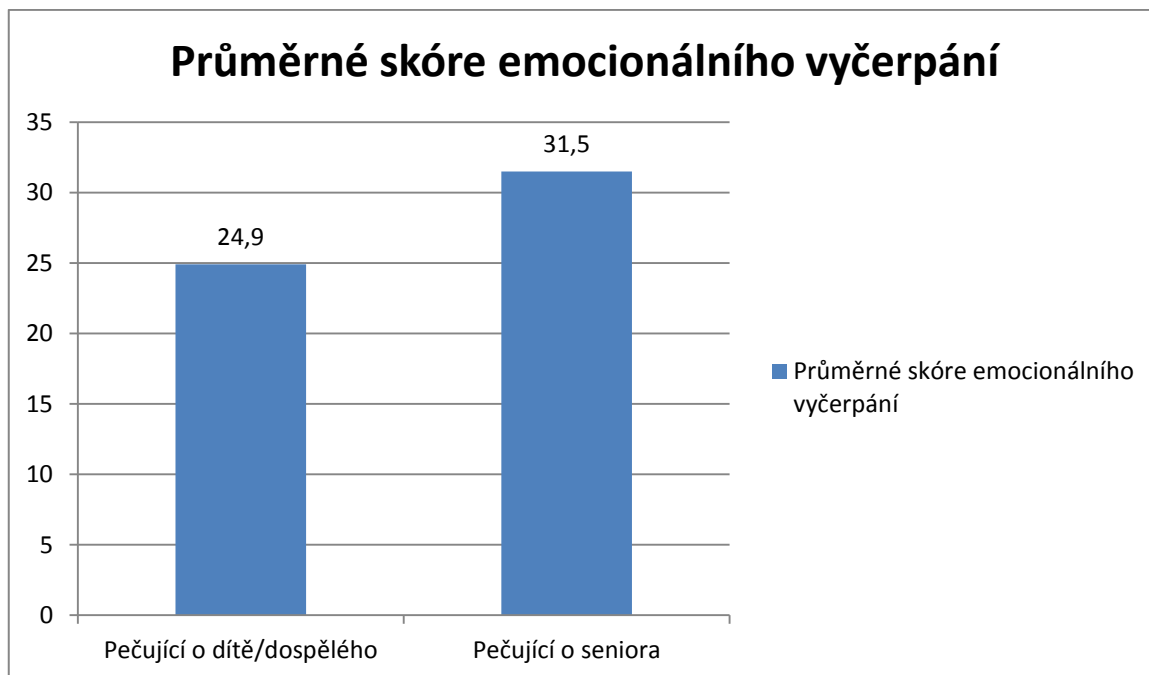
Kritická hodnota testového chí-kvadrát je stanovena u stupně volnosti 1 a hladiny významnosti 0,05 hodnotou 3,841. Vypočtená hodnota 0,014 je nižší než kritická hodnota 3,841, z toho důvodu zde nevzniká statistická významnost.

8.2 Hypotéza 2

S příchodem stáří přichází i vlastnosti, které ovlivňují chování a myšlení člověka. Tyto osoby jsou nevraživé a někdy až nepřátelské k poskytovateli péče. Neváží si pomoci, která je jim poskytována. K dané nemoci nebo postižení se musí poskytovatel péče potýkat i s touto neochotou a neoceněním ze strany potřebného. Druhá hypotéza vychází z předpokladu, že péče o seniora je náročnější než péče o dospělého či dítě.

Výsledky dotazníkového šetření ukazují, že pečující o dospělého či dítě vykazují nižší stupeň emocionálního vyčerpání než osoby poskytující péči seniorovy. Osoby pečující o dítě či dospělého, jak nám níže ukazuje graf č. 7, mají průměrné skóre emocionálního vyčerpání 24,9. Tyto osoby se nachází v mírném stupni emocionálního vyčerpání. Poskytovatelé péče, poskytující ji seniorovy dosáhli průměrného skóre 31,5 a tím se dostali za hranici 27, která je mezním bodem pro vyhoření. Při výpočtu chí-kvadrátu, nám výsledek, který je zaznamenán v tabulce č. 4. ukazuje, že zde nevzniká statistická významnost mezi péčí o seniora a péčí o dospělého či dítě. Z toho vyplývá, že stanovená hypotéza se nám nepotvrdila.

Graf č. 7: Úroveň vyhoření na sub - škále emocionálního vyčerpání



Tabulka č. 4: *Test dobré shody chí-kvadrát*

Průměrná hodnota	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P-O	(P-O) ²	$\frac{(P-O)^2}{O}$
Pečující o dítě/dospělého	24,9	28,2	-3,3	10,89	0,386
Péče o seniora	31,5	28,2	3,3	10,89	0,386
	56,4	56,4			0,772

Hladina významnosti je zde stanovena 0,05

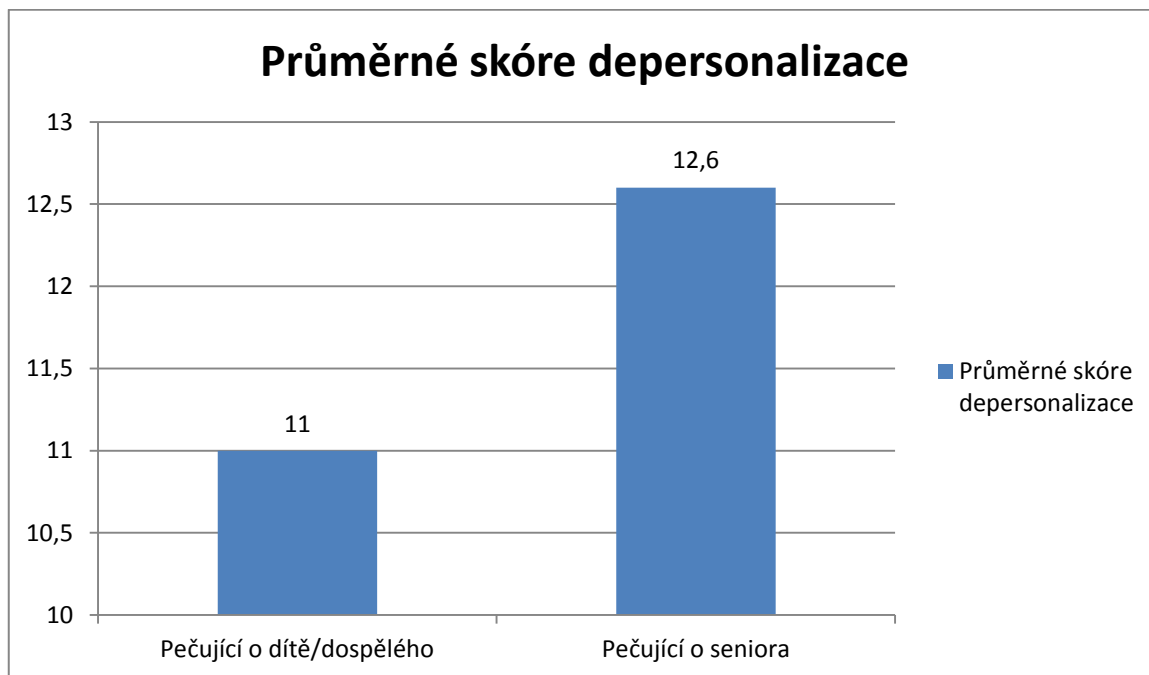
Vypočtená hodnota je 0,772

Stupeň volnosti je 1 (2-1=1)

Kritická hodnota testového chí-kvadrát je stanovena u stupně volnosti 1, hladiny významnosti 0,05 hodnotou 3,841. Vypočtená hodnota 0,772 je nižší než kritická hodnota 3,841, z toho důvodu zde nevzniká statistická významnost.

Dle grafu č. 8 u druhé sub-škály, kterou je depersonalizace, se obě skupiny nachází v mírném stupni. Osoby pečující o seniora mají průměrné skóre 12,6, respondenti pečující o dospělého nebo dítě vykazují průměrné skóre 11. Je třeba si povšimnout, že pečující o seniora jsou na hranici vyhoření, kterou nám stanovuje hodnota 13. Výsledky v míře depersonalizace u osob pečujících o dospělého či dítě a osob pečujících o seniora se ukázali jako statisticky nevýznamné. Výsledky výpočtů nám níže ukazuje tabulka č. 5.

Graf č. 8: Úroveň vyhoření na sub - škále depersonalizace

Tabulka č. 5: Test dobré shody χ^2 -kvadrát

Průměrná hodnota	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P-O	$(P-O)^2$	$\frac{(P-O)^2}{O}$
Pečující o dítě/dospělého	11	11,8	-0,8	0,64	0,054
Péče o seniora	12,6	11,8	0,8	0,64	0,054
	23,6	23,6			0,108

Hladina významnosti je zde stanovena 0,05

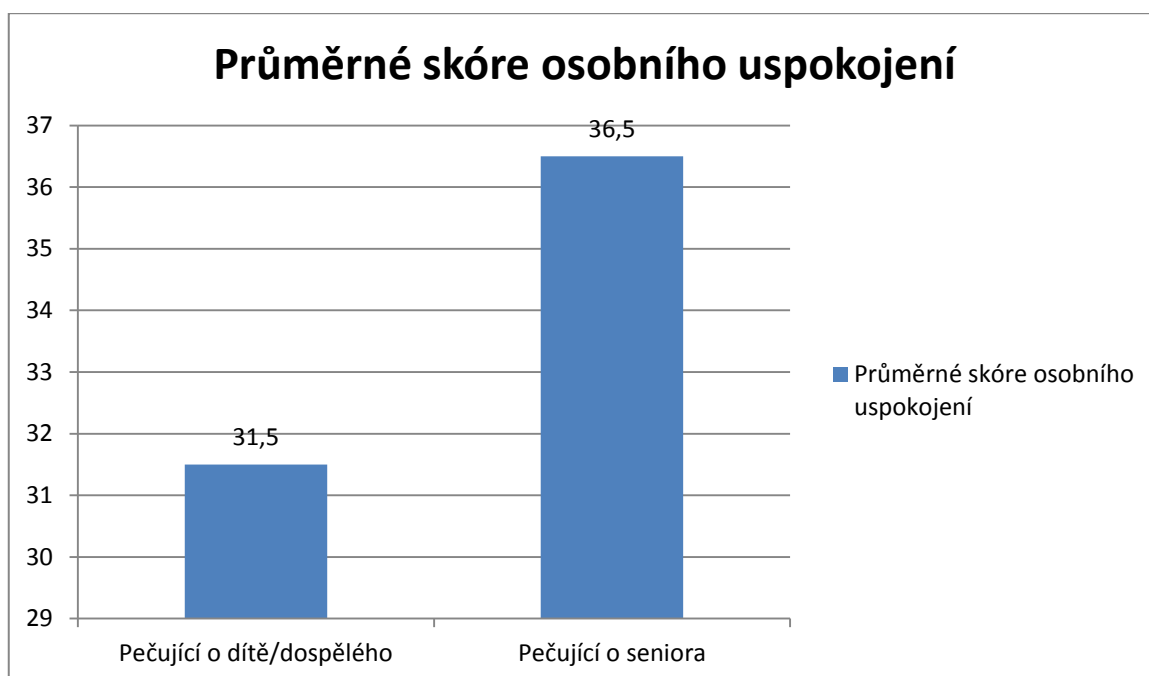
Vypočtená hodnota je 0,108

Stupeň volnosti je 1 ($2-1=1$)

Kritická hodnota testového χ^2 -kvadrát je stanovena u stupně volnosti 1, hladiny významnosti 0,05 hodnotou 3,841. Vypočtená hodnota 0,108 je nižší než kritická hodnota 3,841, z toho důvodu zde nevzniká statistická významnost.

Stejně, jako u první hypotézy, ani druhou hypotézu výsledky šetření týkající se osobního uspokojení z péče nepodporují. Zde osoby, jak uvádí graf č. 9, pečující o seniora mají vyšší osobní uspokojení než osoby pečující o dítě či dospělého. Průměrné skóre u pečujících o seniora je 36,8, tento výsledek šetření je zároveň i průměrnou hodnotou u osobního uspokojení. Osoby pečující o dospělého či dítě mají pouze průměrné skóre 31,5. Zde se k hranici 31- vyhoření více blíží pečující o dospělého nebo dítě. Nicméně, výpočty uvedené v tabulce č. 6 nám prokazují, že v případě osobního uspokojení pečujících o seniora a pečujících o dítě či dospělého nevzniká statistická významnost.

Graf č. 9: Úroveň vyhoření na sub - škále osobního uspokojení



Tabulka č. 6: Test dobré shody chí-kvadrát

Průměrná hodnota	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P-O	(P-O) ²	$\frac{(P-O)^2}{O}$
Pečující o dítě/dospělého	31,5	34	-2,5	6,25	0,183
Péče o seniora	36,5	34	2,5	6,25	0,183
	68	68			0,366

Hladina významnosti je zde stanovena 0,05

Vypočtená hodnota je 0,366

Stupeň volnosti je 1 ($2-1=1$)

Kritická hodnota testového chí-kvadrát je stanovena u stupně volnosti 1, hladiny významnosti 0,05 hodnotou 3,841. Vypočtená hodnota 0,366 je nižší než kritická hodnota 3,841, z toho důvodu zde nevzniká statistická významnost.

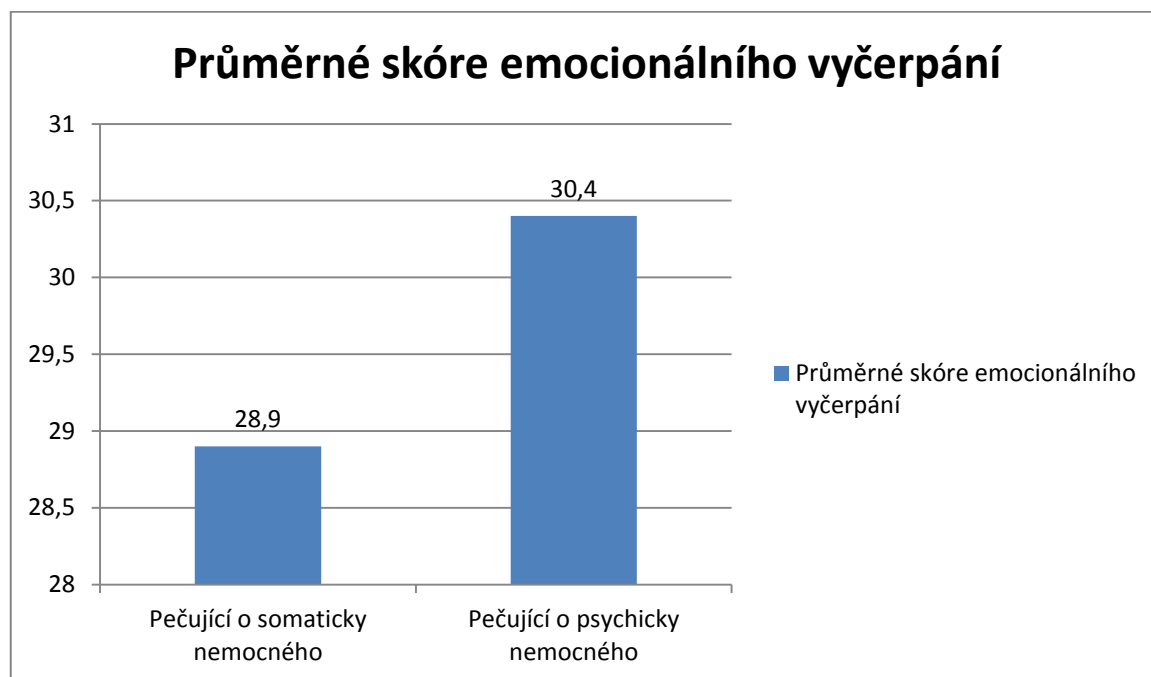
8.3 Hypotéza 3

Péče o nemocného psychicky bude náročná v komunikaci, kdy pečující potřebuje zpětnou vazbu od nemocného, aby věděl, jak přesně mu má pomoci. Pro pečujícího je důležité, aby věděl, jak přesně, se v dané situaci nemocný cítí a co je potřeba udělat, aby se mu ulevilo. V komunikaci s potřebnou osobou je důležitá zpětná vazba.

V třetí hypotéze je předpokladem, že péče o osobu psychicky nemocnou bude pro pečujícího náročnější než péče o somaticky nemocného rodinného příslušníku.

V dotazníkovém šetření dle grafu č. 10 vykazovali poskytovatelé péče, poskytující ji psychicky nemocné osobě v první sub-škále průměrnou hodnotu emocionálního vyčerpání 30,4. Nižší hodnotu prokázali pečující o osobu somaticky nemocnou, jejich průměrné skóre je 28,9. I když osoby pečující o somaticky nemocného prokazují nižší stupeň emocionálního vyčerpání, je nutno věnovat pozornost tomu, že obě skupiny respondentů přesáhli hranici 27, která nám určuje vyhoření těchto osob. Tabulka č. 7 obsahující výpočty týkající se rozdílu v míře emocionálního vyčerpání mezi respondenty pečujícími o somaticky nemocnou osobu a respondenty pečujícími o psychicky nemocnou osobu nám uvádějí, rozdíl je statisticky nevýznamný. Z toho to důvodu nemůžeme přijmout stanovenou hypotézu.

Graf č. 10: Úroveň vyhoření na sub - škále emocionálního vyčerpání

Tabulka č. 7: Test dobré shody χ^2 -kvadrát

Průměrná hodnota	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P-O	$(P-O)^2$	$\frac{(P-O)^2}{O}$
Pečující o somaticky nemocného	28,9	29,65	-0,75	0,562	0,019
Pečující o psychicky nemocného	30,4	29,65	0,75	0,562	0,019
	59,3	59,3			0,038

Hladina významnosti je zde stanovena 0,05

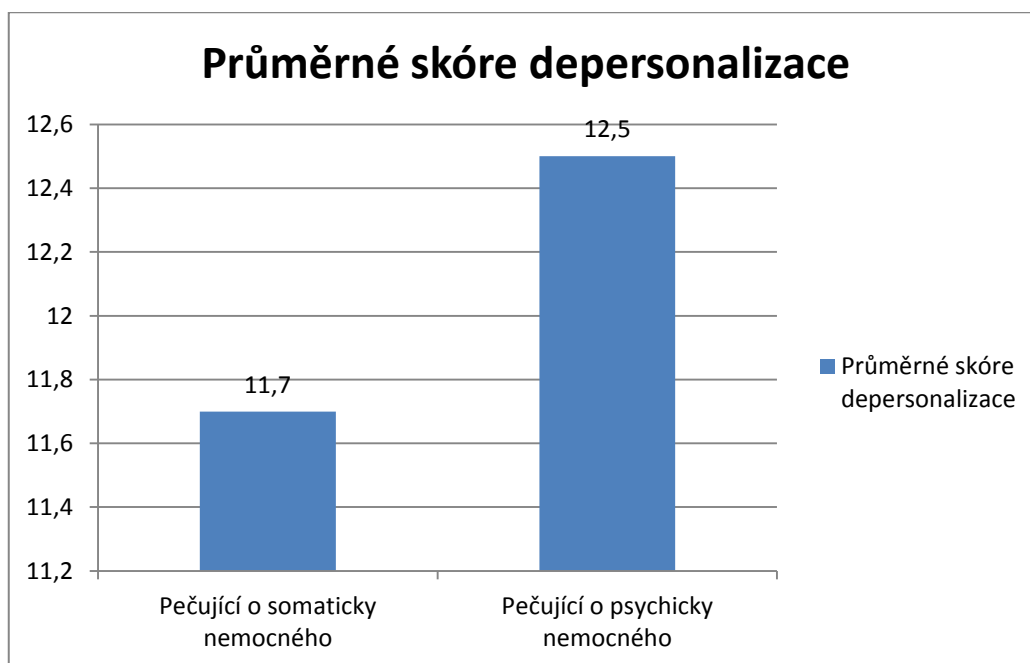
Vypočtená hodnota je 0,038

Stupeň volnosti je 1 (2-1=1)

Kritická hodnota testového chí-kvadrát je stanovena u stupně volnosti 1, hladiny významnosti 0,05 hodnotou 3,841. Vypočtená hodnota 0,038 je nižší než kritická hodnota 3,841, z toho důvodu zde nevzniká statistická významnost.

Druhou sub-škálou dle grafu č. 11 je depersonalizace a i zde pečující o somaticky nemocného vykazují nižší stupeň vyhoření. Osoby pečující o osobu se somatickým onemocněním mají průměrné skóre depersonalizace 11,7, čili mírný stupeň. Průměrné skóre pro osoby pečující o psychicky nemocného je jak uvádí níže 12,5. Těmto respondentům je třeba věnovat pozornost a to z toho důvodu, že jejich průměrné skóre se blíží hranici 13, která nám udává vysoký stupeň vyhoření hrozící těmto osobám. Stanovenou hypotézu nelze přijmout a to z toho důvodu, že níže uvedené výsledky v tabulce č. 8 nevykazují statistickou významnost mezi pečující o osobu somaticky nemocnou a osobou pečující o psychicky nemocného.

Graf č. 11: Úroveň vyhoření na sub - škále depersonalizace



Tabulka č. 8: *Test dobré shody chí-kvadrát*

Průměrná hodnota	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P-O	(P-O) ²	$\frac{(P-O)^2}{O}$
Pečující o somaticky nemocného	11,7	12,1	-0,4	0,16	0,013
Pečující o psychicky nemocného	12,5	12,1	0,4	0,16	0,013
	24,2	24,2			0,026

Hladina významnosti je zde stanovena 0,05

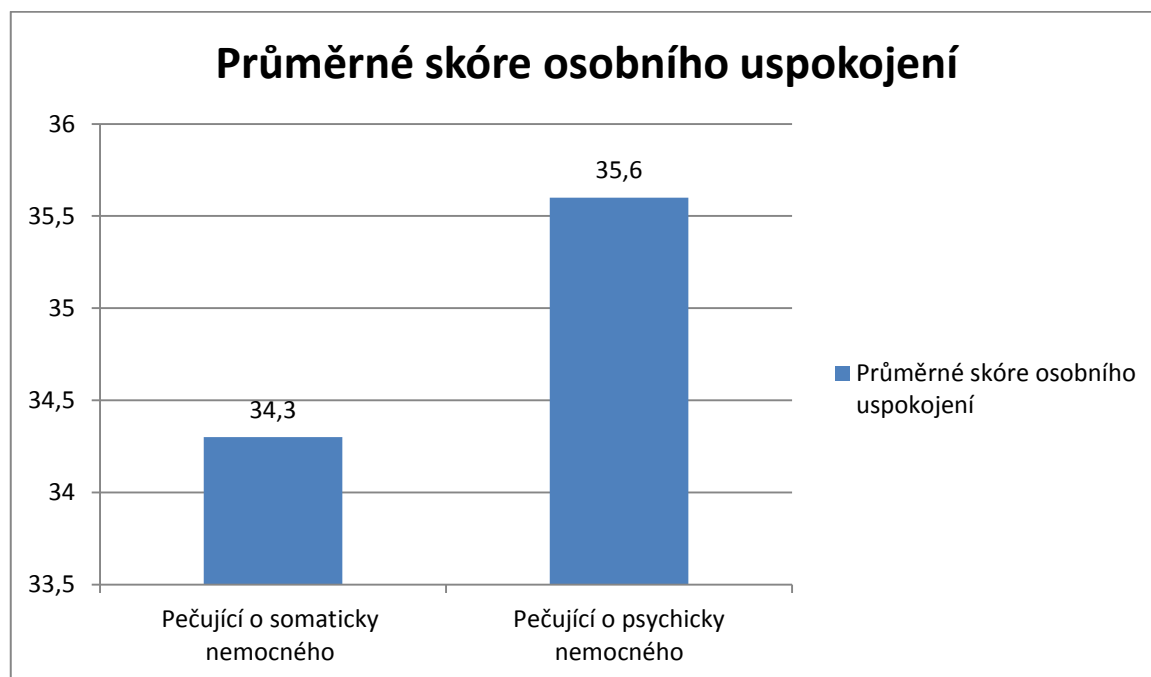
Vypočtená hodnota je 0,026

Stupeň volnosti je 1 ($2-1=1$)

Kritická hodnota testového chí-kvadrát je stanovena u stupně volnosti 1, hladiny významnosti 0,05 hodnotou 3,841. Vypočtená hodnota 0,026 je nižší než kritická hodnota 3,841, z toho důvodu zde nevzniká statistická významnost.

Dle grafu č. 12 osobní uspokojení, které je třetí sub-škálou je vyšší u osob pečujících o psychicky nemocného, čili ani zde se předpoklad z hypotézy nepotvrdil. Osoby pečující o psychicky nemocného vykazují průměrnou hodnotu vyhoření 35,6. V tomto případě osoby poskytující péči osobám se somatickým onemocněním vykazují nižší osobní uspokojení z péče, kdy jejich průměrná hodnota je 34,3. Tyto výsledky zaznamenané v tabulce č. 9 v testu dobro schody chí-kvadrát, nevykazují statistickou významnost, čili není možné přijmout stanovenou hypotézu.

Graf č. 12 Úroveň vyhoření na sub - škále osobního uspokojení

Tabulka č. 9 Test dobré shody *chi-kvadrát*

Průměrná hodnota	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P-O	(P-O) ²	$\frac{(P-O)^2}{O}$
Pečující o somaticky nemocného	34,9	35,25	-0,35	0,123	0,003
Pečující o psychicky nemocného	35,6	35,25	0,35	0,123	0,003
	70,5	70,5			0,006

Hladina významnosti je zde stanovena 0,05

Vypočtená hodnota je 0,006

Stupeň volnosti je 1 (2-1=1)

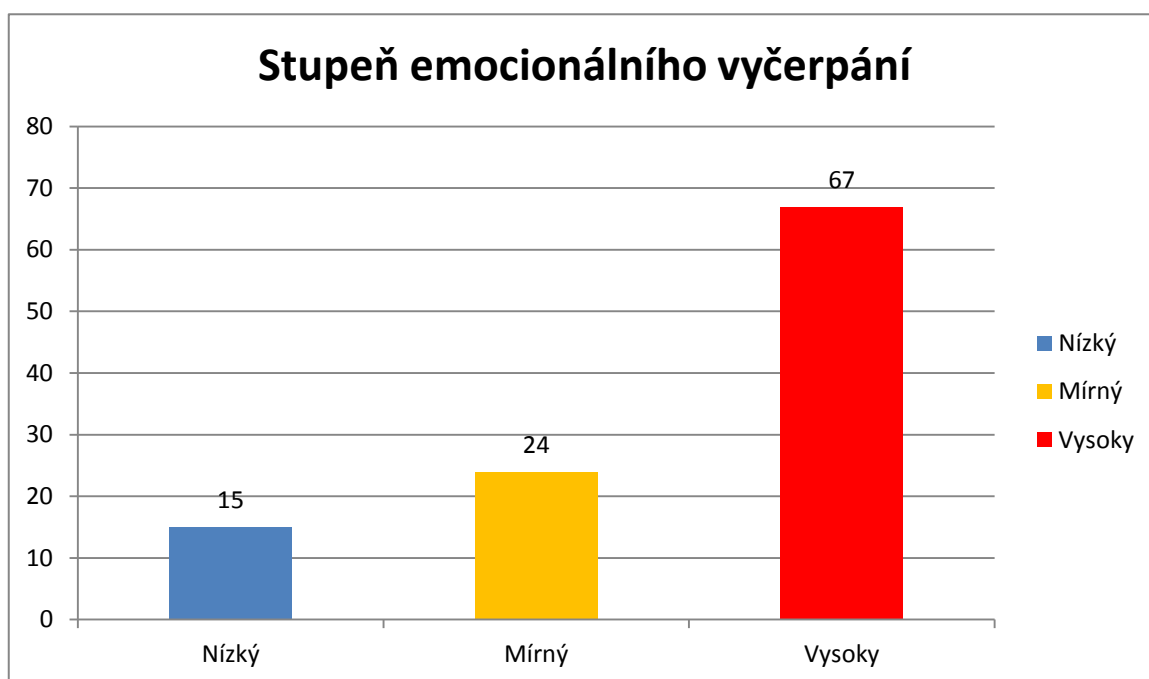
Kritická hodnota testového chí-kvadrát je stanovena u stupně volnosti 1, hladiny významnosti 0,05 hodnotou 3,841. Vypočtená hodnota 0,006 je nižší než kritická hodnota 3,841, z toho důvodu zde nevzniká statistická významnost.

8.4 Dílčí výzkumné otázky

Dílčí otázka č. 1: Jak vysoké emocionální vyčerpání se vyskytuje u poskytovatelů péče, kteří se starají o rodinné příslušníky?

Odpověď na tuto otázku nám znázorňuje níže uvedený graf. Dle výzkumu je emocionální vyčerpání poskytovatelů péče při péči o osobu blízkou vysoké. Většina respondentů vykazuje syndrom vyhoření.

Graf č. 13: *Stupeň emocionálního vyčerpání u poskytovatelů péče*

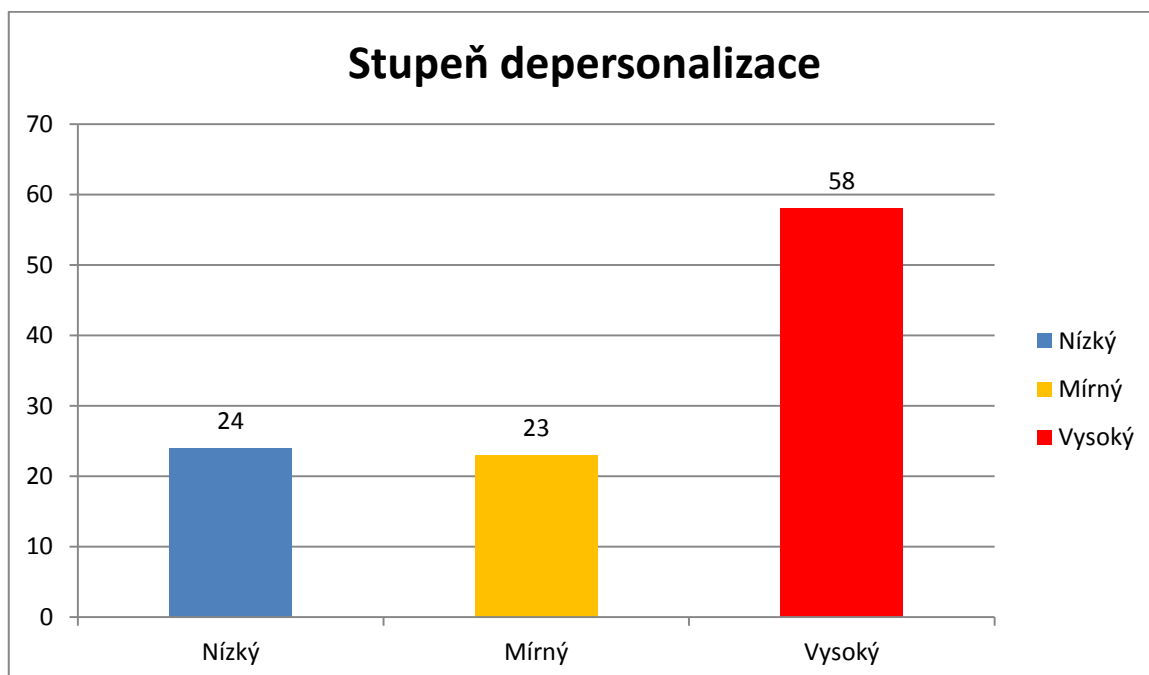


Nízký stupeň emocionálního vyčerpání uvedlo 15 respondentů, což je 15,9 % z celého počtu respondentů. V případě mírného stupně emocionálního vyčerpání bylo z celkového počtu 106 respondentů 24, což nám činí 25,44 %. Ve vysokém stupni vyhoření se dle dotazníkového šetření nachází 67 poskytovatelů péče. Toto zastoupení tvoří 71 % z celého vzorku respondentů. Výzkum prokázal, že skoro $\frac{3}{4}$ respondentů trpí syndromem vyhoření.

Dílčí otázka č. 2: Do jaké míry je poskytovatel péče, který ji poskytuje rodinnému příslušníku, ohrožen depersonalizací?

Výsledky šetření týkající se druhé dílčí otázky prokazují, že respondenti při výzkumu vykazovali vysoký stupeň depersonalizace, která negativně ovlivňuje chování a přístup poskytovatele péče k potřebné osobě. Výsledky uvedení v grafu č. 14 nám prezentují, že většina dotazovaných trpí syndromem vyhoření.

Graf č. 14: *Stupeň depersonalizace u poskytovatelů péče*

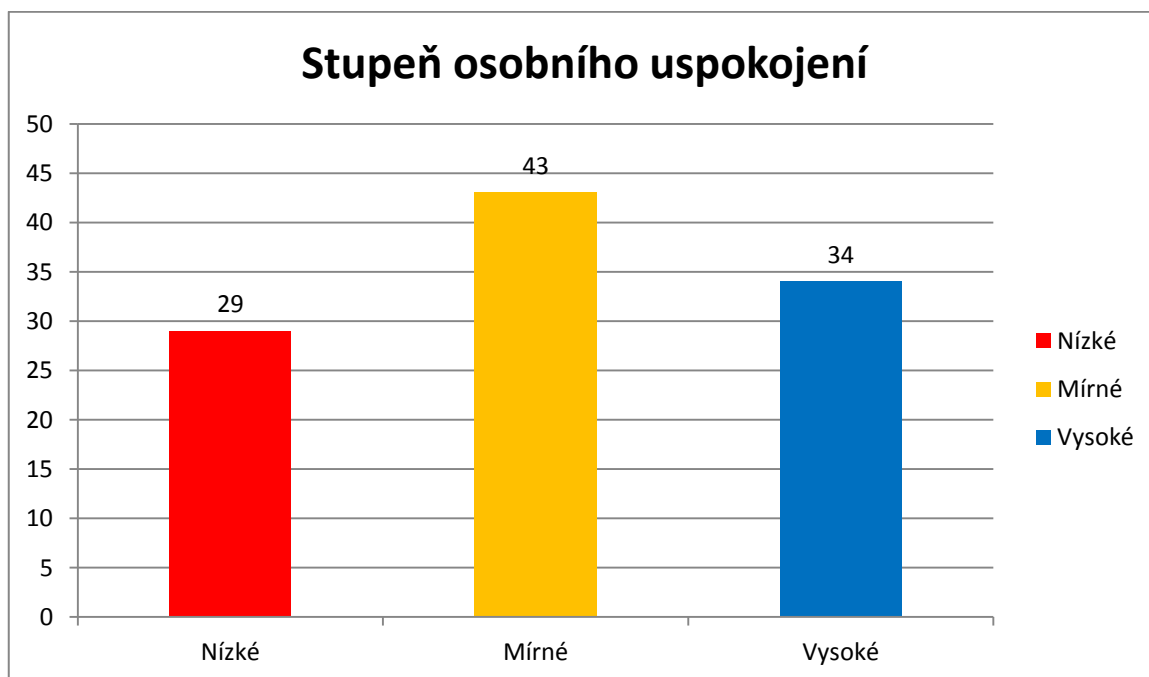


V případě depersonalizace se v nízkém stupni vyhoření nachází 24 respondentů, tato hodnota tvoří 25,4 % z celého počtu poskytovatelů péče. Přibližně stejný počet respondentů uvedl mírný stupeň vyhoření, zde bylo zastoupeno 23 dotazovaných, čili 24,4 % z celkového množství. Největší počet respondentů spadá do vysokého stupně depersonalizace. Ve stavu vyhoření se zde nachází 58 dotazovaných, kdy toto číslo tvoří 61,5 % z celkového vzorku výzkumu.

Dílčí otázka č. 3 Jaké je zastoupení osob, kterým přináší péče o rodinné příslušníky v rámci příspěvku na péči osobní uspokojení.

V případě třetí dílčí otázky, odpovědělo 37 % respondentů z celkového počtu dotazovaných, že péče o osobu blízkou jim přináší vysoký stupeň osobního uspokojení.

Graf č. 15 *Stupeň osobního uspokojení u poskytovatelů péče*



V poslední sub-škále, která se zabývá osobním uspokojením z péče, se nejvíce respondentů zařadilo do mírného stupně vyhoření. Tento stupeň v dotazníkovém šetření uvedlo 43 respondentů, což činí 45,6 % z dotazovaných. Zbývající respondenti byli rozděleni do nízkého a vysokého stupně osobního uspokojení. Když nízký stupeň, neboli vyhoření byl zastoupen počtem 29 respondentů, činících 30,7 % z celkového počtu respondentů. Vysoký stupeň osobního uspokojení z péče o osobu blízkou uvedlo 34 dotazovaných. Vysoké uspokojení při péči uvedlo 36 % pečujících.

9 SHRUTÍ VÝLEDKŮ A NÁVRHY ČI DOPORUČENÍ PRO PRAXI

I když se hypotézy nepotvrdily, z výzkumu vyplývá, že míra ohrožení poskytovatelů péče syndromem vyhoření je vysoká. Zajímavostí je míra osobního uspokojení u dotazovaných respondentů, kde se průměrná hodnota nacházela v mírném stupni vyhoření. Z výzkumu se ukazuje, že čím vyšší míra zátěže, tím vyšší míra uspokojení. Bylo by dobré, blíže se zaměřit na otázky, týkající se osobního uspokojení. Co je příčinou toho, že čím je vyšší emocionální vyčerpání a depersonalizace, tím se zvyšuje i osobní uspokojení? Toto téma by bylo vhodné pro další práci, která by se problémem zabývala hlouběji. Je nutno uvést, že v případě dalšího výzkumu, týkajícího se zmíněného problému, by bylo třeba většího vzorku respondentů. Přestože statistická významnost hypotéz v tomto výzkumu se nepotvrdila, bylo možno v grafech nalézt jistý trend směřující k potvrzení daných hypotéz. Na základě tohoto výzkumu lze říci, že poskytovatelé péče pečující o rodinného příslušníka jsou vysoce ohroženi syndromem vyhoření, týkajícího se zejména emocionálního vyčerpání a depersonalizace.

Studie, zabývající se syndromem vyhoření, se velkou měrou věnují profesionálním pracovníkům. Stejná pozornost by se měla také zaměřit směrem k poskytovatelům péče v rodinném prostředí, kteří jsou opomíjeni. Této problematice by se měli aktivně věnovat sami poskytovatelé a zajímat se o možnosti, které se pro ně nabízejí. Při péči by neměli zapomínat na svůj osobní život a nevzdávat se svých zájmů a koníčků. Pokusit se skloubit povinnosti k opečovávanému s osobním životem. Vyhledávat podporu u rodinných příslušníků a o péči, kterou poskytují se s nimi podělit. Člověk nesmí nabýt přesvědčení, že všechno zvládne sám. Využít pomoci nejen rodiny, ale i státu. Jednou z nejdůležitějších pomocí pro poskytovatele pomoci je informovanost, aby si byli např. vědomi toho, že je tu pro ně možnost odlehčovacích služeb. Jsou tu pro ně k dispozici, ale ne každý je využívá, a někteří o nich ani nevědí. Poskytovatelé by také měli navštěvovat různé kurzy a to před nastávající péčí, ale i během ní, kde by se učili, jak pracovat s potřebným, ale hlavně sami se sebou. Nezbytné pro podporu pečujících osob jsou např. služby typu poradenství, konzultace s různými experty (př. psycholog), vzdělávání, půjčování pomůcek nebo svépomocná sdružení. Dále se zde nabízí možnosti dalších dávek, které jsou určeny osobám se zdravotním postižením, mezi které patří např. kompenzační pomůcky. Ty jsou určeny ke

zkvalitnění života nemocného a k ulehčení manipulace s potřebnou osobou. Celkově by mělo dojít k lepšímu zabezpečení poskytovatele péče a mělo by se této problematice věnovat více pozornosti. Tito lidé, jsou bez odborné pomoci a přípravy na danou péči, jsou odkázáni jen na své vlastní schopnosti. Neprobíhá zde žádné zaškolení do problematiky a vše se tyto osoby učí „za chodu“. Každý den se potýkají se starostmi o rodinného příslušníka a nejen s ním, někdy i se státními institucemi, které jim ne vždy vychází vstříc. Nedostatečná práce s poskytovatelem péče vede k vytváření dalších potřebných osob. V tomto případě se z pomáhajícího stává ten, kdo péči potřebuje. Není již schopen sám zvládat fyzické a psychické vypětí, které z péče o osobu blízkou v rodinném prostředí vyplývá.

Mezi podobné výzkumy, které se zabývají syndromem vyhoření, patří diplomová práce, kterou pod názvem emocionální zátěž osob pečujících o starší rodinné příslušníky napsala Bc. Petra Bártová (2007, s. 81). Autorka se zde zabývá emocionálním stavem pečujících osob. Podobně jako v mé práci, i zde se prokázalo, že nejvíce respondentů (42,9 % z dotazovaných) je ohroženo vysokým stupněm emocionální zátěže.

Jednou z dalších studií, která se zabývá poskytovatelem péče o rodinného příslušníka, je bakalářská práce s názvem péče o osobu blízkou z pohledu pečujícího, autorkou je Eva Šestáková. Autorka Šestáková (2014, s. 61) ve výsledcích výzkumu uvádí, že péče je pro pečujícího velkou citovou zátěží, kdy nejčastějším negativním pocitem je pro pečujícího, úzkost a strach z budoucnosti. Naopak jako pozitivní stránkou péče je zde uváděn, „...*,pocit uspokojení, že pro svého blízkého dělám, co mohu.*“ Výsledky tohoto výzkumu se shodují s výsledky mé práce, kdy bylo prokázáno, že péče o osobu blízkou, pečovateli přináší osobní uspokojení.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá syndromem vyhoření u poskytovatelů péče, kteří péči poskytují rodinnému příslušníkovi. Dále také, jak vysoce je daná osoba ohrožena syndromem vyhoření a vlivy, které se podílí na tomto ohrožení. Pozornost je také věnována zákonům, ze kterých vychází podmínky příspěvku na péči, který je stěžejní při péči o osobu blízkou. Z historického hlediska mezi tyto zákony patří zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, také vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR a působení orgánů České republiky v sociálním zabezpečení. Celá další kapitola je zde věnována současnému zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Je zde také uveden zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů a vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Pozornost je zde věnována také syndromu vyhoření a osobnosti poskytovatele péče. Druhou částí je samotný výzkum, který je zaměřen na to, jak vysoce jsou poskytovatelé péče z rodinného prostředí ohroženi syndromem vyhoření a jaké vlivy se na tomto ohrožení podílí.

Výzkum prokázal, že ohrožení syndromem vyhoření je bohužel většina poskytovatelů, kteří se výzkumu zúčastnili. V případě emocionálního vyčerpání při péči byly výsledky pro poskytovatele péče nejfatálnější. V oblasti depersonalizace se ukázala tato skupina, také jako velmi ohrožena syndromem vyhoření. V případě vysokého stupně depersonalizace má tento stav vliv nejen na poskytovatele péče, ale i na potřebného. Je zde ovlivněn způsob jednání pečujícího s nemocnou osobou. Překvapujícím zjištěním ovšem je, že přes všechny útrapy a vyčerpání, jim péče o osobu blízkou přináší osobní uspokojení. Domnívám se, že tato skutečnost vyplývá z citové rodinné vazby, vzájemných emocionálních vztahů a z pocitu sounáležitosti v rodině. Pro poskytovatele péče je často odměnou, že dokáže o svého blízkého člověka pečovat a postarat se o něj a to mu přináší pocit osobního uspokojení.

Výsledky výzkumu nám umožnily zjistit, jak vysoce jsou poskytovatelé péče ohroženi syndromem vyhoření. Ohrožení těchto osob je velmi vysoké, hlavně v oblastech emocionálního vyčerpání a depersonalizace. Naopak v oblasti osobního uspokojení se respondenti zařadili jen do mírného stupně. U otázky, jaký dopad má syndrom vyhoření na osobnost

poskytovatele péče, nám odpověď nabízí příznaky emocionálního vyčerpání, kdy má osoba nedostatek sil k jakékoliv činnosti a také nedostatek až nulovou motivaci k činnosti. V případě vyhoření u depersonalizace se u postižených osob projevuje psychické vyčerpání. Pokud nepocítují kladnou odezvu od opečovávaného, může dojít až ke ztrátě respektu a úcty k potřebné osobě. Jak již bylo zmíněno, přes všechny tyto útrapy poskytovatelé péče pocítují osobní uspokojení z péče, kdy mají dobrý pocit z toho, že jsou schopni se o osobu blízkou starat a zajistit jí co nejkvalitnější a nejdůstojnější způsob života. Tím byl naplněn cíl práce, vytyčený v úvodu.

Při rozhlédnutí se kolem sebe, určitě každý zjistíme, že známe někoho, kdo pečuje o osobu blízkou. Ať už je to rodinný příslušník, známí nebo jen soused a zamysleme se nad tím, jak bychom jim mohli pomoci. Třeba jen radou nebo poskytnutím informace, kde potřebnou radu získat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÁRTOVÁ, Petra. *Emocionální zátěž osob pečujících o starší rodinné příslušníky*. Brno, 2007. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Obor Ošetrovatelství péče v gerontologii.

FOUCAULT, Michel. *Psychologie duševní nemoci*. Praha: Horizont, 1971.

GREGOROVÁ, Zdeňka a Milan GALVAS. *Sociální zabezpečení*. Brno: Doplněk, 2005. ISBN 80-7239-176-3.

HOSKOVEC, Jiří. *Psychologie*. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-219-2.

HATLOVÁ, Běla. *Psychologie seniorského věku*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2010. ISBN 978-80-7414-318-2.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

JANDOUREK, Jan. *Úvod do sociologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-749-3.

JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.

KAHOUN, Vilém. *Vybrané kapitoly k sociální práci*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-064-5.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření*. 2 rozšířené a doplněné vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. ISBN 978-80-7195-573-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

MENTZOS, Stavros. *Dynamika duševní nemoci*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-992-5.

MICHALÍK, Jan. *Metodický průvodce. Rodiče dítěte se zdravotním postižením (nejen) na základní škole*. Ústí nad Labem: EdA, s. o., 2012. ISBN 978-80-904927-8-3.

MICHALÍK, Jan. *Malý právní průvodce pečujících*. Brno: Moravskoslezský kruh, o. s., 2010. ISBN 978-80-254-7333-7.

NEKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0592-7.

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2223-8.

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti. Obor v pohybu*. Praha: Graha, 2010. ISBN 978-80-247-3133-9.

SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-369-7.

SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Psychologie. Lexikon základních pojmů*. Praha: Naše vojsko, 1994. ISBN 80-206-0459-6.

ŠESTÁKOVÁ, Eva. *Péče o osobu blízkou z pohledu pečujícího*. Olomouc 2014. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická katedra, Katedra sociologie a andragogiky.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.

Zákony:

ČESKO. Zákon č. 100 ze dne 16. června 1988 o sociálním zabezpečení. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1988, částka 21, s. 582-622. Dostupný také z: <http://www.mvcr.cz/sbirka/1988/sb21-88.pdf>.

ČESKO. Vyhláška č. 182 ze dne 26. dubna 1991, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1991, částka 37, s. 871-891. Dostupný také z: <http://www.mvcr.cz/sbirka/1991/sb037-91.pdf>.

ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289. Dostupný také z: <http://www.mvcr.cz/sbirka/2006/sb037-06.pdf>.

ČESKO. Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 164, s. 7021-7048. Dostupný také z: <http://www.mvcr.cz/sbirka/2006/sb164-06.pdf>.

ČESKO. Zákon č. 329 ze dne 13. října 2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 115, s. 3970-3994. Dostupný také z: <http://www.mvcr.cz/sbirka/2011/sb0115-2011-329-2011.pdf>.

ČESKO. Vyhláška č. 388 ze dne 29. listopadu 2011 o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 136, s. 5018-5025. Dostupný také z: <http://www.mvcr.cz/sbirka/2011/sb0136-2011-388-2011.pdf>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

EE	Emocionální vyčerpání
DP	Depersonalizace
PA	Pracovní uspokojení
DOZP	Dávky osobám se zdravotním postižením
LPS	Lékařská posudková služba
KPÚP	Krajská pobočka úřadu práce

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1	Věk respondentů.....	36
Graf č. 2	Péče rozdělena podle věku žadatele.....	37
Graf č. 3	Rozdělení respondentů podle druhu postižení.....	37
Graf č. 4	Úroveň vyhoření na sub-škále emocionálního vyčerpání.....	42
Graf č. 5	Úroveň vyhoření na sub-škále depersonalizace.....	43
Graf č. 6	Úroveň vyhoření na sub-škále osobního uspokojení.....	45
Graf č. 7	Úroveň vyhoření na sub-škále emocionálního vyčerpání.....	46
Graf č. 8	Úroveň vyhoření na sub-škále depersonalizace.....	48
Graf č. 9	Úroveň vyhoření na sub-škále osobního uspokojení.....	49
Graf č. 10	Úroveň vyhoření na sub-škále emocionálního vyčerpání.....	51
Graf č. 11	Úroveň vyhoření na sub-škále depersonalizace.....	52
Graf č. 12	Úroveň vyhoření na sub-škále osobního uspokojení.....	54
Graf č. 13	Stupeň emocionálního vyčerpání u poskytovatelů péče.....	55
Graf č. 14	Stupeň depersonalizace u poskytovatelů péče.....	56
Graf č. 15	Stupeň osobního uspokojení u poskytovatele péče.....	57

SEZNAM tabulek

Tabulka č. 1:	Test dobré shody chí-kvadrát.....	42
Tabulka č. 2:	Test dobré shody chí-kvadrát.....	44
Tabulka č. 3:	Test dobré shody chí-kvadrát.....	45
Tabulka č. 4:	Test dobré shody chí-kvadrát.....	47
Tabulka č. 5:	Test dobré shody chí-kvadrát.....	48
Tabulka č. 6:	Test dobré shody chí-kvadrát.....	59
Tabulka č. 7:	Test dobré shody chí-kvadrát.....	51
Tabulka č. 8:	Test dobré shody chí-kvadrát.....	53
Tabulka č. 9:	Test dobré shody chí-kvadrát.....	54

SEZNAM PŘÍLOH

- P I: Standardizovaný dotazník MBI
- P II: Jednotlivé dimenze dotazníku
- P III: Seznam nároků držitele průkazu TP, ZTP, ZTP/P
- P IV: Seznam zvláštních pomůcek

PŘÍLOHA PI: Standardizovaný dotazník MBI

V tomto dotazníku doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení čísla, označující podle níže uvedeného klíče sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

Síla pocitů: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

1. EE Práce mě citově vysává
2. EE Na konci dne se cítím být na dně sil
3. EE Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a
4. PA Velmi dobře rozumím pocitům opečovávaného
5. DP Mám pocit, že někdy s opečovávaným jednám jako s neosobními věcmi
6. EE Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá
7. PA Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy opečovávaného
8. EE Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce
9. PA Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a nalaďuji
10. DP Od té doby, co vykonávám péči, stal/a jsem se méně citlivým k lidem
11. DP Mám strach, že výkon péče mne činí citově tvrdým
12. PA Mám stále hodně energie
13. EE Péče o opečovávaného mi přináší pocity marnosti, neuspokojení
14. EE Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mě to vyčerpává
15. DP Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s opečovávaným
16. EE Práce s lidmi mě přináší silný stres
17. PA Dovedu u opečovávaných vyvolat uvolněnou atmosféru
18. PA Cítím svěží a povzbuzený, když pracuji s opečovávaným
19. PA Za roky péče jsem byl/a úspěšná a udělal/a hodně dobrého
20. EE Mám pocit, že jsem na konci svých sil

21. PA Citové problémy v práci řeším velmi klidně-vyrovnaně

22. DP Cítím, že opečovávání mi přičítají některé své problémy

PŘÍLOHA P II: Jednotliví dimenze dotazníku

EE = Emocionální vyčerpání (Emotional Exhaustion)

DP = Depersonalizace

PA = Osobní uspokojení (Personal Accomplishment)

(PE Někteří autoři, viz japonská studie (2) vyčleňují ještě - Fyzické vyčerpání (Physical Exhaustion), většina je započítává do EE

1. EE+PE Práce mě citově vysává
2. EE+PE Na konci dne se cítím být na dně sil
3. EE+PE Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a
6. EE Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá
8. EE Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce
13. EE Péče o opečovávaného mi přináší pocity marnosti, neuspokojení
14. EE+PE Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mě to vyčerpává
16. EE Práce s lidmi mě přináší silný stres
20. EE Mám pocit, že jsem na konci svých sil
5. DP Mám pocit, že někdy s opečovávaným jednám jako s neosobními věcmi
10. DP Od té doby, co vykonávám péči, stal/a jsem se méně citlivým k lidem
11. DP Mám strach, že výkon péče mne činí citově tvrdým
15. DP Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s opečovávaným
22. DP Cítím, že opečovávaní mi přiřítají některé své problémy
4. PA Velmi dobře rozumím pocitům opečovávaného
7. PA Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy opečovávaného
9. PA Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a nalad'uji
12. PA Mám stále hodně energie
17. PA Dovedu u opečovávaných vyvolat uvolněnou atmosféru

18. PA Cítím svěží a povzbuzený, když pracuji s opečovávaným
19. PA Za roky péče jsem byl/a úspěšná a udělal/a hodně dobrého
21. PA Citové problémy v práci řeším velmi klidně-vyrovnaně

PŘÍLOHA PIII: SEZNAM NÁROKŮ DRŽITELE PRŮKAZU TP, ZTP, ZTP/P

Osoba, která je držitelem průkazu TP, má nárok na

- a) vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob, s výjimkou dopravních prostředků, v nichž je místo k sedění vázáno na zakoupení místenky,
- b) přednost při osobním projednávání své záležitosti, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání; za osobní projednávání záležitostí se nepovažuje nákup v obchodech ani obstarávání placených služeb ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních.

Osoba, která je držitelem průkazu ZTP, má nárok na

- a) výhody uvedené v odstavci 1,
- b) bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvaji, trolejbusy, autobusy, metrem),
- c) slevu 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a slevu 75 % v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy.

(3) Osoba, která je držitelem průkazu ZTP/P, má nárok na

- a) výhody uvedené v odstavcích 1 a 2,
- b) bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě,
- c) bezplatnou dopravu vodícího psa, je-li úplně nebo prakticky nevidomá, pokud ji nedoprovází průvodce.

(4) Osobě, která je držitelem průkazu ZTP nebo průkazu ZTP/P, a průvodci držitele průkazu ZTP/P, může být poskytnuta sleva ze vstupného na divadelní a filmová představení, koncerty a jiné kulturní a sportovní akce.

(5) Další nároky osob, které jsou držiteli průkazu TP, ZTP nebo ZTP/P, upravují jiné právní

PŘÍLOHA P IV: SEZNAM ZVLÁŠTNÍCH POMŮCEK

I. Pomůcky určené osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí

- dodatečná úprava motorového vozidla
- stavební práce spojené s uzpůsobením koupelny a WC
- speciální komponenty osobního počítače
- nájezdové ližiny
- přenosná rampa
- schodolez
- schodišťová plošina, včetně instalace
- stropní zvedací systém, včetně instalace
- stavební práce spojené s rozšířením dveří v bytě
- schodišťová sedačka, včetně instalace

II. Pomůcky určené těžce zrakově postiženým osobám

- kalkulátor s hlasovým výstupem
- digitální čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem
- digitální zápisník pro zrakově postižené s hlasovým výstupem nebo braillským displejem
- speciální programové vybavení pro zrakově postižené
- vodící pec
- slepecký psací stroj
- DYMO kleště
- elektronická orientační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé
- elektronická komunikační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé
- indikátor pro nevidomé
- měřicí přístroj pro domácnost s hlasovým nebo hmatovým výstupem
- braillský displej pro nevidomé

- tiskárna reliéfních znaků pro nevidomé
- hlasové popisovače pro nevidomé a hluchoslepé
- diktafon
- kamerová zvětšovací lupa
- digitální zvětšovací lupa

III. Pomůcky určené těžce sluchově postiženým osobám

- signalizace bytového zvonku, signalizace domovního zvonku, včetně instalace
- signalizace pláče dítěte, včetně instalace
- speciální programové vybavení (aplikace do telefonu, programy do osobního počítače) pro edukaci a reedukaci sluchu umožňující nácvik mluvení, odezírání nebo znakové řeči
- individuální indukční smyčka
- elektronická orientační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé
- elektronická komunikační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé
- zařízení pro poslech audiovizuálního zařízení
- signalizace telefonního zvonění
- telefonní zesilovač

