

Prevence syndromu vyhoření u hospicových pracovníků

Petra Stuchlíková

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra Stuchlíková**
Osobní číslo: **H12109**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Prevence syndromu vyhoření u hospicových pracovníků**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti syndromu vyhoření a jeho prevence v hospici.
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:

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

STUDENT Johann-Christoph, MÜHLUM, Albert a STUDENT, Ute. Sociální práce v hospici a paliativní péče. Jinočany: H & H, 2006. ISNB 80-7319-059-1.

STOCK, Christian. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. Praha: Grada, 2010. ISNB 978-80-247-3553-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2007. ISNB 978-80-7262-471-3.

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

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Renata Polepilová

Centrum výzkumu FHS

Datum zadání bakalářské práce:

20. ledna 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

2. května 2014

Ve Zlíně dne 20. ledna 2014



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 17.2.2014

..... 

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 nevydělečně 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 nahlášení 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, užíje-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). Opírá-li autor takového díla udělit svolení bez vázného 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 užit 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 jím 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku syndromu vyhoření u pracovníků hospicové péče. Dělí se do dvou částí, z nichž v první vymezuje problematiku syndromu vyhoření, pojednává o supervizi jakožto nejrozšířenější formě prevence zmíněného „burnout“ syndromu a popisuje poznatky z oblasti hospiců. Zabývá se jejich základní myšlenkou, znaky a v neposlední řadě vymezuje hospicovou práci včetně jejích rizik (mezi která se syndrom vyhoření řadí). V empirické části bakalářská práce mapuje míru vyhoření hospicových pracovníků pomocí tzv. MBI dotazníku (Maslach Burnout Inventory), který je uváděn jako jedna z nejvyužívanějších metod analýzy vyhoření.

Klíčová slova:

Hospic, MBI dotazník, Prevence, Supervize, Syndrom vyhoření

ABSTRACT

This thesis is focused on the issue of burnout syndrome among hospice employees. It is divided into two parts; the first one defines the concept of burnout, discusses the supervision as the most common form of prevention of burnout syndrome and describes the findings in the area concerning hospices. It deals with the basic idea of a hospice, its features, characteristics, and also defines a hospice work it's including risk (where the burnout syndrome is included). In the empirical part, the bachelor thesis surveys the degree of burnout syndrome of hospice workers, through the MBI questionnaire (Maslach Burnout Inventory), which is cited as one of the most used methods of analysis burnout syndrome.

Keywords:

Burnout syndrome, Hospice, Prevention, Maslach burnout inventory, Supervision

Motto:

„Život měříme příliš jednostranně; podle jeho délky a ne podle jeho velikosti. Myslíme víc na to, jak život prodloužit, než na to, jak ho opravdu naplnit. Mnoho lidí se bojí smrti, ale nedělají si nic z toho, že sami a mnoho jiných žijí jen položivotem, bez obsahu, bez lásky, bez radosti.“

Tomáš Garrigue Masaryk

Poděkování:

Velké poděkování patří vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Renatě Polepilové, za cenné rady, odborné vedení, ale i povzbudivé konzultování.

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

Petra Stuchlíková

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 SYNDROM VYHOŘENÍ	12
1.1 OKOLNOSTI VZNIKU VYHOŘENÍ	15
1.2 PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ	17
1.3 FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ	19
1.4 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	21
2 SUPERVIZE	25
2.1 FUNKCE SUPERVIZE	27
2.2 DRUHY SUPERVIZE	28
2.3 SUPERVIZNÍ KONTRAKT	31
2.4 ETICKÉ PRINCIPY SUPERVIZE	33
Etické zásady evropské asociace pro supervizi	34
3 HOSPIC	36
3.1 ZNAKY HOSPICE	38
3.2 PRÁCE V HOSPICI	40
3.3 FORMY HOSPICOVÉ PÉČE	46
II PRAKTICKÁ ČÁST	50
4 DESIGN VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	51
4.1 VÝZKUMNÝ CÍL	52
4.2 VYMEZENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	52
4.2.1 Stanovení hypotéz	53
4.3 POJETÍ VÝZKUMU A METODA SBĚRU DAT.....	53
4.4 VÝZKUMNÝ VZOREK	54
4.5 ANALÝZA DAT.....	54
4.5.1 Vyhodnocení části a – Demografické údaje.....	55
4.5.2 Vyhodnocení části b – Maslach Burnout Inventory.....	61
4.6 VERIFIKACE HYPOTÉZ	65
4.7 DISKUZE.....	77
ZÁVĚR	80
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	82
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	85
SEZNAM OBRÁZKŮ	86
SEZNAM GRAFŮ	87
SEZNAM TABULEK	88
SEZNAM PŘÍLOH	89

ÚVOD

Problematika syndromu vyhoření byla zvolena z toho důvodu její závažnosti. Ačkoliv se může zdát tento fenomén poměrně známý, faktem zůstává, že by se mu měla nadále věnovat dostatečná pozornost, zejména v oblasti prevence. Při poskytování sociálních služeb a péče je samozřejmostí přímý kontakt a s ním spojený vztah s klientem. Pokud se zabýváme vzájemnou interakcí mezi pracovníkem a klientem, často se pomáhající pracovníci setkávají se zoufalstvím, nepochopením či dokonce nezájmem svých klientů. To může vést k protichůdným pocitům pracovníka a k emocionální zátěži. Od citového vyčerpávání pak není daleko k riziku vzniku syndromu vyhoření. Někteří autoři dokonce uvádějí, že se tomuto jevu nelze vyhnout. Přítomnost syndromu vyhoření negativně působí na kvalitu poskytovaných služeb, které klient přijímá, proto je nezbytné věnovat zvýšenou pozornost prevenci. Povolání, ve kterém jedinec pomáhá druhým, je charakteristické dovednostmi, jako je trpělivost, umění naslouchat, přijímat a sdílet klientovi obtíže a přitom si zachovat přiměřený odstup. Toto je samo o sobě náročné a v případě, že se pracovník denně při své práci setkává s truchlením, bolestí a úmrtím svých klientů, jak je tomu u hospicových pracovníků, může být riziko nástupu syndromu vyhoření umocňováno.

Z osobní zkušenosti s působením v jednom z hospicových zařízení víme, jak rozporuplné pocity tato práce může přinášet. Jedinec nastupuje plný ideálů, pomáhání umírajícím jej těší a naplňuje, zpravidla ale překonává počáteční nejistotu, která vychází z tabuizování smrti ve společnosti. Zejména mladší pracovníci mohou své pracovní problémy konzultovat spíše jen s kolegy, jelikož jejich vrstevníky často téma umírání uvádí do rozpaků a odmítají jej projednávat. Potýkají se i s přemírou emocí, které mu úmrtí jeho klienta přináší. Konfrontace se smrtí jako součástí práce může na druhé straně obohacovat ve smyslu uvědomění si vlastní konečnosti a reorientaci vlastních hodnot plynoucích z moudrosti a zkušeností, kterou může od svých klientů a práce čerpat.

Právě díky zkušenosti s uvedenými specifiky hospicové práce byl stanoven cíl zmapovat, jak se problematika vyhoření dotýká hospicových pracovníků. V jaké míře se u nich vyskytuje a zkoumá se využití nástrojů prevence vyhoření užívané v oblasti hospicové péče. V oblasti pomáhajících profesí se nejčastěji využívá jako prevence „burnoutu“ supervize, proto jí byla věnována velká pozornost a pojednává o ní celá kapitola vedle kapitol o syndromu vyhoření a hospici. Také empirická část ji zkoumá, a to z hlediska jejího využití v hospicích. Tato práce má být pracovníkům hospicové péče jakousi demonstrací, ve které

se mají příležitost informovat o problematice syndromu vyhoření a jeho prevenci nejen pro pracovníky samotné, ale také pro vedení hospiců a širokou veřejnost.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SYNDROM VYHOŘENÍ

Někteří odborníci tvrdí, že se každý, kdo pracuje v pomáhajících profesích, setká dříve nebo později s vyhořením. O závažnosti jevu svědčí také jeho zařazení do Mezinárodní klasifikace nemocí pod problémy spojenými s obtížemi při vedení života s číslem Z73.0. Je zřejmé, že jsou ohroženy všechny profese, kde je potřeba pracovat s lidmi, pomáhat jim a přinášet práci i „část sebe“. Ovšem v oblasti, kde se navíc setkáváme s doprovázením umírajících, s léčbou bolesti (často zejména psychické) a snahou klienta přivést k tzv. „dobré smrti“ včetně pomoci jeho nejbližším, takovou událost překonat, je naprostou nutností vynaložit maximální úsilí na prevenci vzniku syndromu vyhoření. Důležité je vědět, co přesně pojem syndrom vyhoření je, jak jej rozpoznat, a proto je kapitola věnována popisu, příznakům, okolnostem vzniku, fázemi a v neposlední řadě prevenci vyhasnutí. Pro objasnění toho, co se skrývá pod pojmem vyhoření, jsme vybrali následující definice.

„Vyhoření není nemoc, kterou můžeme chytit, ani nejde o rozpoznatelnou událost nebo stav, protože jde o proces, který často začíná už velmi záhy v průběhu kariéry pomáhajícího. Jeho semínka mohou být dokonce obsažena v hodnotových systémech mnoha pomáhajících profesí a v osobnostech těch, které tyto profese přitahují.“ (Hawkins, Shohet, 2004, str. 33)

Souhlasíme s tvrzením autorů, že přítomnost syndromu vyhoření nelze lehce rozpoznat, proto si uvedeme jiné vymezení, které nám může pochopení tohoto stavu usnadnit.

Freudenberger (1980, cit. podle Maroon, 2012, str. 20) přirovnává syndrom vyhoření ke stavení zničenému ohněm. Viděli-li jste již dům, který byl až do základů pohlcen ohněm, pak vám musí být jasné, že tento pohled není nijak příjemný. Kostra, která bývala vitální a plná konání, je dnes jen pozůstatek minulého života a síly připomínajícího stavení. Lze sice ještě zahlédnout obrubně dveří, pozůstatky zdí či dokonce nenarušené torzo domu, avšak po vstupu dovnitř můžete shlédnout opravdovou ničivou sílu ohně. Do termínu syndrom vyhoření Freudenberger zahrnuje nejen pracovní oblast, nýbrž i všechny další sféry týkající se lidské snahy.

Pojem „burnout“ zavedl do literatury Freudenberger v roce 1974 (cit. podle Kebza, Šolcová, 2003, str. 6). Proto jsme považovali za přínosné uvést jeho pohled na vyhoření. Na něj pak navázali další odborníci, vybíráme definici Maslachové, o jejímž přínosu bude později ještě zmínka.

Na Freudenbergera (z roku 1974) navázala Maslachová (1976, cit. podle Maroon, 2012, str. 20), která obohacuje jeho definici. Shledává syndrom vyhoření jako kontinuální, systematický proces upadání, zvyšující se míry cynismu a v neposlední řadě také ztráty angažovanosti pracovníků k jejich klientům. Dále tvrdí, že zmíněný jev je zakořeněn v dynamice úzce spojené s daným pracovním prostředím, což mohou být byrokratické komplikace, přepracovanost a rozepře způsobující nárůst stresu. Autorka také doplňuje časté definice ze slovníků, že vyhoření můžeme chápat jako jev obecného selhání, rapidního úbytku energie a zdrojů s následkem opotřebení o prvek záporných změn v přístupu k pracovní činnosti a v odlišném reagování na tlak. Jako první jev změny shledává absenci uspokojivé empatie s klienty a tendence zacházet s nimi zcela bez náklonnosti, až s odstupem. Dalším jevem se stává sklon vyhnout se klientům, být k nim lhostejný až negativistický, ubývá zde motivace, cílevědomost, či empatie, pracovník často bývá neklidný, či zlostný, a to jak ke klientům, tak i ke spolupracovníkům. Vinu za své omyly dává klientům, kolegům či obecně systému.

Velmi jasně a pochopitelně dělí projevy vyhoření v konkrétních oblastech Pinesová a kol. (1981, cit. podle Maroon, 2012, str. 22), ti se zabývali výzkumy ohledně problematiky syndromu vyhoření, na základě interpretace výsledků jejich výzkumů pak vytvořili multidimenzionální empirickou definici. Podle nich je vyhoření založeno na tělesném, duševním a emocionálním vyčerpání, spolu s nízkým sebevědomím, které je důsledkem opakovaného vystavování jedince přemíře stresu. Ačkoliv zde mohou být rozdíly v síle a hojnosti výskytu v individuální rovině, všeobecně lze znaky shrnout do těchto rovin:

- **Fyzická vyčerpání** – nese s sebou známky chybějící energie, chronické vyčerpání, pocitu slabosti, malou rezistenci vůči chorobám, zvýšený výskyt bolesti hlavy, nevolnost, ztuhlost a bolesti v zádech, obměnu jídelníčku, výkyvy tělesné konstituce, křeče a psychosomatické potíže.
- **Citová vyčerpání** – způsobuje deprese, pocity bezmoci a zoufalství, „uvěznění v pasti“, zde hrozí až riziko suicidálního jednání. V této fázi má jedinec opakované neovladatelné nutkání k pláči, má dojem, že přišel o veškerou možnost kontroly. Má pocit emocionální oploštělosti, kdy již nemá co nabídnout a zbylé pozůstatky sil využívá na protloukání se světem, na který má již averzi.
- **Psychická vyčerpání** – je spojena se zaujetím záporného stanoviska pracovníka vůči svému zaměstnání, k ostatním jedincům a živobytí celkově. Můžeme zde hovořit o takzvaném „komplexu méněcennosti“ a také sníženému sebevědomí, pocit

vyloučení a nedostatečné pravomoci. Nejprve nastupuje zcela nový pocit chladu a zaujatosti vůči jiným osobám. Zmíněný jev je velmi rizikový, jelikož zde vyhořelý pracovník již nedokáže postřehnout důležitost svých klientů. Pokud mluvíme o depersonalizaci pracovníka, chybí zde jakákoliv propojenost s totožností klienta, dokonce je již neshledává být lidskými bytostmi. Pracovník se stává uzavřeným s absencí vcítění se do druhého jedince a klienty si již spojuje jen s komplikacemi, které práce s nimi přináší. (Pinesová a kol., 1981 cit. podle Maroon, 2012, str. 22)

Vyhoření je záležitostí ovlivňující zejména psychiku člověka, proto si dovoluujeme doplnit poznatky o definici uváděnou psychologickým slovníkem.

Hartl a Hartlová (2009, str. 586) vymezují syndrom vyhoření takto: „Ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka některé z pomáhajících profesí; nejčastěji je spojen se ztrátou činnosti a poslání; projevuje se pocity zklamání, hořkosti při hodnocení minulosti; postižený ztrácí zájem o svou práci, spokojuje se s každodenním stereotypem, rutinou, nevidí důvod pro další sebevzdělávání a osobní růst; snaží se pouze přežít, nemít problémy; jde o stav konečný, ačkoliv vývoj je plíživý, a tím nebezpečný.“

Následná definice nám přináší navíc obraz toho, kde se s vyhořením nejčastěji setkáváme.

Syndrom vyhoření (vyprahlosti či vypálení) původem pochází z americké psychologie, kde je nazván „burn-out“ a vymezen jako následek určitého profesionálního rizika psychiatrů, kteří stále pozorují, přijímají a pracují s rozmanitými pocity svých klientů. V průběhu času bylo opakovaně dokázáno, že syndrom vyhoření je všeobecným fenoménem, který se může rozvinout u profesionálů, kteří jsou vystaveni velkému emočnímu psychickému břemenu. Nejčastěji se setkáváme se syndromem vyhoření v oblasti zdravotnictví, pedagogiky, ale také ve všech oblastech práce s lidmi. (Haškovcová, 2007, str. 190)

Nemůžeme opomenout pohled Maslachové a Jacksonové, které jsou autorkami velmi rozšířeného MBI dotazníku, sloužícího k rozpoznání vyhoření u pomáhajících pracovníků.

Maslachová a Jacksonová (1981, 1986, cit. podle Maroon, 2012, str. 22) uvedly definici orientovanou na sociální práci v institucích, kde syndrom vyhoření sestává z tří základních složek, a to: **Emocionální vyčerpání**, kdy má postižený dojem, že jeho zdroje síly jsou již prázdné, cítí únavu, fyzické a hlavně psychické vyčerpání, nedostatek citových rezerv, citové oploštění a nemožnost navazovat sociální vazby, klesá jeho motivace, důvěra a elán. Dále hovoří o oblasti **Depersonalizace**, kde se pracovník staví negativně ke klientům, ačkoliv mu k tomu nedali žádný smysluplný podnět, toto emocionální odcizení má za násle-

dek neuspokojivý kontakt mezi klientem a pracovníkem. Třetí částí jsou **Zreduované osobní zdatnosti** – zde se postižený negativně staví vůči své práci, což se promítá ve výkonnosti, vedle negativního ladění můžeme pozorovat i ústup do ústraní, snižující se tvořivou stránku, nemožnost řešení problémů a obviňování se z osobního selhání.

Poslední vymezení, které bychom chtěli uvést, je z oblasti sociální práce, kde Matoušek (2003, str. 55) konkretizuje syndrom vyhoření jako soubor příznaků vznikajících u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku neschopnosti pracovníka zvládnout stres, který jeho práce přináší. Definuje vyhoření jako interakci pracovních podmínek vytvořených zařízením, kde jedinec vykonává svou pracovní náplň a jeho vlastní očekávání. Za obecnou příčinu považuje zvláštní nároky plynoucí z intenzivního kontaktu s klienty. Zatímco při laickém pomáhání mezi lidmi se většinou pomáhající věnuje jen jednomu potřebnému a má možnost si určovat míru poskytované pomoci, profesionální pomoc obnáší nepřetržitý kontakt s více jedinci, vyžadujícími pomoc, jejichž psychický stav není v rovnováze a kteří mají nadměrnou představu o objemu poskytované pomoci.

Jak lze z výše popsaných definic chápat, syndrom vyhoření je specifický právě pro pomáhající profese, mezi něž se hospicová práce řadí. Souhrnně lze tvrdit, že vyhoření vzniká ve vztahu mezi pomáhajícím a klientem, čím je specifický pro sociální oblast, kde se většinou jedná o přímý, emocionálně zakotvený kontakt pracovníka s jeho klientem. Jelikož zmíněný jev lze řadit mezi rizikové faktory sociální práce, má přímou návaznost a důsledek na kvalitu sociálních služeb poskytovaných klientům a je tedy opravdu nezbytné věnovat zvýšenou pozornost prevenci tohoto negativního jevu.

Velmi zajímavé je pak tvrzení: „Někteří odborníci jsou přesvědčeni, že se syndromu vyhoření nelze vyhnout a že si ho každý z reprezentantů pomáhajících profesí jednou prožije.“ (Haškovcová, 2007, str. 190)

Pokud usilujeme o adekvátní prevenci syndromu vyhoření, je nezbytné nejprve dobře porozumět veškerým souvisejícím zákonitostem.

1.1 Okolnosti vzniku vyhoření

Vymezení definice již bylo poměrně obsáhle popsáno, další oblastí, kterou přiblížíme, jsou okolnosti, za kterých vyhoření vzniká.

Syndrom vyhoření nastupuje opakovaně a obvykle vzniká po 2-5 letech od započetí profese. Můžeme sledovat celou škálu faktorů, které se podílí na jeho vzniku. Jedním z nich

je nedostatečný objem pracovníků na určité pracovní povinnosti, kde má pak práce spíše kvantitativní rozměr a u pracovníka díky pocitu neschopnosti adekvátně vykonat práci nastupuje vyhoření o to rychleji. Jako rizikový faktor lze označit kumulované služby bez dostatečného oddychu od práce. (Haškovcová, 2007, str. 192)

Křivohlavý (2012, str. 37) uvádí, že všeobecné okolnosti vedoucí ke ztrátě elánu, síly a nadchnutí se pro práci jsou tyto:

Přílišné zatížení, stresové faktory - úzkost a stres jsou velmi aktuálními problémy, jež zapříčiňují velkou část současně řešených negativních jevů. Může mít následky po stránce zdravotního stavu, psychického rozpoložení, ale také emocionální stránky. Stres je vysvětlován jako dvě subjektivní protichůdně působící tendence. Pokud se na tuto problematiku podíváme z objektivního hlediska, tak to co se zdá být jednomu jedinci příliš velkým břemenem, může jiný člověk vnímat jako běžné, únosné. Jednou ze zmíněných tendencí je soubor tzv. stresorů, čili faktorů, jež vnímáme jako zátěžové a na straně druhé pak působí soubor našich imunitních schopností pro zvládnutí této zátěže, ten souhrnně nazýváme salutory. Pokud je míra stresorů vyšší než míra salutorů, dochází ke vzniku stresu.

Frustrace, tedy neúspěch při dosažení potřeb – vždy se pouštíme do práce s určitou představou výsledku, kterým může být kromě peněžního ohodnocení také uznání ve společnosti, ohodnocení vykonané práce a snahy ostatními jedinci a jejich posudek. V případě pozitivního posudku hovoříme o satiaci, naopak při negativním zhodnocení o frustraci. Za zmínku zde také stojí význam uspokojení potřeby společenského uznání, tedy respektování jedince ze strany druhých.

Negativní postoje mezi lidmi – velmi často v popisech kazuistik končících syndromem vyhoření narážíme na předchozí problémové mezilidské vztahy. Konkrétně můžeme hovořit o sporech, nedorozumění, rozepřích, nadávkách, slovním či fyzickém napadení, agresi a zášti. Je zde tedy nedostatek projevů úcty k druhému jedinci a pozitivnímu ohodnocení jeho osoby. Primárně hovoříme o sféře nejbližších osob, kterými je jedinec obklopen, a které na něj mají nejvýznamnější vliv. Pokud je tato sféra vztahů narušena či poškozena, o to hůř pak jedinec snáší zátěž a toto může být živnou půdou pro vznik syndromu vyhoření.

Nadměrné citové břemeno – působí na jedince pracující v sociálních službách, kteří přichází do přímého styku s lidmi. Tito pracovníci se setkávají s klienty, kteří si neustále stěžují a chovají se k nim hrubě.

Působení okolí, podmínek v zaměstnání a struktury práce – všeobecně za nejdůležitější faktory jsou zde považovány: míra volnosti a dohledu, požadavky, které postrádají smysluplnost, zodpovědnost za práci, dlouhodobě neplněný úkol, neadekvátně stanovená očekávání (například jedinec, který je považován za schopného výkonu práce, avšak kterému chybí nutné příležitosti a prostředky, kterými by mohl zvládnout to, co by chtěl provést), nedostatečná komunikace a v neposlední řadě tedy podmínky uspořádání práce. (Křivohlavý, 2012, str. 37-46)

Okolnosti vzniku jsou zřejmé již z mnoha uvedených definic v první části kapitoly, proto považujeme informace za dostatečné a dále se budeme věnovat příznakům, pod nimiž lze vyhoření rozpoznat.

1.2 Příznaky syndromu vyhoření

Příznaky můžeme chápat jako jisté ukazatele, které nám dávají najevo, že není něco v pořádku a měli bychom začít pátrat po jejich příčině.

Podle Haškovcové (2007, str. 192) zde můžeme řadit minimalizování objemu času, který pracovník věnuje klientovi, dávání přednosti konferencím a poradám a dokonce pracovník s oblibou tráví čas u administrativy.

Souhlasíme, že inklinování k administrativní práci, která je pro „nevyhořeného“ pracovníka spíše zátěží, může být považováno za signál vyčerpání. Konkrétněji se k příznakům vyjadřuje Křivohlavý, který vymezuje příznaky začátku výskytu psychického vyhoření následovně:

- „když se snažíme dělat stále více a více a přitom máme stále méně a méně radosti z práce“,
- „když nám druzí lidé stále více „jdou na nervy“ a nemůžeme to již vydržet“,
- „když bychom nejraději už nechali toho, co děláme (když bychom se z toho, co děláme nejraději „vzuli““,
- „když se cítíme jako řidič, který vozil do školy děti, a prohlásí: „Mám rád svůj autobus, mám rád cestu, kterou denně jezdím, avšak nenávidím každého školáka, kterého musím vozit“
- „když nám už někdy „povolily nervy“, například když jsme se na někoho rozkřičeli nebo když jsme propukli v bezmocný pláč“

- „když jsme již sáhli k alkoholu, k práškům na spaní či k tabletkám na uklidnění, ke kávě, čaji, čokoládě či jiným drogám, jen abychom „přežili“ danou situaci“ (Křivohlavý, 2012, str. 47)

Za příznaky indikující již rozsáhlý stupeň vyhoření považuje Křivohlavý (2012, str. 48) situaci, kdy nám při rozhněvání nastupují zdravotní komplikace či bolest v okolí srdce, pocit úplného emocionálního kolapsu vedoucího až myšlenkám, že by snad bylo lepší neexistovat. Stav neschopnosti ovládat svoji zlobu také zmiňuje zjištění, že jedinci už nezbyl žádný elán do práce a v neposlední řadě dojem vyčerpání veškerých zásob svých sil do pracovních úkonů.

Stock (2010, str. 22) všeobecně shrnul příznaky syndromu vyhoření do tří elementárních kategorií. V oblasti **vysílení** hovoříme o pocitu emocionální a tělesné únavy, kdy do emocionální lze zařadit: skleslost, nemohoucnost, zoufalství, ztráta sebekontroly (neovladatelný pláč, iritace projevy zloby), obavy, apatie, samota a mezi tělesné pak: notorická únava, chybějící energie, svalový tonus, bolení hlavy či zad, nízká rezistence k chorobám, srdeční potíže a také poruchy v koncentraci a paměti. Kategorie **odosobnění** se nevztahuje jen ke svému povolání, nýbrž i k okolnímu světu. Je nesporné, že distancování se pracovníka od klienta vede k závažným potížím. Ovšem odosobnění od kolegů či vedoucím pracovníkům má důsledky i v jiných sférách, což vysvětluje neadekvátní pracovní klima či pasivní přístup pracovníků. Snižuje se míra motivace a snahy ze strany pracovníka, což je vysvětlováno jeho vnitřním dojmem vysílení. Příznaky lze nalézt také v oblasti soukromí, kdy si pracovník nosí pracovní záležitosti, které jej zatěžují domů. Rodina pak pozoruje změny jako podrážděnost, apatii a v okrajových případech i poškození sociálních vazeb. Poslední sférou, kterou autor popisuje, je **snížení výkonu**. Jelikož jedinec přestal důvěřovat ve své profesní dovednosti, nabytí dojmu pracovní nezpůsobilosti. Toto je ovšem jeho individuální hodnocení, faktem ale zůstává, že ke snížení výkonu reálně dochází. Zmíněný pokles produktivity je důsledkem toho, že pracovník musí vydat mnohem více energie ke splnění úkolu, který pro něj byl dříve snazší. To logicky vede i k nutnému zvýšení potřeby odpočinku. Prodloužený víkend či dovolená již není pro postiženého dostačující.

Přínosným shledáváme předněst postřehy Matouška, který tvrdí, že za projevy syndromu vyhoření se rozumí změny chování u pracovníka jako je neangažovaný vztah ke klientům, minimalizace kontaktu s klienty a délky času stráveného s nimi, rozpory s klienty, chápání klienta spíše jako své práce než jako lidské bytosti; neochota odbočit od standardních tradičních postupů, menší citlivost vůči potřebě klientů, ztráta tvořivého přístupu; nejnižší

možná míra energie věnovaná práci, pozornost zaměřena na mimopracovní činnosti; dávání přednosti administrativním činnostem před kontaktem s klienty; orientace na pracovní pozici, formální pravomoci, plat a jiné výhody vyplývající ze zaměstnání; vysoká míra absence v práci, neplaceného volna, pracovní neschopnosti, ale i těhotenství; redukce komunikace s kolegy na minimum, častý konflikt s nimi; pocity odosobnění, únavy; v krajních případech i zneužívání klientů. (Matoušek, 2013, str. 54)

Z výše uvedeného lze vyčíst chování pracovníka ohroženého vyhořením, je ale potřeba si uvědomit, že vyčerpání přichází postupně, proto popisujeme také jeho fáze.

1.3 Fáze syndromu vyhoření

Vývoj zmíněného rizikového jevu lze rozdělit do fáze **předchorobí** charakteristické snahou jedince pracovat co nejusilovněji, kdy je poháněn vidinou úspěchu, která však nepřichází. Začíná se objevovat **první stádium**, v němž pracovník nic nestíhá, tlačí jej čas a postupně ztrácí systematickosti práce. **Druhé stádium** pak reaguje na předešlé události neurotickými příznaky souběžně s pocitem, že musí neustále něco činit, což vede k chaosu. **V posledním stadiu** se pak předešlý pocit, že jedinec musí něco konat, přetváří ve vzdor a protipólní zaujetí stanoviska, že nemusí činit nic. Jeho spolupracovníci jsou mu na obtíž jen svojí přítomností, zcela se vytratil zájem či nadšení a převládají pocity únavy a zklamání. (Hartl, Hartová, 2009, str. 586)

Zmíněné rozdělení pro komplexní pohled doplňujeme o následující členění etap vyhoření.

Haškovcová (2007, str. 191) uvádí, že podle většiny autorů lze souhrnně syndrom vyhoření rozdělit do specifických fází. První fází je **nadšení**, kdy se pracovník zpočátku velmi angažuje a má vysoké ambice. Podle toho se také odráží jeho pracovní výkon, který zprvu bývá velmi vysoký. Po určité době pak nastává **ustrnutí**, zde je nezbytné snížit prvotní nadšení a ideály, vzhledem k tomu, že je není možno splnit. Chápání požadavků ze strany spolupracovníků, nadřízených i klientů je chápáno jako otravující, což vede k **frustraci**. U frustrovaného jedince nastupuje pohled na klienta jako na zatěžující prvek, výsledek je nevraživost ke klientům a rozčarování ze své pracovní náplně. Závěrečná fáze, tedy **samotné vyhasnutí** je charakterizováno nastáním totální únavy postiženého, dojem nesmyslnosti vykonávané práce, cynismus a odosobnění.

Obsáhleji pojednává o etapách vyhoření Poschkamp (2013, str. 38), který rozděluje proces vyhoření do pěti fází:

- a) **Fáze elánu** – zde má význam individuální přístup jedince a jeho osobní angažovanost, kdy má zpočátku přemíru nápadů, je až přemrštěně snaživý, má velké ambice a příliš vysoko stanovené cíle. Toto je považováno za spouštěč procesu vyhasínání.
- b) **Fáze úleku z praxe** – jedinec si v první fázi vytvořil příliš ideální obraz práce, když se tedy reálně zapojí do pracovního procesu, bývá často překvapen obrazem, který se mu naskytne. Zjistí, že určitých prvků stanovených cílů není schopen dosáhnout (z hlediska času či nedostatečných prostředků) a reaguje na tuto situaci zahořknutím k práci a snahou přemístit se do ústraní od práce, pacientů či kolegů. Objevuje se zde i dojem zbytečného studia pro toto povolání, což vede až k depresím a agresivnímu chování.
- c) **Fáze vysílení** – působení přílišného objemu práce, organizačních nedokonalostí v zařízení a deziluze obrazu práce má za následek snížení práce schopnosti jedince. Ten je demotivován a přechází do obranné pozice zvládnání všech těchto působících jevů. Vyhasnutí je tedy neadekvátní reakcí na stres a zátěž.
- d) **Fáze sklíčenosti** – nastává citové oploštění v životě jedince. Toto citové vyčerpání je již hluboko zakořeněno a následkem je citová hluchost a sklíčenost. Tendence izolace se oproti předchozí fázi ještě rozrůstá a ovlivňuje i soukromou sféru, kam spadá schopnost radovat se, soucítit, být sexuálně vzrušivý atd. Negativně je ovlivněna rodinná oblast, vztahy s partnery, může docházet až k rozpadu těchto vazeb.
- e) **Bytostné zoufalství** – nesporné je, že celý proces je doprovázen psychosomatickými obtížemi, které mohou mít za následek nízkou rezistenci vůči nemocem, poruchami spánku, srdeční potíže, bolesti hlavy, zad či břicha. Pokud na jedince zároveň působí komplex zkresleného sebehodnocení a riziko, že jedinec přijde o citovou oporu svých nejbližších, spolupracovníků či přátel, je pravděpodobný nástup existenciální beznaděje.

Je jasné, že právě neadekvátní objem práce, který chce pracovník naplnit na základě vlastní iniciativy a nápadů, vede v časovém presu. Neustálá práce pod tlakem pak přináší stres, pokud je mu jedinec vystaven dlouhodobě, může se dostávat až k poslední fázi vyhoření. Po demonstraci závažnosti fenoménu „burnoutu“ přikládáme poznatky o možnostech jeho předcházení.

1.4 Prevence syndromu vyhoření

Jak lze z předchozího textu vydedukovat, oblast prevence syndromu vyhasnutí je zejména v pomáhajících profesích, v našem případě konkrétně hospicových pracovníků, nezbytně nutná. Existuje mnoho nástrojů, které lze v boji proti fenoménu syndromu vyhoření využít. Je třeba se zaměřovat nejen na primární prevenci, ale rovněž na řešení za přítomnosti tohoto negativního jevu.

Haškovcová (2007, str. 193) tvrdí, že nadřízení pracovníci by měli dbát na přiměřenou zátěž podřízených a také jejich adekvátní počet na pracovišti. Měli by jim poskytnout dostatečnou příležitost k oddychu a příliš je nezaměstnávat administrativními povinnostmi. Také by se měli zaměřit na tzv. „rotaci odpovědnosti“, což je pravidelné střídání se v rámci pracovních činností určitého týmu a v neposlední řadě na supervizi.

Co se opatření ze strany nadřízených pracovníků týká, klíčový je prvotní adekvátní výběr zaměstnanců, u kterých nestačí pouze jejich kvalifikace, ale také určité schopnosti, předpoklady a hodnoty, zejména postoj k vlastní smrtelnosti.

Podle Svatošové (2011, str. 137) můžeme totiž za důslednou prevenci syndromu vyhoření považovat i důsledný výběr personálu. Je zbytečné přijímat jedince, kteří nejsou se svou vlastní smrtelností vyrovnáni, či se nad problematikou konce života odmítají vážně zamyslet. Člověk, který chce pracovat v hospici, musí být schopen si určit za jediný možný a splnitelný cíl důstojný a klidný proces umírání. Také je důležitá rezistence vůči rutině, stále přicházet na nové pracovní postupy, zlepšovat pracovní prostředí a v neposlední řadě umět odpočívat, pobavit se či relaxovat. Autorka dále zmiňuje zajímavou myšlenku, a tou je nezbytnost smyslu pro humor, který může být v mnoha těžkých situacích pomocníkem v boji proti syndromu vyhoření.

Konkrétně se k preventivním nástrojům, které mohou zaměstnavatelé využít, vyjadřuje níže uvedený autor.

Maroon (2012, str. 106) uvádí jako nástroje prevence syndromu vyhoření:

- Orientační programy – kdy se absolvent má připravit na konfrontaci s realitou, je zde nutné stanovení adekvátních cílů a nalezení vhodné strategie pro lepší účinnost práce. Můžeme sem zahrnout rozhovory s vedoucími pracovníky, supervizorem či spolupracovníky.

- Jako prevenci vyhoření autor spatřuje také stálé hodnocení povolání, nastavení supervizních cílů, pravidelné testování, průzkumy výkonnosti (ze strany supervizorů), spokojenosti, tlaku a frustrace.
- Individuální poradenství
- Podpůrné skupiny v rámci kolegů
- Porady zaměstnanců
- Další vzdělávání zaměstnanců

Je zřejmé, že snaha o preventivní opatření musí být vyvíjena ze strany zaměstnavatele, ale i samotných pracovníků. Na předcházení vyčerpání musejí obě strany spolupracovat, taková kooperace se týká například vzdělávacích aktivit. Snaha o profesionální rozvoj by neměla chybět ani u jedné ze stran. O vzdělávání se také zmiňuje Schmidbauer.

Schmidbauer (2008, str. 225) uvádí, že možnost profesionálního rozvoje zabraňuje vyhoření, což odpovídá elementárním poznatkům o charakteru profesionální práce. Přičemž se nejedná jen o uplatnění teoretických poznatků získaných studiem ve škole. Poznání zahrnuje speciální vzdělávání a jeho důležitá část se odehrává ve fázi, kdy jsou pracovníci schopni akceptovat a zpracovávat zpětné vazby získané ve své vlastní práci. Autor dále zmiňuje, že na základě výzkumu Heinricha Jansen-Dittnera a Kerstin Münker (cit. podle Schmidbauer, 2008, str. 226), můžeme hledat ochranu pečovatele či ošetřovatele před vyhasnutím v realistickém sebevědomí, které není spjato s dosáhnutím iluzorních tužeb. Ten, kdo je schopen pozitivně přijímat a klasifikovat realitu své profese, vykazuje radost z povolání a mnohokrát lépe umí měnit ekonomicky své povolání a nalézat uspokojení plynoucí z jeho práce. Takový jedinec je schopen snadněji nalézat uspokojení i v mimopracovní sféře.

Význam vzdělávacích aktivit je opravdu nezanedbatelný stejně tak, jak se z výše uvedeného dovídáme, významnou obrannou strategií je nalezení satisfakce z vlastní pracovní aktivity.

Kebza, Šolcová (2003, str. 20) zdůrazňují nepotlačování svých emocí, je potřeba o nich naopak mluvit. Vytvářet vhodné prostředí pro jejich sdílení (například porada pro rozebrání složitějších situací nebo Balintovské skupiny atd.). Za vhodné používají adekvátní přestávky v rámci pracovního dne, které by měly obsahovat tělesné cvičení, procházky, relaxaci či meditaci. Doporučují řešení obtížných situací s kolegy a využití supervize. V neposlední řadě stojí také oddělování pracovního a osobního života.

„Obranou proti vyhoření je víra ve smysl poslání a vědomí potřebnosti i toho, že je vždy možné nalézt něco, na co se lze těšit, že je vždy možný další rozvoj; pomáhá též duševní hygiena, relaxace; zvláště rychle k němu může dojít u personálu na jednotkách intenzivní péče a v zařízeních typu hospic, kde už neexistuje naděje na vyléčení a je pocíťována jen malá gratifikace z práce.“ (Hartl, Hartlová, 2009, str. 586)

Kromě již zmíněných nástrojů prevence je možno využít i různé sebeposuzující dotazníky, které jsou určeny k odhalení přítomnosti a míry vyčerpání.

Schwartz a Flowers (2012, str. 108) se zmiňují o Maslachové inventáři vyhoření (MBI), který odhaluje tři dimenze vyhoření. Citové vyčerpání popisuje stav, ve kterém již není pracovník schopen něco dávat. Oblast odosobnění zjišťuje rozvoj cynických postojů ke klientům a k práci celkově. A subškála osobního výkonu zkoumá pocity kompetence a kladných výsledků při práci s klientem.

Sebehodnotící dotazník pomáhá odhalit pracovníkovi přítomnost a rozsah vyhoření v jednotlivých oblastech, informuje jej o vlastním stavu, což bývá často pohnutkou pro okamžitě jednání.

Vlastní syndrom vyhoření je zapotřebí adekvátně léčit. Je téměř nemožné, aby si vyhaslý pracovník sám dokázal pomoci, nejčastěji zde působí pomoc ze strany rodinných příslušníků či přátel. Ovšem skutečnou úspěšnou pomocí je intervence, což lze pochopit jako zásah ukončující pozici tzv. „bludného kruhu“, který vede k řádnému znovunastolení mentální pohody. (Haškovcová, 2007, str. 192)

Konkrétněji můžeme nástin preventivních opatření nalézt u Matouška, který vymezuje body prevence syndromu vyhoření jako: **adekvátní přípravu na povolání**, jejíž součástí je trénink nezbytných sociálních dovedností, pak dostatečně dlouhou zkušenost s klienty podobného typu, s kterými se má zaměstnanec setkávat v zařízení, kde bude pracovat; **jednoznačné vymezení cíle organizace** a metod práce, které si musí nastupující pracovník osvojit; jasné vymezení **profesionální role** a s ní související náplň práce; dále fungující **zácvik** příchozích pracovníků; **profesionální poradenství**, které mají pracovníci k dispozici, vedené kompetentním odborníkem ze strany organizaci, kam pracovníci nastoupili; možnost **osobního rozvoje** s podporou doplňování vzdělávání ze strany zařízení, kde jsou zaměstnání; průběžná **supervize**; **případové konference** v rámci jedné instituce či za přítomnosti pracovníků z různých institucí, jež spolupracují; **redukce počtu případů**, které má pracovníka starosti za určité časové období; **omezení administrativy**, jejíž přemíra je pro

pracovníka zátěží či zkrácení úvazku; **zpestření práce** kombinací přímého kontaktu s klienty s jinými činnostmi. (Matoušek, 2013, str. 56)

Pokud hovoříme přímo o **prevenci v rámci práce s umírajícími**, Svatošová (2012, str. 73) uvádí specifikum této oblasti, kdy paradoxně předcházení vzniku syndromu vyhoření může být to, že kromě ošetrovatelství, se jedinci věnují také doprovázení. Tento jev je vysvětlován tak, že přestože pracovníkům v relativně krátké době umírá většina pacientů, může mít jedinec pocit dobrého vědomí. Jde o to, že smrt je nevyhnutelná a pracovník si musí uvědomit, že pacient nastoupil do zařízení v etapě deprese, smlouvání či rezignace a i díky jejímu úsilí, dnes zemřel, dalo by se až říci, s úsměvem na rtech. (Svatošová, 2012, str. 73)

Toto patří do základní myšlenky hospicové práce, pracovník se tedy podílel na procesu doprovázení a splnil tak svůj úkol, dobře vykonal svoji práci.

Svatošová (2012, str. 73) ještě dodává, že toto samozřejmě není zdaleka jediným preventivním nástrojem, je třeba brát ohled na stanovování hranic, a to tělesných, časových, ale i vlastní odpovědnosti. Není možné, abychom byli odpovědní za vše. Také uvádí, že všichni, kterých se hospicová práce týká, potřebují určitý „ventil“. Zde může svou roli sehrát kaplan, psycholog či supervizor. Pokud se jedná o supervizora, musí to být externí pracovník, v žádném případě jedinec, který je součástí týmu. Autorka zmiňuje také možnost vedení si zápisníku, ovšem toto řešení je příliš jednostranné, jelikož se jedná pouze o monolog.

Nutno ještě dodat, že někteří autoři (např. Maroon, Křivohlavý, Schwartz, Flowers) v rámci příznaků, rozpoznání, často i prevence syndromu vyhoření uvádějí nástroje analyzující přítomnost syndromu vyhoření, mezi které můžeme řadit například zmiňovaný inventář vyhoření Maslachové (MBI dotazník), hojně využíván zejména v oblasti zdravotnictví, o kterém bude více pojednáno v empirické části práce. Jak již bylo nastíněno mezi nejúčinnější metody prevence syndromu vyhoření je považována supervize, kterou u nás zajišťuje Český institut pro supervizi, proto se jí budeme v následující kapitole zabývat.

2 SUPERVIZE

Supervize je nejznámějším nástrojem proti vzniku vyhasnutí nejen u pracovníků v pomáhajících profesích, její aplikaci do oblasti hospicové péče považujeme přinejmenším za vhodnou. Proto si zaslouží, aby jí byla věnována pozornost a byla podrobněji popsána. Někteří autoři (např. Matoušek) hovoří o jejím ukotvení ve standardech kvality služeb (zmínku o ní, ač nepřímou, lze nalézt ve standardu číslo 10, Profesionální rozvoj zaměstnanců, v bodě e, vyhlášky č. 505/2006).

Pro Hesse (1980, cit. podle Hawkins, Shohet, 2004, str. 193), je supervize: „Nejčistší mezilidská **interakce**, jejímž obecným cílem je, aby se osoba, supervizor, setkávala s další osobou, supervidovaným, v úsilí o to, aby mohl supervidovaný účinněji pomáhat lidem.“

Zajímavé je pojetí supervize podle Eise (1995, str. 85, cit. podle Pačesová, 2004, str. 112), který vymezuje supervizní proces jako postup sebezdokonalování pracovníka v jeho profesi a proces „údržby“ jedince na adekvátní úrovni.

Uvedené definice bychom rádi doplnili o její praktické pojetí z pohledu Českého institutu pro supervizi.

ČIS (©2006b) tvrdí, že: „Slovo supervize může vyvolávat představu jakési vyšší kontroly, hodnocení. V koncepci integrativní supervize Českého institutu pro supervizi však supervizi rozumíme bezpečnou, laskavou a obohacující zkušenost. Supervizor má být průvodcem, který pomáhá supervidovanému jedinci, týmu, skupině či organizaci vnímat a reflektovat vlastní práci a vztahy, nacházet nová řešení problematických situací. Supervize může být zaměřena na prohloubení prožívání, lepší porozumění dané situaci, uvolnění tvořivého myšlení a rozvoj nových perspektiv profesního chování. Současně může být supervize také modelem učení.“

Supervize může být také vymezována z pohledů cílů, ke kterým směřuje.

Pačesová (2004, str. 114) jako **cíle supervize** uvádí kromě zvládnutí teorie nutnost supervidovaného naučit se naslouchat a vytvářet důležité asociace. Být empatický při zachování patřičného odstupů. Měl by mít na vědomí vlastní význam ve vztahu ke konkrétní situaci, aby byl schopen nadhledu a diskuze o jeho chybách bez nepřiměřené obrany se zachováním kladného vztahu se supervizorem.

ČIS (©2006b) definuje cíl supervize takto: „Cílem supervize může být vyšší uspokojení z práce, zvýšení její kvality a efektivity, prevence profesního vyhoření. Je prokázáno, že

prostřednictvím „dominového efektu“ může být dobrá supervize prospěšná nejen supervi-
dovanému, ale především jeho klientům, žákům, zaměstnancům atd.“

Naším záměrem je vybrat mezi existujícími definicemi supervize základní a přehledné
poznatky, které obsahují nejdůležitější informace. Pro úplnost doplňujeme pohled Kaliny
a Šimka na to, co do supervize patří a co se považuje za neadekvátní.

Čeho by se měla kvalitní supervize vyvarovat, je kritika, ponižování či zahanbování; nevy-
vážená supervize, která jen káže nebo naopak jen chválí; špatná spolupráce mezi oběma
stranami supervize; supervize by neměla sklouzávat k terapii; nedostatečné kompetence
supervizora. (Junková, 2003, cit. podle Kalina, Šimek, 2004, str. 16)

Osobnost supervizora

Poznatky o nárocích na vlastnosti, schopnosti a dovednosti kvalitního supervizora bychom
vymezili takto: nejdůležitější je akcent na lidskou kvalitu, kdy by měl být supervizor dob-
rý, moudrý a vyzrálý člověk, zároveň skromný a pokorný, měl by být souladný nejen
v práci, ale i v životě, být celkově vyrovnaný. Neměla by chybět schopnost vcítit se do
druhého člověka, naslouchat jej, respektovat odlišný styl práce, měl by disponovat otevře-
ností, trpělivostí, flexibilitou a smyslem pro humor. Z oblasti odborných terapeutických
kompetencí, by to měly být především zkušenosti a bohatá praxe spolu se znalostmi a vě-
domostmi a také dovednostmi v pedagogickém působení. (Kalina, Šimek, 2004, str. 16)

Supervizor jistě musí disponovat zmíněnými schopnostmi a vlastnostmi, to ale pro vyko-
návání profesionální supervize nestačí. Proto uvádíme kvalifikační standardy, které musí
supervizor splňovat.

ČIS (©2006c) vymezuje supervizora jako zkušeného odborníka, který dosáhl vysokoškol-
ského vzdělání v oblasti humanitních studií nebo medicíny. Minimální praxe v pomáhají-
cích profesích činí 15 let. Samozřejmostí je dlouhodobá zkušenost s vedením lidí a psycho-
terapeutický výcvik akreditovaný českou psychoterapeutickou společností. Důležitá
je podmínka absolvování výcviku v rozsahu 140 hodin přímé výuky a 400 hodin činností
se supervizí přímo spojených. Výcvik musí být završen závěrečnými zkouškami za účasti
nezávislého dohlížejícího ze zahraniční instituce (ta musí být členem Evropské asociace
pro supervizi a koučink).

Výběr by měl být tedy podložen osobními schopnostmi a dovednostmi supervizora, ale i profesní odborností. Každý supervizor se totiž zaměřuje na určitou oblast, ve které má potřebné zkušenosti.

2.1 Funkce supervize

Po vydefinování samotného pojmu supervize a vyjasnění toho, kdo může být za supervizora považován, si uvedeme, k čemu slouží.

Hawkins a Shohet (2004, str. 60) vymezují tři stěžejní funkce supervize. Nejprve popisují **funkci vzdělávací**, tedy formativní, která je spojena s rozvojem dovedností, pochopení a schopností supervizantů. Děje se to reflexí a analýzou práce supervidovaných s jejich klienty. Role supervizora spočívá v pomoci supervidovanému k lepšímu pochopení klienta; k hlubšímu uvědomění si své reakce na klienta; pochopit dynamiku průběhu vlastní interakce mezi supervidovaným a jeho klientem; poskytování pohledu na to, jak provádějí intervence, včetně důsledků intervencí; hledání dalších způsobů práce s aktuálně projednávanou situací a s obdobnými situacemi klientů. **Podpůrná funkce** (restorativní) je charakterizována jako způsob reakce na fakt, že všichni pomáhající pracovníci jsou vystaveni zoufalství, bolesti a jisté rozpolcenosti klienta. To vyžaduje čas na uvědomění, jak je to může ovlivňovat a jak budou schopni zvládat své reakce, což je nezbytné k předcházení zahlcení emocemi. Pokud by se pomáhající nevěnovali svým emocím, mohla by být důsledkem nižší výkonnost pracovníků, kteří se příliš identifikují se svými klienty, nebo naopak u nich může nastoupit obrana proti působení emocí ze strany klientů. Tyto reakce později vedou ke stresu a vyústí ve vyhoření, které bylo popsáno v předchozí kapitole. **Řídící oblast** supervize, často označována jako „normativní“ má funkci kontroly kvality poskytovaných služeb. Potřeba mít se obrátit na někoho, kdo se s pomáhajícím pracovníkem podívá na jeho práci, si vynucuje zčásti nepostačující výcvik, chybějící zkušenost, ale také nevyhnutelné lidské chyby, tzv. „hluchá místa“ či oblasti, které jsou pro jedince citlivé z důvodu vlastních předsudků nebo zranění. V častých případech má supervizor do jisté míry odpovědnost za prospěch klientů, za to, jak s nimi supervidovaný pracovník jedná. Supervizoři se mohou podílet i na odpovědnosti za uplatňování standardů organizace, kam dochází poskytovat své služby. K odpovědnosti supervizorů zcela neodmyslitelně patří garance správného vykonávání jejich práce a dodržování etických standardů supervize.

Supervizoři tedy plní funkci podpory pracovníkům, kteří si sami nedokáží v některých případech poradit se situacemi vzniklými v interakci s klienty, dále se snaží obohatit supervi-

dované o nadhled nad vlastní prací a jednání s klienty a v neposlední řadě řídit jeho kroky v případě nedostačujících zkušeností či připraveností na práci, to vše se ale musí odehrávat v souladu s etickými principy supervize. Dodržování etických zásad je naprosto nezbytné, proto jsme jí věnovali celou podkapitolu 2.3.

2.2 Druhy supervize

Než se dostaneme k vymezení etických pravidel supervize, o kterých se okrajově zmiňuje předchozí podkapitola, předkládáme nejdříve rozdělení druhů supervize, které z funkcí supervize často vycházejí a navazují na ně.

Hawkins a Shohet (2004, str. 62) tvrdí, že je pro každou supervizi nezbytné uzavřít supervizní dohodu, ve které bude stanoveno, jakou bude mít supervizor odpovědnost z oblastí vzdělávací, podpůrné a řídicí funkce. Na základě dohody o požadavcích pracovníků, nabízených možnostech supervizorů a míře odpovědnosti supervizorů v uvedených oblastech se kategorizují druhy supervize, které autoři dělí do čtyř základních skupin. **Výuková supervize** je oblastí, kde má supervizor roli učitele. Důraz je kladen na vzdělávací funkci, kdy pomáhá účastníkům analyzovat jejich práci s klienty, zatímco funkce podpůrná a řídicí je poskytována někým na pracovišti. **Výcviková supervize** se orientuje také převážně na vzdělávání, kdy jsou supervidovaní v roli žáků výcviku. Jedná se zejména o jedince studující sociální práci na stáži nebo psychoterapeuty, kteří během výcviku pracují s klienty vyčleněnými pro jejich trénink. Oproti výukové supervizi mají supervizoři do určité míry odpovědnost za práci s klienty. **Řídicí supervize** (manažerská) se užívá v případech, kde je supervizorem přímý nadřízený pracovníka. Stejně jako ve výcvikové supervizi má i zde supervizor odpovědnost za práci s klienty s tím rozdílem, že supervizor a supervizant již nejsou ve vztahu učitel – frekventant, ale zaujímají stanovisko nařízený - podřízený. V oblasti **poradenské supervize** odpovědnost za práci s klienty náleží supervidovaným pracovníkům. Se supervizory, kteří neplní roli instruktora a ani nejsou v nadřízené pozici, se radí v otázkách, které potřebují prokonzultovat. Nejčastěji je poradenský typ supervize využíván zkušenými, kvalifikovanými pracovníky.

Výše uvedení autoři popisují rozdělení druhů supervize s akcentem na vzdělávací funkci, kdy ve většině případů převažuje role supervizorů jakožto instruktorů. Poněkud jiný pohled na dělení forem supervizi přináší v roce 2013 Matoušek.

Matoušek (2013, str. 363) rozděluje supervizi do tří stěžejních kategorií:

Vzdělávací – týká se studentů sociální práce, kdy se výuka neobešla bez pozorování a nápodoby odborných pracovníků, jejich instrukcí a sledování studentů při učení se praktickým zkušenostem. Koncem osmdesátých let se nazývala „klinickou supervizí“, vycházela ze zdravotnictví a začala být používána v oblasti školství. Nejčastěji se uskutečňuje interakcí supervizora a supervidovaného, který popisuje své zážitky z praxe verbálně či za pomoci audio a videozáznamů. Supervizant popisuje událost včetně jeho pocitů z ní, což je pro něj aktivizujícím prvkem a zároveň pomocníkem při zpracování zkušeností. Existuje také druh vzdělávací supervize, který vychází z psychoterapeutických a poradenských přístupů. Cílem je uvést supervidovaného prostřednictvím speciálního tréninku do praxe některé z terapeutických směrů. Většinou probíhá individuálně mimo organizaci. Supervizor by měl být nejen zárukou vzdělávání supervizanta, ale také užítku klienta. Ve srovnání s profesionální supervizí (které se dělí na interní a externí a bude dále blíže vymezena) je ve vzdělávací supervizi nutná vysoká míra aktivity supervizora při stanovení témat. Supervizor průběžně hodnotí proces učení supervidovaného, poskytuje mu zpětnou vazbu a plánuje další vývoj pro rozvinutí jeho kompetencí nezbytných k dosažení cíle supervize.

Interní supervize – spočívá v tom, že supervizor pracuje v organizaci jako vedoucí, přínos je spatřován v přímé praxi supervizora, který tak může učit, podporovat a kontrolovat podřízené. Tento model je rozšířen především v anglicky mluvících zemích a v Česku je znám jako manažerská supervize. Obdobou je model, kdy supervizor není přímým nadřízeným, ale stále je zaměstnancem organizace, kde supervize probíhá. Výhodou je znalost organizační kultury a vzájemné porozumění, které paradoxně může být také nevýhodou, jelikož může nastat takzvaná slepota obou účastníků supervize v rámci podnikové kultury.

Beddoeová (2010, cit. podle Matouška, 2013, str. 365) vidí jako výhody interní formy odpovědnost supervizora za kvalitní praxi v organizaci, jelikož ji vidí zblízka a může ji pozorovat, usměrňovat a také je supervidovaným stále k dispozici. Nevýhody pak spatřuje v přílišné moci z postavení supervizora, která pro může být pro supervidovaného až ohrožující, zejména kvůli nemožnosti vybrat si, kým bude supervidován.

Externí supervize – je často nazývána nemanadžerskou či konzultační a i tato forma se uskutečňuje v organizaci, ovšem supervizorem je člověk, který není zaměstnancem daného zařízení. Jako výhodu můžeme považovat vyšší míru bezpečí pro supervidovaného v oblasti popisování problémů, postojů různých negativních emocí či selhání. Za nevýhodu se pak pokládá supervizorova neznalost podmínek a prostředí práce, kvůli čemuž není

schopen zajistit kvalitu praxe, pracuje se pouze s informacemi uvedenými supervidovaným. (Matoušek, 2013, str. 365)

Mezi různým pojetím druhů supervize od jednotlivých autorů jsme ještě vybrali rozdělení od Michkové, která velmi přehledně a srozumitelně popisuje jednotlivé kategorie.

Michková (2008, str. 21) vyděluje formy supervize na **přímou a nepřímou**, kde je rozdíl spatřován v míře zprostředkování informací, které supervizor v procesu supervize nabývá. V **přímé** supervizi jsou data získávána osobní přítomností supervizora při činnostech pracovníka s klientem (klienty), například při rozhovoru, provádění skupinové rehabilitace, vedení porady atd. Je předem dojednáno, čeho si má supervizor všimnout, což je později předmětem rozhovoru mezi supervizorem a pracovníkem. **Nepřímá** supervize pracuje se zprostředkovanými informacemi, které pracovník předává a rozebírá se supervizorem v rozhovoru, je možné využít i audio či video nahrávky. Je u nás běžněji využívána než přímá. Dále se dělí supervize na **individuální, skupinovou a týmovou**, a to podle počtu, vzájemné interakce a rolí účastníků. **Individuální** spočívá v přítomnosti pouze jednoho pracovníka, jehož fungování a rozvoj je úkolem supervizora. U **Skupinové** supervize je charakteristická přítomnost obvykle 3 – 7 pracovníků, kteří mohou ve skupině diskutovat o své práci. Výhody skupiny jsou v ekonomickém využití času, podpurné atmosféře skupiny a také využití reflexí a zpětné vazby kolegů, stejně jako poznámek supervizora. **Týmová** supervize se zaměřuje na pracovní tým jedné organizace a činnosti a efektivitě tohoto týmu jako celku.

Dělení supervize na **interní a externí** není potřeba nijak široce popisovat, jelikož je dostatečně vysvětlena ve výše uvedeném rozdělení od Matouška. Za vhodné ale považujeme uvést, že Michková navíc do interní supervize zařazuje také **Peer supervizi**.

„Je to vzájemné poskytování supervize mezi dvěma či více kolegy na pracovišti, případně mezi pracovníky téže profese. Jde o užitečnou doplňkovou formu supervize, může zajišťovat podpurnou a částečně vzdělávací funkci, nikoliv však řídicí.“ (Michková, 2008, str. 27)

Autorka ještě rozlišuje supervizi **případovou** (zaměřenou na konkrétní práci a vztah pracovníka s jeho klientem) a **rozvojovou** (zamýšlenou jako podporu profesionálního růstu pracovníka); **Plánovanou a krizovou**, které se rozlišují podle naléhavosti případu; supervizi **organizace** (zaměřená na organizaci jako celek či její vztah k jiným organizacím) a **řízení** (předmětem zájmu je řízení a vedení lidí) a v posledním bodě se zmiňuje o **au-**

tosupervizi, označované jako uvažování nad vlastní profesní prací bez přítomnosti supervizora. (Michková, 2008, str. 30)

Za přínosné považujeme zmínit také rozdělení supervizních druhů podle Hajného, který sám působí jako člen Českého Institutu pro Supervizi, jeho rozdělení je orientováno praktickým směrem v souladu s poskytováním druhů supervize v českém prostředí.

Hajný (2013) hovoří o **individuální supervizi**, což je jasně koncipované setkání psychoterapeuta a supervizora nad konkrétním případem. Dále zmiňuje **skupinovou supervizi**, kdy skupina pracovníků spolu se supervizorem projednává případ jednoho z nich. Ostatní členové supervizní skupiny kooperují, využívá se prvků skupinové dynamiky. **Supervize týmu** je charakteristická prací supervizora týmem v oblasti komunikace, organizace práce či rozvojových témat.

Podkapitole o rozdělení druhů supervize je věnována poměrně velká pozornost z toho důvodu, že pokud se organizace rozhodne využít supervizních služeb, je potřeba se zorientovat v existujících pojetích. Z těchto teoretických poznatků o formách supervize je možno posoudit, která je vhodná pro potřeby organizace.

2.3 Supervizní kontrakt

V návaznosti na předchozí kapitolu považujeme za adekvátní uvést supervizní kontrakt, který slouží zejména k vymezení konkrétních požadavků organizace a nabízených služeb ze strany supervizora. Díky tomuto dokumentu je jasně definováno, co bude obsahem supervize.

Havrdová a Hajný (2008, str. 65) popisují smysl kontraktu jako redukci všech procesů, vztahů, metod, rovin a záměrů do takové míry, ve které bude možno zúžit pole práce. Zaměřuje se sféra práce, která je v aktuálním čase pro účastníky supervize významná, a ve které se prostřednictvím sebereflexe posunují dále. Vyjednává se i podíl odpovědnosti za supervizní proces.

Postup přípravy kontraktu

Kontrakt lze definovat jako výsledek kooperativního hledání a vyjednávání supervizora, pracovníků a vedoucího organizace. Než je uzavřen, je potřeba jej podrobně připravit. Bere se ohled na **kulturu organizace**, tedy její soubor hodnot a ceněného či sankciovaného chování, které se odráží v procesu supervize. Řešena je otázka **dosavadních zkušeností** se supervizí, ať už dobrých či špatných; **motivace účastníků** supervize, zda supervizanti

vědí, co je očekává a jaký zaujmají postoj. Jestli musejí za supervizi dojíždět, probíhá-li v pracovní době či mimo ni, zda ji hraří zaměstnavatel či sám pracovník, je-li povinná nebo si ji sami zvolili, to vše má vliv na motivaci pracovníků, která se odráží v průběhu samotné supervize. Projednávají se **témata pro supervizi**, jelikož se často jedná o komplexní témata, ať už aktuální či chronická, rezistentní vůči běžným způsobům řešení. Nejčastěji je předmětem supervize případová studie, vztahy mezi pracovníky, jejich sebepojetí či zlepšení práce a rozvoj pracovníků. V neposlední řadě je pozornost věnována tomu, **kdo** bude **účastníkem supervize**. Optimální je přítomnost těch, kdo se na situaci určitým způsobem podílejí, koho se situace týká a kdo může ovlivňovat žádoucí změnu situace. (Havrdová, Hajný, 2008, str. 69)

Vyjednávání a obsah dohody

Je potřeba vyjednat, **kdo dojednává kontrakt**, což zpravidla bývá supervizní expert s iniciátorem supervize, zadavatelem a případně zástupcem týmu či skupiny účastníků. Jak již bylo předestřeno, samozřejmostí je vyjasnění **odpovědnosti**. Zadavatel má odpovědnost za relevantnost informací poskytovaných supervizorovi v přípravné fázi, za smysluplnost supervize pro organizaci, také zajištění přítomnosti pracovníků na supervizi (že nebudou v tu dobu odvoláni k pracovním povinnostem) a za zajištění potřebných podmínek jako je nerušené prostředí, určitý komfort a minimální míra hlučnosti místnosti. Pracovníci musejí přijímat supervizi za vlastní, budou se na ní participovat a učit se využívat ji k naplnění dohodnutého cíle, čímž bude naplněna smysluplnost supervize. Supervizorovi plyne profesionální zodpovědnost za dojednaný účel a formu supervize a způsob organizování. Stanovené podmínky musí být v souladu s jeho schopnostmi a zkušenostmi, aby bylo dosažení stanoveného cíle co nejrealističtější. **Výběr supervizora** je odvislý od požadavků organizace. Každý supervizor má omezené možnosti na základě svého zaměření (praxe) a schopností, proto je důležité projednat cíl supervize z obou stran. (Havrdová, Hajný, 2008, str. 70)

Zadavatelé mají možnost hledat vhodného supervizora například na stránkách České instituce pro supervizi, který vede seznam všech absolventů, včetně bližších informací o nich. Proto doplňujeme informace o kontraktu i z webových stránek ČIS.

ČIS (©2006a) uvádí, že supervizní dohoda má obvykle dvě části: technickou a obsahovou. **Technický kontrakt** se sjednává před začátkem supervize. Má písemnou podobu, součástí by měl být typ sjednané supervize (individuální, případová, výcviková, týmová), frekvence

setkávání, místo výkonu a ujednání o ceně. Před zahájením se strany domlouvají o důsledcích případné nutnosti odvolání supervize, či za jakých podmínek od ní lze odstoupit. Dohoda ještě zahrnuje dobu, na kterou je supervize dojednána (určitá či neurčitá), problematiku mlčenlivosti a případné písemné výstupy.

Obsahový kontrakt (zakázka) by měl být definován ze strany supervidovaného. Měla by být uvedena specifika, která jsou od supervize očekávána, tedy v čem potřebuje pracovník pomoci, jaké téma si přeje rozebrat. Vyjasnění zakázky může být v některých případech součástí průběhu supervize. Úlohou supervizora je dodržovat smlouvenou zakázku, případně může nabídnout tzv. „rekontraktování“, a to například v případě, kdy vyjde najevo, že stanovená zakázka je pojata příliš úzce nebo se za ní ukrývá jiná potřeba. Každopádně by měl supervizní proces korespondovat se vzájemnou dohodou.

ČIS (©2006a) ještě dodává, že: „Dodržování kontraktů přispívá k oboustranné důvěře a k bezpečí supervizního prostoru. Obvykle se na konci supervizního setkání nechává čas na REFLEXI. Supervidovaní sdělují své dojmy a postřehy ze supervize, referují o tom, co jim supervize přinesla (nebo nepřinesla), vyjadřují se k tomu, jak jim vyhovoval styl vedení supervize apod. Při závěrečné reflexi mohou být také pojmenována témata, kterým by bylo užitečné se věnovat v některé z příštích supervizí.“

Z informací o supervizním kontraktu byly selektovány jen nezákladnější poznatky. O procesu supervize, včetně vzorů supervizních smluv, se lze dozvědět více přímo na webových stránkách ČIS¹. Ve výše uvedeném textu lze nalézt nejednu zmínku o odpovědnosti stran či mlčenlivosti, proto jsme považovali za přínosné vymežit základní poznatky o etice v supervizi.

2.4 Etické principy supervize

Supervizor se při své práci setkává s rozmanitými situacemi, z nichž mnohé mohou přinášet etická dilemata. Ačkoliv procházejí supervizoři odborným výcvikem, který je vybaví potřebnými kompetencemi, není možné je připravit na veškeré situace, které mohou nastat, proto je potřeba, aby měli možnost se opřít o dokument, v našem případě soubor norem, který vymezuje základní etické pravidla supervizního procesu.

¹ <http://www.supervize.eu/>

Jak uvádí Kalina, Šimek (2004, str. 15): „Důležitým předpokladem kvalitní supervizní práce je pozornost věnovaná etice. Jak etice samotného supervizního modelu, tak etice důsledků práce s klienty. Etická pravidla formulovaná do etického kodexu supervize jsou jen tím nejhrubším vodítkem, závazným předpokladem. Jejich dodržování patří ke kvalifikaci supervizora. V průběhu celého procesu supervize je však nutné mít na paměti především prospěch klienta, případně pacienta, lidí svěřených pomáhajícímu pracovníkovi do péče. Závazné dodržování etických pravidel je součástí nezbytné důvěry v kvalitní supervizní práci. Vždyť právě zacházení s vlastní mocí vyplývající z role supervizora patří k citlivým aspektům supervize.“

Ačkoliv z výše uvedeného textu vyplývá, že pouhý etický kodex supervize pro práci supervizora nestačí, my se problematiky dotýkáme pouze okrajově a pro nás bude tento dokument elementární.

Etické zásady evropské asociace pro supervizi

Jak uvádí Kalina, Šimek (2004, str. 159), zásady se skládají z pěti částí. **První pasáž** seznamuje s účelem etických norem, které mají supervizorům pomoci zaručit klientům, supervidovaným a adeptům ochranu před etickými či právními požadavky; plnit požadavky supervizantů a jejich profesionálního rozvoje tak, aby to přinášelo prospěch klientům; plnit požadavky adeptů ohledně jejich výcviku a profesionálního růstu tak, aby to přinášelo prospěch klientům a odpovídalo požadavkům výcviku; koncipovat postupy, styly a požadavky uskutečňování výcviků. Dále můžeme v úvodní části nalézt **základní předpoklady**, což je respektování důstojnosti každého jedince, nepřipustnost diskriminace z důvodu kulturní či etnické příslušnosti, tělesného, mentálního, sociologického či ekonomického statusu anebo sexuální orientace. Nejdůležitější povinností členů je ochrana supervidovaného a jeho klientů. V neposlední řadě se dozvíme, že za nedodržení etických zásad může komise pro etiku a otázky povolání pozastavit členství. **Druhá část** se týká užitku a práv supervidovaného a klienta. Sem patří například fakt, že členové mají podat klientovi informace o jejich právech, včetně práva na ochranu osobnosti a práva klienta na důvěrnost informací poskytnutých supervizorovi, nebo že člen nemá supervidovaného jakkoliv zneužívat ve svůj prospěch, vyloučen je sexuální poměr mezi členem a jeho supervidovaným. **Třetí úsek** je věnován profesionální činnosti supervizora, tedy povinností, jež jeho role obsahuje. Uvedeme si například monitoring dosažených konzultantských výsledků a odborný rozvoj supervidovaného; garance, že frekvence a délka trvání supervize odpovídají zakázce; ne-

možnost členů přijmout zakázky, na které nemají kvalifikaci nebo zajištění dodržování daných právních, etických a odborných zásad a nařízení klinické a konzultantské praxe. Ve **čtvrtém sektoru** se pojednává o výcviku supervizorů, je směřován k zásadám, kterými by se měli řídit lektoři při tréninku adeptů. **Poslední oddíl** je věnován profesionální praxi, kde se lze dočíst například, že i sami členové se mají podrobovat supervizi, bez výjimky. Mají se zúčastňovat konferencí a informovat se tak o aktuálních tématech a změnách.

V České republice existuje Český institut pro supervizi, který zabezpečuje výcvik supervizorů, ten se řídí výše uvedenými „Etickými zásadami evropské asociace pro supervizi“. Tyto principy jsou platné nadnárodně, a proto bylo nezbytné je modifikovat do českého prostředí. V etických principech ČIS lze nalézt, že aplikace evropských etických principů vyžaduje zejména objasnění, jaké konkrétní závazky z nich pro české prostředí vyplývají.

Jak uvádí ČIS (©2010), pro české podmínky je stěžejní, že o etických pravidlech se mluví jako o důležité informaci, která má značný vliv na důvěryhodnost organizace.

Z uvedené interpretace etických pravidel EAS pro české prostředí vybíráme pro doplnění některé z nich:

„Supervizor nepřijímá žádné zakázky, pro které nemá výcvik a lektoři nabízejí vzdělání v oblastech, ve kterých mají požadovanou kvalifikaci a zkušenosti (4.02); stejně tak před zahájením supervize je nutné klienta informovat o jeho právech na ochranu osobnosti, o jeho právu na zachování důvěrnosti informací (2.03); podobně lektoři mají kandidátům poskytnout před zahájením podrobné informace o programu, požadavcích, očekáváních, rolích a pravidlech (4.04); je důrazně zakázáno jakkoli zneužívat supervidovaného, sexuální kontakt je přirozeně zakázán (2.04); Na tento požadavek navazuje poznámka k závazkům k supervidovaným, který nekončí kontraktem. I po ukončení kontraktu zůstává povinnost důvěrných informací, poskytnutí péče v případě nutnosti a nezneužívání vztahu (2.08); kontrakt je povinností na začátku supervize a jeho ukončení nesmí být v neprospěch supervidovaného (2.05); Na to navazuje povinnost supervizora vést supervidovaného tak, aby si uvědomoval etická a odborná témata, stejně jako právní odpovědnost své práce (3.03 a 3.04); je celoživotní povinností supervizora další vzdělávání a supervize své práce. Institut by proto měl k tomu logicky přispět (3.02 a 5.01).“ (ČIS, ©2010)

Etické principy EAS jsou pro komplexnost doplněny k práci jako příloha č. II., stejně jako etické zásady ČIS (příloha č. III.).

3 HOSPIC

Pokud se bavíme o syndromu vyhoření a jeho tolik důležité prevenci u hospicových pracovníků, bylo by na místě uvést, co to je vlastně hospic a jaké jsou specifika práce v něm. Věnovat se budeme jeho obsahové stránce, která je společná všem hospicům, ale neopomeneme nastínit také jeho základní formy. Co se týče specifčnosti práce v hospici, přiblížíme si zejména objekty hospicové práce, tedy fakt, že originalita hospicové péče tkví v péči o umírajícího jedince i s jeho nejbližšími. Nejprve si vymežíme pojem hospic, tedy jeho elementární myšlenku.

Podle Studenta, Mühluma a Studenta (2006, str. 38), myšlenka hospice zdaleka není jen představa o nalezení ideálního prostoru pro důstojné umírání. Stacionární hospic je proto jen jedním, ne nejdůležitějším projevem práce na hospici.

Za podstatné považují uvést, jak myšlenku hospice vymezuje zakladatelka hospicového hnutí v České republice, MUDr. Marie Svatošová.

Svatošová (2011, str. 115) tvrdí, že myšlenka hospice je utvářena z úcty k životu a také k člověku jako individuální, nenahraditelné osobnosti, kdy hospic garantuje, že: Nemocný nebude trpět nesnesitelnou bolestí; za všech okolností mu bude zachován respekt a jeho důstojnost; a v posledních minutách svého života nezůstane sám. Dále autorka uvádí, že v hospicové péči jde o naplnění dnů životem oproti naplňování života dny. Podstatné je soustředit se především na kvalitu života klienta, a to až do samého konce, dalo by se říct, až do posledního výdechu. Nejedná se jen o doprovázení umírajícího, nýbrž i o práci s jeho rodinou a blízkými, kteří přes svůj zármutek a utrpení mají v procesu doprovázení nenahraditelné místo. Hospice s pozůstalými pracují i po úmrtí klienta, snaží se je podpořit, a to v případě potřeby i dlouhodobě. Právě fakt, že o jeho nejbližší bude postaráno, vytváří u umírajícího pocit klidu.

K obsahové stránce myšlenky hospice se vyjadřuje například Sabatowski (2003 cit. podle Student, Mühlum, Student, 2006, str. 38), který zdůrazňuje čtyři pilíře hospicové práce: „psychosociální doprovázení, spirituální doprovázení, doprovázení při truchlení a paliativní medicína a péče.“ Pokud jde o termín „paliativní“, autoři zde vybrali definici podle světové zdravotnické organizace (WHO): „Paliativní medicína je aktivní, celostní péče o pacienty s progresivním, pokročilým onemocněním, s malou nadějí na uzdravení, kdy onemocnění nereaguje na kurativní léčbu a nejvyšší prioritou je utlumení bolesti a dalších obtíží,

psychologických, sociálních a spirituálních problémů.“ (Sabatowski a kol., 2003, cit. podle Student, Mühlum, Student, 2006, str. 38)

Pro lepší pochopení poskytovaných hospicových služeb by bylo dobré rozvést z výše uvedené definice zmíněné psychologické, sociální a spirituální potřeby. Bylo vybráno velmi srozumitelné a jasné vymezení potřeb od doktorky Svatošové.

Potřeby psychologické: zejména je to potřeba respektu k lidské důstojnosti, která by nijak neměla souviset s aktuálním zdravotním stavem a vzhledem pacienta. Zdůrazňuje se zde individualita osobnosti a nenahraditelné poslání pacienta před jeho biologickými dispozicemi, a to hlavně v době, kdy se jeho jedinečný úkol chýlí ke konci. Nemocný má potřebu komunikace se svým okolím, přičemž nejdůležitější nejsou slova, ale mimika, pohyby, gestikulace, postoj, také oči či naše oblečení poskytují určité sdělení. Velmi důležitý je pro klienta pocit bezpečí, pokud mu lžeme o jeho zdravotním stavu či jiných okolnostech, ztratíme tak jeho důvěru nejčastěji ve chvílích, kdy ji nejvíce potřebuje. Základem je tedy nemocnému nelhat, ale sdělovat informace v množství, které je aktuálně schopen vstřebat a ve chvílích, kdy je na to připraven. (Svatošová, 2011, str. 20)

Potřeby sociální: Jelikož člověk celý život tráví ve společnosti, je nezbytné, aby také v posledních chvílích nebyl izolován. Ačkoli umírající jedinec potřebuje přítomnost lidí, ne vždy a ne všichni jsou vítanou návštěvou, jeho právem tedy je sám si organizovat své návštěvy a úkolem hospicových pracovníků pak je respektovat a podporovat jeho rozhodnutí. Jedinec také může mít spoustu starostí týkajících se například nedobudovaného domu, nedokončené práce či finanční potíže a na ty nestačí pouze péče lékaře a zdravotnictví. (Svatošová, 2011, str. 20)

Potřeby spirituální: Ačkoliv se mnozí domnívají, že spirituální potřeby jsou spjaté výhradně s vírou, není tomu tak. Dalo by se říct, že je to skoro naopak. Ne, že by věřící jedinec neměl duchovní potřeby, jen se řídí určitými pravidly, která mu ukládá jeho víra a podle toho jedná, zatímco ti, kteří nevyznávají žádnou víru, se s příchodem vážného onemocnění začínají ptát po základním smyslu vlastního života. V dané situaci začnou toužit po odpuštění, ať už od okolí ke své osobě či naopak. Prahnují po pocitu smysluplnosti svého života, a pokud jej nedosáhnou, mohou tím opravdu trpět. Je tedy důležité těmto lidem ukázat smysluplnost života v každé situaci. (Svatošová, 2011, str. 21)

3.1 Znaky hospice

Při snaze pochopit význam pojmu hospic se nezaměřujeme na to, jakou formou jsou služby hospicové péče poskytovány, nýbrž na jejich obsah.

Autoři Student, Mühlum, Student (2006, str. 39) tvrdí, že obsahové znaky jsou společné všem nabídkám hospicových služeb. Lze je nazvat „Kritérii kvality“. Zmíněná kritéria rozdělují do pěti následujících znaků:

Znak první: v centru služeb hospicové péče stojí nejenom umírající, ale také jeho blízcí, což je podstata rozdílu hospicové péče od zdravotnické péče, která se zaměřuje pouze na pacienta. Důvod, proč se hospicové služby zaměřují také na blízké umírajícího, je ten, že tito často trpí daleko více než sám umírající.

Druhý znak: pro hospic je typická přístupnost mezioborového týmu pro klienta. Tým je složen oblastí zdravotnické, tedy z lékařů, ošetřovatelů, následně z dalších oborů, převážně sociálních – sociální pracovních, duchovní, ale i právníky či odborníky na muzikoterapii, arteterapii aj. Hlavní myšlenkou zde je, že umírání není považováno za nemoc, ale za krizovou fázi života, která je často s nemocí propojená. Za důležité zde považují myšlenku autorů, že služby mezioborového týmu nesměřují pouze k pacientovi, nýbrž i sobě samým mezi sebou, kdy se mají vzájemně podporovat tak, aby mohli všichni členové vnitřně růst a zamezili **syndromu vyhoření**.

Třetí znak: Zapojování dobrovolníků, kdy se jedná o asistenty bez nároku na odměnu, jejichž obsahem práce je například být u lůžka nemocného, naslouchat mu, podporovat jej v komunikaci, obstarávat potřeby jako nákup, hlídání dětí, být nemocnému k dispozici.

Čtvrtý znak: Dobré znalosti a také schopnost diagnostiky příznaků, kdy jde především o léčbu bolesti. V neposlední řadě stojí také péče o další nesnáze, které umírání přináší. Sem patří potíže v dýchání, trávení, nevolnost, zvracení či další jiné příznaky, které neodmyslitelně k paliativní medicíně patří.

Pátý znak: Návaznost péče o určitou skupinu. Hospicová péče musí být zajištěna v krátkém časovém období. Velmi často jsou lidé krátce před smrtí, bohužel, posíláni do nemocnic, jelikož chybí tento způsob pomoci. Ovšem je nutné si uvědomit, že fyzické a psychické krize nečekají na pracovní dobu. Často se stává, že jsou rodiny uprostřed noci ochotni uložit pacienta v nemocnici, jelikož se v dané situaci cítí v řešení problému opuštěni. Popsanému problému může lehce zabránit hospic, který je dostupný a lze jej kontak-

tovat nejnázne telefonicky. Návaznost hospicové péče také tkví v tom, že tyto služby nekončí úmrtím klienta, jelikož se dále pracuje s jeho truchlícími příbuznými. Díky této péči se následně předchází tělesným či citovým újmám a zmírňují se možné zdravotní rizika.

Všechny výše popsané znaky dohromady tvoří komplex hospicové péče a vystihují tak myšlenku hospice, která se, jak již bylo vysvětleno, soustředí nejen na jedince, ale i na jeho nejbližší. Nyní, po pochopení esenciálního významu pojmu hospic, si přiblížíme jeho základní úkoly tak, jak se v praxi skutečně provádějí.

Veškeré myšlenky týkající se hospicové práce vycházejí z **paliativní péče** (jejíž definici podle WHO jsme uvedli výše), často se lze v literatuře setkat s uváděním těchto pojmů jako synonym. Například Clark a Seymourová (1999, cit. podle Payneová, Seymourová, Ingletonová, 2007, str. 202) uvádí: „Dalo by se říct, že hospicová a paliativní péče se stala synonymem pro tzv. dobrou smrt.“ Proto doplňujeme informace o paliativní péči.

Autoři Payneová, Seymourová a Ingletonová (2007, str. 8) o paliativní péči tvrdí, že: je to poskytování úlevy od bolesti a dalších symptomů; přístup k umírání jako běžné součásti života; neklade si za cíl urychlování či naopak odsouvání smrti; integruje poznatky z oblasti psychologie a duchovních aspektů péče o umírajícího; poskytuje podporu rodině při vyrovnávání se se ztrátou; poskytuje poradenství jak pacientům, tak jejich blízkým; zahrnuje výzkumy pro lepší pochopení a zvládnutí léčebných procesů.

Užitečné informace o paliativní medicíně lze také nalézt na stránkách HOSPICE (©2011), pro naši práci odtud vybíráme vymezení vztahu hospiců a paliativní péče.

HOSPICE (©2010) uvádí, že: „Paliativní starostlivost je možno poskytovat v hospicích, v domácnostech anebo nemocnicích. V systému paliativní péče je důležitá i úloha rodiny nemocného. Hospice jsou tedy jen jednou z několika možných forem, kde se poskytuje paliativní péče a léčba bolesti. V USA se často používá termín „hospice“ taky i pro paliativní péči. Protože nároky na zdravotní péči jsou závislé od druhu nemoci, existují již speciální programy paliativní starostlivosti pro rakovinu nebo AIDS.“

Zmíněné poznatky ještě doplňujeme o vymezení **pracovníků v paliativní péči**. Payneová, Seymourová a Ingletonová (2007, str. 13) uvádějí tyto oblasti: jedinci **pečující** o pacienta: rodiny, přátelé, sousedé; **ošetřovatelská péče**: pečovatelé, specializovaní ošetřovatelé; **lékařská péče**: praktičtí doktoři, odborníci v paliativní medicíně, specialisté v jiných oborech medicíny; **Sociální péče**: sociální pracovníci; **Duchovní péče**: kněží, pastorační pracovníci; **terapeuti**: ergoterapeuti, fyzioterapeuti, odborníci na řečovou a jazykovou terapii,

arteterapeuti, dramaterapeuti, muzikoterapeuti; **psychologická péče**: poradci, psychoterapeuti, kliničtí a zdravotničtí psychologové, spolupracující psychiatři; **specializovaný personál**: odborníci na výživu, dietologové, farmaceuti; **Podpůrný personál**: asistenti ošetřovatelů, administrativní pracovníci, řidiči atd.; **dobrovolníci**.

Mezi znaky hospice řadíme i jeho úkoly vyplývající z výše popsané paliativní medicíny.

Úkoly hospice a paliativní péče podle Studenta, Mühluma a Studenta (2006, str. 48): Za **první úkol** hospice se považují bezprostřední ošetrovatelské úkoly ve smyslu psychosociální péče či terapie zmírňování bolesti. Ovšem k hospicové práci patří mnohem více, má totiž za úkol rozvoj nové kultury umírání, což znamená, že poznatky získané v hospicích jsou dále poskytovány všem, kteří je mohou využívat a potřebovat.

Druhým úkolem je pak pořádání besed s klienty, jejich rodinnými příslušníky a dalšímu truchlícími jedinci, stejně jako s dalšími institucemi (nemocnice, domovy pro seniory aj.).

Třetí úkol se týká předávání nových poznatků a všeobecně lze pojmut jako „vzdělávací činnost“. Jde o zvyšování a doplňování kvalifikace osob pracujících v hospicových činnostech. Hospicová práce je považována za celoživotní učení a růst, který má za následek formování osobnosti. Je to tedy sdílení či předávání získaných znalostí a zkušeností.

Dále v oblasti získávání poznatků nalézáme **čtvrtý úkol**, tedy výzkum, kterým je myšlena systematizace praktických zkušeností. Jde o hlubší poznání jevů, jež vytváří život umírajících a vede ke zlepšení života pomáhajících. (Student, Mühlum, Student, 2006, str. 48)

Po teoretickém vymezení myšlenky hospice, znaků, které jej charakterizují a úkolů, které by měl plnit, přinášíme konkretizaci hospicové práce.

3.2 Práce v hospici

Jak je z předchozích kapitol zřejmé, hospicová práce není snadná a vyžaduje určitou odbornost, ale také empatii, trpělivost, do jisté míry také odolnost a další schopnosti, a ne každý člověk je schopen takto specifickou práci vykonávat.

Student, Mühlum, Student (2006, str. 41) uvádí, že úkolem hospiců je nabízet lidem potřebnou podporu, ovšem s vymezením hranic, tak aby nepodněcovaly nespelnitelné předpoklady. Proto byly vymezeny tři základní kritéria pro přijetí do hospicové péče: „Dotyčný člověk **trpí jedním z následujících čtyř druhů nemocí**: Onkologickým onemocněním s metastázami, pokročilými i po léčbě; Infekčním onemocněním AIDS; Onemocněním

nervového systému s pokračujícím ochrnutím; Konečným stavem chronického onemocnění ledvin, jater, srdce nebo plic; **lze již určit konkrétní, individuální příčinu smrti** (např. selhání ledvin, srdce, dýchání, již nevléčitelná otrava krve); a dotyčný člověk, jeho rodina a pokud možno též ošetřující lékař **znají a schvalují princip hospicové péče a terapie**. Nepřejí si již další vyšetření nebo další způsob léčby, a souhlasí s tím, že se další zacházení s pacientem soustředí na zmírňování doprovodných obtíží. To především znamená, že pacientovi nebude podávána výživa proti jeho vůli, umělé dýchání ani trvalá infuzní léčba.“ (Zanes, 1986 cit. podle Student, Mühlum, Student, 2006, str. 41)

Autoři k výše uvedeným kritériím ještě dodávají, že při přijetí do stacionární formy hospice platí užší pravidla s akcentem na potřebu psychosociální péče, která je středobodem sociální práce v hospicích. Hospicová práce je podle nich částí jistého zdravotnického systému, to znamená, že ačkoliv má umírání nesporný sociálně-politický efekt, často dominuje složení a uspořádání zdravotnické sféry. Tento fakt se moderní hospicová práce snaží zužitkovat v oblasti organizace a financí, ale na druhé straně se brání přehnanému užívání medicíny a spěje k nižší míře institucionalizace umírání. Z uvedeného vyvstává specifický vztah mezi lékařstvím a hospicovou prací, který zastřešuje paliativní péče. Termín „paliativní péče“ bývá využíván jako synonymum pro „hospicovou péči“. (Student, Mühlum, Student, 2006, str. 42)

Hned v prvním znaku hospice je uvedeno, že cílovou skupinou nejsou pouze samotní umírající, ale také jejich nejbližší, na které je potřeba se zaměřit, a to i v období po úmrtí pacienta. Kdo spadá pod cílový soubor klientů hospicové péče, přesně vymezuje asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče ve standardech kvality péče závazných pro všechny lůžkové hospice, jež jsou členy asociace.

Jak je uvedeno ve standardech Asociace hospiců (APHPP, 2006, str. 6), cílovou skupinu hospicové péče lze dělit do čtyř oblastí. Patří sem **pacient**, tady je kladen důraz na princip rovnosti nehledě na jeho vyznání, národnost, věk, pohlaví, rasu, sociální postavení či sexuální orientaci. Rozhodování nemá stát na základě schopnosti úhrady služeb či finančních příspěvků, jelikož je paliativní péče dostupná veškerému obyvatelstvu, včetně choulstivých skupin jako jsou vězni, prostitutky, osoby bez přístřeší a drogoví uživatelé. Rozhodující je zdravotní stav klienta vyvstávající z rozvinutosti nemoci. Druhým souborem jsou **nejbližší pacienta**, jeho příbuzní, kteří mohou v poskytování péče spolupracovat a mají v pacientově životě nezastupitelnou úlohu, ale jsou i předměty péče, jelikož se jich úmrtí pacienta bezprostředně dotýká. Pokud se starají o pacienta doma, hospice jim poskytují

informace a praktické dovednosti a ve chvíli, kdy musí být pacient hospitalizován, mají možnost pobývat u něj bez omezení celý čas. Je jim poskytnuta duchovní, sociální a psychologická pomoc a za úměrnou cenu i ubytování s pacientem včetně stravy. Dále je péče zamýšlena pro **pozůstalé**, jedná se sice o tytéž osoby, uvedené v druhé skupině, cílem však je poskytnout jim pomoc a podporu nejen během pobytu klienta, ale stejně tak i po jeho úmrtí. Pozůstalí mají možnost sdělovat a sdílet svou bolest a další silné emoce spolu s dalšími pozůstalými, s pracovním týmem, formou bohoslužby atd. Poslední soubor tvoří **široká laická i odborná veřejnost**, kam spadají odborníci, studenti, zakladatelé či zaměstnanci nově vznikajících hospiců aj. Mohou obdržet nové informace, znalosti i praktické dovednosti v rámci stáží, praxe či prohlídek, což slouží poskytovatelům hospicové péče i jako zpětná vazba o kvalitě podávané péče.

Celá péče je elementárně postavena na snaze zajistit co nejlepší možné podmínky života pro umírajícího, proto je důležité pro pracovníky, ale i klientovy nejbližší pochopit, co vlastně pacient prožívá a cítí.

Svatošová (2011, str. 23) uvádí, že mají lidé v náročných životních situacích různé reakce, které záleží na mnoha okolnostech, jako jsou zkušenosti či osobnost jednotlivce. Velmi přehledně je strukturovala dr. Elisabeth Kübler-Rossová, která na základě svých dlouholetých zkušeností vymezila pocity umírajících do jednotlivých fází.

Tabulka č. 1: *Fáze podle Kübler-Rossově*

Fáze	Projevy	Co s tím
Negace, šok, popírání	"Ne, já ne, pro mne to neplatí." "To není možné." "To je určitě omyl." "Zaměnili výsledky."	Navázat kontakt, získat důvěru.
Agrese, hněv, vzpoura	"Proč zrovna já?" "Čí je to vina?" "Vždyť mi nic nebylo" Zlost na zdravé lidi, na zdravotníky, vyčítá nespravedlnost.	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
Smlouvání, vyjednávání	Hledání zázračných léků, léčitelů a diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, ale pozor na podvodníky.
Deprese, smutek	Smutek z utrpení ztráty, z hrozící ztráty. Strach z účtování, strach o zajištění rodiny.	Trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny apod.)
Akceptace, smíření, souhlas	Vyrovnaní, pokora, skončil boj, je čas loučení. "Dokonáno jest." "Do Tvých rukou..."	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utírat slzu. Pozor - rodina možná potřebuje pomoc víc než pacient!

Zdroj: Svatošová (2011, str. 23)

Jednotlivé fáze mají různorodý průběh, intenzitu pocitů a délku trvání podle okolností, všem je ale společná nutnost respektujícího přístupu. Není přeci možné za jedince jednat či na něj jakkoliv vyvíjet nátlak, aby změnil postoj k vlastní životní situaci, průběh musí být přirozený, s podporujícím přístupem rodiny i pomáhajícího pracovníka, zejména v prvních fázích.

Etapy analyzují autorky Callananová a Kelleyová (2005, str. 42), které tvrdí, že v etapě **popření** dochází k zamítnutí akceptovat realitu, jsou přítomny otázky uvedené v tabulce, jako „to není možné“ anebo další otázky jako „To nemůže být pravda – chci slyšet ještě názor jiné osoby“, což je v mnoha případech zcela racionální, ale pokud dochází k vyhledávání přílišného množství názorů, může to signalizovat snahu vyhnout se čelení pravdě. Důvod, proč dochází k odmítání skutečnosti, je, že popíráním faktu si získáváme čas pro přizpůsobení na nové negativní události, proto je nezbytné pacienta respektovat, nevyvracet mu jeho postoj (musí zde být ale jistota, že klient správně pochopil diagnózu). Období popírání reality zpravidla odeznívá ve chvíli, kdy dochází ke zhoršení stavu, zeslábnutí organismu. Nedoporučuje se klienta v popírání posilovat ani mu vyvracet jeho postoje, na místě je rozpoznání tužby. Pokud pacient hovoří o tom, co by chtěl provést, až se jeho stav zlepší (například jet stanovat), adekvátní odpovědi by měly znít ve smyslu uznání naděje a touhy, jako například „to by bylo fajn!“ či „jistě by se Ti to líbilo“. Pro fázi **hněvu** jsou charakteristické myšlenky jako: „Proč se mi to stalo“, doprovázené rozzlobením na Boha, lékaře (jelikož není schopen nalézt lék), na vládu, která by dle uvažování klienta měla více investovat do oblasti zdravotnického výzkumu či na celý svět. Zloba se vždy nejvíce dotýká nejbližších a těch, kteří s pacientem bezprostředně pracují. Hospicovní pracovníci spolu s příbuznými by měli být připraveni na projevy zlosti, neměli by jej opětovat či zlehčovat (výroky typu: „vždyť víš, že doktoři dělali maximum“ či „buď rád, že na tom nejsi ještě hůře“), je vhodné hledat původ hněvu. Důvodem nejčastěji bývá frustrace ze ztráty kontroly nad svými záležitostmi, závist jiným, že mohou nadále žít a strach, způsobený neznalostí všech okolností a pocitů, které umírání přináší. Při etapě **smlouvání** se vyskytují snahy oddálit nevyhnutelné, může se jednat o smlouvání s Bohem či kýmkoli jiným, o kom si klienti myslí, že má sílu jim prodloužit život. Jedinci směřují smlouvání na oblast léčby, slibují si, že když absolvují například chemoterapii, budou se zdravě stravovat a nebudou nikoho obtěžovat stížnostmi na vlastní zdravotní stav, Bůh, či jiná vyšší moc jim zařídí delší život (například „dožiju se narození pravnuka). Často pacienti vlastní

úvahy a smlouvy nesdělují, ale nechávají si je pro sebe, pokud je tomu naopak, je přínosné jej vyslechnout a přidat podporující komentář (typu: „Budu Ti v tom pomáhat ze všech sil“). Čtvrtým stádiem je **deprese**, vyústující ze zármutku, ze ztráty, která není vratná. Autorky ji dělí do dvou částí, v nichž v první je ztráta jako důsledek nemoci, jedná se o zdraví, roli v rodině, zaměstnání či svobodu. Druhá část se týká plánování, které si každý jedinec vytváří, mohou se týkat knih, které by rád sepsal, cestování anebo dětí. V okamžiku uvědomění si skutečnosti blízkého úmrtí ustane plánování činností, což přináší pocity zármutku. Nejsou vhodné zlehčující výroky (například „všichni stejně jednou zemřeme“), jelikož pacientovi mohou připadat jako necitelné. Mnohdy není odpověď vůbec nutná, klientovi může dostačovat pocit, že jej nasloucháme a rozumíme mu. Posledním obdobím je **smíření**, spojováno s pocity klidné rezignace, jejíž nástup přichází až v těsné blízkosti smrti. Krátká údobí smíření se mohou vyskytovat v průběhu všech fází, ovšem nejedná se o skutečná smíření, nýbrž jen o aktuální emocionální postoje. S blížícím se nástupem úmrtí dochází k trvalejšímu vyrovnání. Pro jeho nejbližší přináší závěrečné období variabilní pocity – může se jednat o pocity klidu, ale také lhostejnosti či neúčasti, jakoby se klient stával odtažitým ke svým milovaným. Důležité je uvědomění blízkých o prožívaných pocitech umírajícího, správná interpretace jeho pocitů, nesprávně vyložení může způsobit klientovi bolest.

Během fází, kterými umírající prochází, a které mohou trvat různě dlouho, je obvyklé hledání viníka. Než pacienti dosáhnou etapy smíření, hledají někoho, kdo je za jejich stav zodpovědný, na kom by si mohli kompenzovat svůj hněv, ačkoli neoprávněně. Touto osobou se pak stává zpravidla personál hospiců, který je s klientem nejčastěji v kontaktu, proto je nezbytné, aby byli pracovníci na svou práci připraveni.

Svatošová (2011, str. 116) uvádí, že ačkoliv člověk může být po odborné stránce kompetentní, tedy například lékař, zdravotní sestra či ošetřovatelka, kdy tito jedinci prochází procesem celoživotního vzdělávání, jsou zde další faktory, pro hospicovou práci nezbytné. Mezi ně řadí nejen nutnost bezvýhradné lásky k lidem, ale také vyrovnanost s vlastní smrtelností. Když jsou předchozí podmínky splněny, pro komplexní kompetenci zbývá ještě schopnost čerpat a doplňovat sílu, jelikož hospicová práce lásku a sílu rozdává, je třeba ji tedy určitým způsobem čerpat. Autorka uvádí krásné přirovnání poslední podmínky k pojízdnému automobilu, který když vyčerpá všechnu energii, v tomto případě benzin, bez doplnění nového také nemůže fungovat. Dodává, že doprovázení možná ubírá část energie, ale na druhou stranu přibývá člověku moudrost a zralost.

Moudrosti plynoucí z hospicové práce potvrzuje také doktorka Kübler-Rossová, která je autorkou zmíněných fází umírání.

Dr. Kübler-Rossová (cit. podle Svatošová, 2011, str. 116) tvrdí, že: „Právě od našich umírajících pacientů se učíme poznávat pravé hodnoty života. Kdybychom byli schopni dosáhnout stádia přijetí již v mládí, prožili bychom mnohem smysluplnější život, dokázali bychom se radovat z maličkostí, jistě bychom měli i jiný žebříček hodnot.“

Z uvedeného výroku je tedy možno usuzovat, že práce na hospici, ač náročná, zejména emocionálně, přináší člověku také velké životní moudro a mnohým v ideálním případě ukáže smysl života.

Rizika hospicové práce

Z výše uvedeného textu je zřetelné, že péče o umírající přináší jistá rizika. Mezi nejzávažnější z nich patří syndrom vyhasnutí, kterým je ohroženo mnohem širší spektrum pracovních oblastí. Je ale beze sporu, že právě specifika práce s umírajícími klienty zvyšují riziko výskytu zmíněného jevu.

Paradis (1987, str. 3) uvádí, že všeobecně rizika stresu a vyhoření nejsou stejná ve všech typech péče a pokud jedinec pracuje s umírajícími klienty, může být zvláště zranitelný. Častou obrannou strategií je popření smrti a umírání, ovšem hospicovní pracovníci takovou strategii nemohou použít, jelikož denně při práci čelí smrti a umírání svých klientů. Musejí tedy najít jiné vyrovnávací strategie. Některé zvládací strategie fungují, zatímco jiné mají spíše negativní účinek jak na pečující, tak na klienty.²

Například Matoušek přímo zařazuje práci v hospici jako jednu z nejohroženějších:

„Nejnáročnější práce je práce s klienty, kteří jsou v určitém zařízení nedobrovolně (vězení, výchovné ústavy, některá oddělení psychiatrických léčeben) nebo nejsou pro svou účast v určitém programu dostatečně motivováni, přesto do něj byli zařazeni a přijímají jej zcela pasivně, s klienty velmi vážně postiženými (zejména mají-li kombinovaná postižení, vrozený velký deficit rozumových schopností, demenci) nebo umírajícími, ať už v domácím prostředí, či v instituci (v nemocnici, v hospici, v domově důchodců), nebo s klienty, je-

² It is generally agreed that the risk for stress and burnout are not equal in all types of health care settings and that those working with the terminally ill are especially vulnerable. Denial is a common defence mechanism against death and dying, but persons working with the terminally ill clearly cannot use this mechanism. They faced with death and dying on a daily basis and must find ways to cope with it. Some coping strategies are functional while others have deleterious effect on the caregivers and on their patients.

jichž chování je velmi vzdáleno sociální normě nebo se chovají agresivně, jsou k personálu hyperkritičtí nebo se snaží zneužívat sociální služby.“ (Matoušek, 2003, str. 55)

Oblast péče o umírající z pohledu paliativní medicíny v komparaci s pojmem „hospicová práce“ jsme si již vymezili, je ale potřeba konkretizovat oblasti, ve kterých se s umírajícími klienty pracuje.

3.3 Formy hospicové péče

Jak již bylo popsáno, elementárně se soustředíme spíše na obsah hospicové péče, která je všem hospicům společná, ale pro ucelení poznatků je nezbytné vymezit si také formy poskytování hospicových služeb.

Dle Svatošové (2011, str. 118) existují tři základní formy, a to: „Domácí hospicová péče“, „Stacionární hospicová péče (denní pobyty)“ a „Lůžková hospicová péče“.

- a) **Domácí hospicová péče** – považuje se za ideální formu, avšak není vždy realizovatelná. Často je překážkou neadekvátní rodinné zázemí, kdy buď často chybí anebo nastane vyčerpání energie s postupujícím časem péče o nemocného. Jiným důvodem pak mohou být neodpovídající nároky na prostor, kdy kupříkladu v menším bytě setrvávají dvě či tři generace spolu s nemocným, zde pak mohou vznikat závažné problémy. Pro představu, děti se mají učit a vypracovat domácí úkoly, otec se chce vyspat, jelikož časně vstává do zaměstnání, či by si potřeboval odpočinout chvíli u televize, zatímco pro prarodiče je televize rušivým elementem.
- b) **Stacionární hospicová péče (denní pobyty)** – tato forma je vhodná pro klienty z blízké lokality, jelikož je nemocný přijat ráno a odpoledne či navečer je opět propuštěn domů. Doprava je pak zajišťována rodinou či příslušným hospicem. V konkrétní fázi nemoci se zdá být nejvhodnějším řešením z nejrůznějších důvodů. Pro lepší pochopení je zde nástin pár vybraných odůvodnění: **Diagnostický důvod**, z celé řady odůvodnění vybereme například kontrolu bolesti, která se doma nezdařila zvládnout. **Léčebný důvod** – například provedení chemoterapie. Pokud se pod kvalifikovaným dohledem podaří kupříkladu vyladit adekvátní míru medikamentů tišících bolest, je možné, aby nemocný setrval v domácí péči. **Psychoterapeutický důvod** – v situacích, kdy se jedná o osamělého klienta, či jedince, se kterým jeho nejbližší nejsou ochotni či schopni hovořit o jejich těžkostech. **Respitní, tedy odlehčovací důvod** – je velmi frekventovaný. Pokud má nemoc poněkud dlouhý průběh, je nezbytné, aby si rodina od nemocné-

ho či nemocný od rodiny na určitý čas odpočinuli. Je to zcela normální jev, který může být považován za přijatelnou prevenci zbytečné hospitalizace, vyčerpání rodiny, ale i hádkám a sporům, které pak mohou jedince ještě dlouhou dobu mrzet.

- c) **Lůžková hospicová péče** – zde mohou platit veškeré důvody, uvedené u stacionární péče, s tím rozdílem, že zde není z konkrétního důvodu možné, aby klient každý den dojížděl do hospice kvůli jeho zdravotnímu stavu či vzdálenosti hospice od bydliště. Zásadní informací je zde, že nemocný sem nepřichází pouze zemřít, daleko častěji se jedná o krátkodobé, často opakované pobyty, na principu dobrovolnosti a v situacích, kdy sami klienti chtějí a cítí, že je to pro ně vhodné. Například, když mají pocit, že doma je již situace neúnosná, ale pobyt v nemocnici není nutností. Ovšem hospic musí bezvýhradně dávat přednost pacientům, jejichž onemocnění je akutní a v brzké době povede k úmrtí, těm je totiž určen především, a to i za cenu, že zklame ostatní, méně akutní klienty. (Svatošová, 2011, str. 122)

Jelikož se empirická část bakalářské práce realizuje právě u zaměstnanců lůžkové formy hospicové péče, rozvedeme podrobněji poznatky z této oblasti, a to konkrétně o principech a možnostech péče, která je klientovi poskytována.

Podle Svatošové (2011, str. 120) o lůžkové péči platí, že je zcela v kompetenci klienta, jak si zorganizuje návštěvy, které nejsou nijak omezeny, lze je tedy uskutečnit 24 hodin denně, 365 dní v roce. Jsou vítanou součástí péče, kdy mohou, ale nemusí klienta i ošetřovat. V dané situaci je toto velmi prospěšné jak pro pacienta, tak i pro jeho blízkého, který pak nabude vědomí, že pro svého milovaného udělal vše, co bylo v jeho silách, což je pak nejlepším prostředkem mírnění bolesti z jeho odchodu. Klade se důraz na kvalitu života, pokud tedy není klient ze zdravotních důvodů nucen ležet celý den v pyžamu v lůžku, může se ráno obléct do svých šatů a celý den se pohybovat po objektu zařízení s vědomím personálu a samozřejmě i mimo něj. Schopnějším pacientům pokoje slouží vlastně spíše jako ložnice, kam chodí pouze přespávat, nebo sem chodí, když potřebují být o samotě. Ve všech hospicích lze nalézt prostory, kde se mohou klienti scházet se svými nejbližšími. Klíčové je, aby hospic připomínal spíše domov než nemocniční zařízení, tímto se řídí inventář hospice. K tomu jsou k dispozici samozřejmě také pomůcky ulehčující každodenní život pacientům, ale i personálu fyzickou práci (polohovací postele, zvedáky, pojízdné koupací vany atd.).

Obrázek č. 1: *Vybavení pokoje lůžkového hospice*

Foto: Vlastní zdroj

Pro demonstraci vybíráme náhled do typického jednolůžkového pokoje. Z obrázků je patrná snaha o co nejvyšší komfort včetně moderního polohovacího lůžka, které usnadňuje manipulaci. Ke specifikům hospicové práce patří zapojení rodiny do péče o klienta. Druhá postel (s černo-fialovým povlečením) je určena pro nejbližšího příbuzného, který má možnost za přiměřenou částku sdílet pokoj spolu s klientem po dobu jeho pobytu v zařízení.

Režim dne závisí zcela na klientovi, to znamená, že vstává, v kolik chce, myje se, kdy chce a stravuje se v rámci svých zdravotních, ale i dalších možností jak potřebuje. Pokud má aktuálně potřebu hovořit o svých problémech, je zde někdo vždy pro něj. (Svatošová, 2011, str. 121)

K chodu lůžkových zařízení přikládáme informace ze stránek Asociace hospiců, na kterých se lze dozvědět, že ráno nejsou klienti probouzeni v určitou hodinu; mohou snídat, obědovat a večeřet podle vlastních možností a potřeb; strava je uzpůsobena nemocnému (krájená, mletá, mixovaná), těm, kteří se nedokáží najíst sami, pomáhá personál. Sestry a pečovatelské sestry se starají o dodržování pitného režimu; klienti mají možnost trávit volný čas na terase, či zahradě, a to na vozíku nebo s postelí. (APHPP, ©2010)

Hospice se snaží klientům připravit co nejkvalitnější prostředí, které má připomínat domov, proto není pevně stanoven režim dne. K uvedeným informacím doplníme, že služby na hospicích jsou často doplněny pestrým programem různých kulturních akcí (většinou se odehrávají ve společenských místnostech, kaplích či jiných vhodných prostorech). Může se jednat o hudební či herecká vystoupení různých folklórních a dalších souborů. Vše je uzpůsobeno zájmům klientů. Možnost účasti na pravidelných bohoslužbách nebývá výjimkou. Pokud však klient o nabízené aktivity nestojí, může využít možnosti soukromí svého pokoje. Hospicová péče pomýšlí i na imobilní pacienty, proto jsou prostory (zejména širé dveře) přizpůsobeny rozměrům vozíků či postelí. Klienti mohou, pokud si to přejí, být i s lůžkem (pokud jsou zdravotní problémy natolik rozsáhlé, že by jedinec nevydržel posazení do vozíku) převezeni do společných místností, aby se mohli účastnit probíhajících aktivit. Za dobrého počasí mohou být pak přemístěni na terasu či zahradu (záleží na prostorovém zázemí hospice).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 DESIGN VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Jak již bylo nastíněno v teoretické části, existuje spojitost mezi především emocionální zátěží v oblasti práce s lidmi a rizikem vzniku syndromu vyhoření. Vyhořením jsou ohroženy všechny oblasti pomáhající profese, někteří autoři dokonce tvrdí, že se mu nelze vyhnout, což považujeme za důvod analýzy výskytu a faktorů přispívajícím ke vzniku „burn-outu“. Tento fenomén se nevyhýbá ani hospicové práci, jejímž specifikem je každodenní nutnost pracovníka poskytovat péči klientům nacházejícím se v různých fázích smíření s blízkostí vlastního konce. Pracovník hospicové péče musí kromě jistých osobních vlastností, mezi které můžeme řadit empatii, toleranci, respektující přístup či umění naslouchat disponovat také nutným vzděláním a zejména, a to je pro hospicovou práci zcela nezbytné, musí být vyrovnán s vlastní smrtelností. Z uvedených specifík hospicové práce lze vyvodit, že pracovníci prožívají různé, často velmi protichůdné pocity, které mohou přispět k emocionální vyčerpanosti, nižší míře uspokojení či dokonce odosobnění od klientů.

Esenciálním výzkumným problémem, kterému se praktická část věnuje, je zmapování výskytu a míry syndromu vyhoření u jedinců poskytující hospicovou péči, a to z důvodu rizik zmíněného jevu. Také se snažíme zjistit, zda vyhasnutí souvisí se stupněm dosaženého vzdělání respondentů a s jejich věkem. Nejedná se pouze o dopad na osobnost pomáhajícího pracovníka, jehož možné emocionální vyčerpání či pocity neuspokojení mohou přinášet řadu dalších komplikací projevujících se například v rodinných vztazích, ale také o vliv na kvalitu poskytovaných služeb ze strany pracovníka. Byly vymezeny potřeby klienta, které se úzce váží na osobnost pečující osoby, na její schopnost emocionální podpory, naslouchání a dalších kompetencí, jež jsou vyhořením bezprostředně ohroženy. Práce má sloužit samotným hospicům i jednotlivým pracovníkům, pro demonstraci aktuálního stavu problematiky a uvědomění si závažnosti důsledků jevu.

Hospicová práce je záležitostí komplexního působení multidisciplinárního týmu, klientovi se dostává nejen lékařské péče či zdravotnického ošetření, ale také jsou mu uspokojovány potřeby zejména psychologické, duchovní a sociální. Proto se výzkumným vzorkem stali pracovníci v přímé péči o umírající klienty, působící v zařízeních hospicového typu. Další problematiku, které je věnována pozornost, tvoří faktor přítomnosti supervize v hospicových zařízeních a její vliv na míru vyhoření. Z praxe víme, že supervize není ve zdravotnických zařízeních obvyklá, ale všeobecně je u pomáhajících pracovníků z nástrojů prevence nejvyužívanější, proto sledujeme přínosem zjistit, zda je v hospicích su-

pervize využívána, popřípadě jaký má její využití vliv na rozsah vyhoření. Jelikož se lze v literatuře dozvědět, že obvyklý nástup syndromu vyhoření nastává mezi druhým až pátým rokem působení v pomáhajících profesích, patří mezi cíle práce ověřit platnost této predikce pro oblast hospicové péče.

4.1 Výzkumný cíl

Stanovený výzkumný cíl se orientuje na zmapování výskytu a míry syndromu vyhoření u pracovníků poskytující péči v zařízeních hospicového typu, a to v oblasti emocionálního vyčerpání, výše osobního uspokojení a odosobnění.

Dílní cíle práce se práce zabývají:

- a) Zkoumáním faktorů, u kterých lze pozorovat vyšší výskyt a rozsah vyhasnutí (věková struktura a dosažený stupeň vzdělání).
- b) Využitím supervize v zařízeních hospicového typu a jejím vlivem na míru syndromu vyhoření.
- c) Ověřením platnosti výroku některých autorů (např. Haškovcová) uvádějících obvyklý nástup vyčerpání mezi 2 – 5 lety od nástupu do výkonu profese.
- d) Průzkumem aktuálně využívaných preventivních nástrojů, které hospice poskytují svým zaměstnancům.

4.2 Vymezení výzkumných otázek

V jaké míře se vyskytuje syndrom vyhoření u hospicových pracovníků, a kterou oblast (emocionální vyčerpání, míra osobního uspokojení, odosobnění) nejvíce zasahuje?

Dílní otázky zjišťují:

- a) Jakou souvislost má stupeň dosaženého vzdělání a věk respondentů s rozsahem vyhoření v jednotlivých oblastech (EE, DP, PA)?
- b) V jaké míře se v oblasti hospicové práce využívá supervize, jakožto nejnámějšího nástroje prevence „burnout“ syndromu a jaký je její vliv na výskyt a míru vyčerpání?
- c) Jaký vliv má délka působení v hospicové práci na výskyt a míru vyhoření?
- d) Jaké možnosti prevence syndromu vyhoření jsou nejčastěji respondentům poskytovány v rámci jejich zaměstnání?

4.2.1 Stanovení hypotéz

Nejprve byly stanoveny věcné hypotézy, týkající se vztahů dvou proměnných. V našem případě srovnáváme působení různých faktorů (věk, vzdělání, přítomnost supervize a dalších preventivních nástrojů) na přítomnost a rozsah vyčerpání respondentů.

H₁: U vysokoškolsky vzdělaných respondentů se vyskytuje vyšší míra osobního uspokojení, než u respondentů s nižším stupněm vzdělání.

H₂: Mladší pracovníky práce méně citově vyčerpává než starší pracovníky.

H₃: U pracovníků, kteří udávají, že v jejich zařízení probíhá supervize, je menší míra vyhoření v emocionální oblasti než u těch, kteří uvádějí nepřítomnost supervize.

H₄: Pracovníci, v jejichž zařízení probíhá supervize, vykazují vyšší míru osobního uspokojení než pracovníci, u kterých supervize není přítomna.

H₅: K odosobnění dochází ve vyšší míře u respondentů, kteří neudávají možnost využití na pracovišti supervizi, než u respondentů, u kterých v hospici supervize probíhá.

H₆: U respondentů pracujících v hospicové praxi méně než dva roky, je nižší míra vyhoření, než u respondentů, kteří zde pracují déle.

4.3 Pojetí výzkumu a metoda sběru dat

Míru vyhoření u pracovníků působících v zařízeních hospicového typu je nutno prozkoumat v co největší možné šíři, proto byl zvolen kvantitativní přístup. Využili jsme metodu dotazníkového šetření, přičemž dotazník sestával ze dvou částí. První oblast dotazníku zkoumala demografické údaje o věkové struktuře respondentů, genderu a dosaženém stupni vzdělání. První pasáž dále zjišťovala délku praxe respondentů v profesi a možnosti prevence syndromu vyhoření poskytované zaměstnavatelem. Objektem zájmu bylo využití nejefektivnějšího nástroje prevence vyhoření, tedy supervize a další preventivní prvky jako možnost využití psychologa či kaplana pro pracovníky. V druhé části byl převzat již existující, v oblasti zdravotnictví velmi rozšířený inventář vyhoření Maslachové (MBI), který odhaluje míru vyčerpání pracovníků. Výsledky z MBI dotazníku jsou srovnávány s délkou praxe respondentů, jejich věkem, dosaženým vzděláním a v neposlední řadě s faktem, zda v jejich zařízení probíhá supervize.

4.4 Výzkumný vzorek

Základní výzkumný vzorek tvoří zaměstnanci hospicových zařízení poskytující péči umírajícím klientům. Výběrový výzkumný vzorek pak byl zvolen dostupný, kdy byli osloveni pracovníci hospiců na území Moravy a Slezska. Některá zařízení odmítla spolupráci z důvodu přehlcení různými šetřeními, některá na žádost vůbec nereagovala. Organizace, ve kterých výzkum proběhl, vyslovily přání anonymity, proto s ohledem na tento požadavek jen uvedeme, že se výzkum uskutečnil v hospicích na moravskoslezském území. Celkově bylo rozesláno do jednotlivých zařízení 110 dotazníků, přičemž návratnost činila 85 vyplněných kusů.

4.5 Analýza dat

Analýza dat je rozdělena do dvou etap, v nichž v první (dále uváděna jako **část a**) se vyhodnocují demografické údaje přinášející informace o věkové struktuře respondentů, zastoupení jednotlivých pohlaví, dosaženému stupni vzdělání, také se koncentruje na průzkum využití supervize v rámci hospicových zařízení a na nástroje prevence syndromu vyhoření, kterou mají pracovníci možnost využít v rámci svého zaměstnání. Součástí dotazníku je inventář vyhoření MBI (**část b**), který byl sestaven v roce 1981 a dnes je používán jako jeden z nejučinnějších standardizovaných dotazníků, zjišťující přítomnost a míru vyhoření pomáhajících pracovníků. Výsledky z části b, které se dělí do tří oblastí vyčerpání, emocionální vyhoření, depersonalizace a osobní uspokojení budou následně porovnávány s demografickými údaji, tak abychom naplnili cíle výzkumu

Křivohlavý (2012, str. 54) popisuje oblasti, ve kterých se zkoumá míra vyhoření prostřednictvím MBI dotazníku. **Emocionální oblast** (EE – emotional exhaustion) se podle něj projevuje ztrátou chuti do života, chybějícími silami a žádnou motivovaností k jakékoliv aktivitě. EE je proto považována za nejrozhodnější ukazatel přítomnosti vyhoření. **Depersonalizaci** (ztráta úcty k lidem jako lidským bytostem) charakterizuje jako manifest psychické únavy u jedinců s potřebou recipacity, tedy pozitivní zpětné vazby (odpovědi) od klientů, jimž poskytují například pečovatelské služby. V případě, že se zpětné odezvy pracovníkům nedostává, stávají se zahořklými a vůči ostatním cynickými. Přestávají je vnímat jako lidské osoby, ztrácí se potřebný respekt a samozřejmá úcta. V krajních případech s nimi začnou jednat jako s neživými předměty. **Oblast osobního uspokojení** (PA – personal accomplishment) vymezuje jako snížený pracovní výkon, který postihuje zejména ty jedince, jejichž sebevědomí (z anglického self-esteem) je na nízké úrovni. Malá

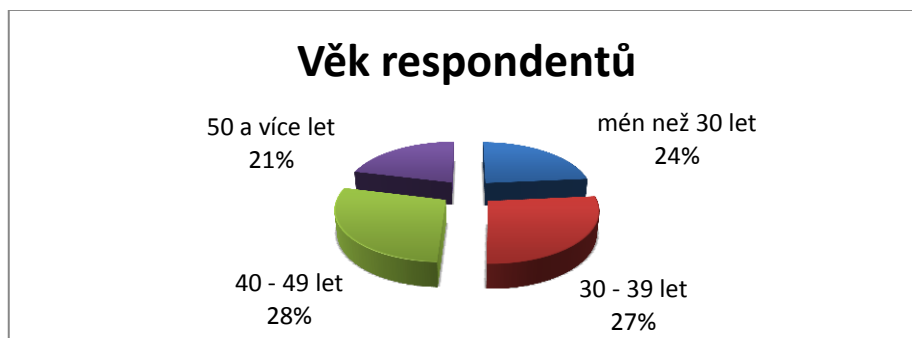
sebedůvěra je příčinou nedostatku energie na řešení stresových situací a tíživých životních situací.

4.5.1 Vyhodnocení části a – Demografické údaje

Otázka číslo 1 - Věk

Ve věkové kategorii (**graf č. 1**) nedominovala nijak výrazně žádná skupina respondentů. Z celkového počtu 85 respondentů se 20 z nich (24%) nacházelo ve věku do třiceti let, dále 23 (27%) uvedlo, že se nachází ve věkové skupině od třiceti do třiceti devíti let, 24 (28%) jsou pracovníci ve věku od čtyřiceti do čtyřiceti devíti let a nejméně, tedy 18 (21%), bylo respondentů ve věku nad padesát let.

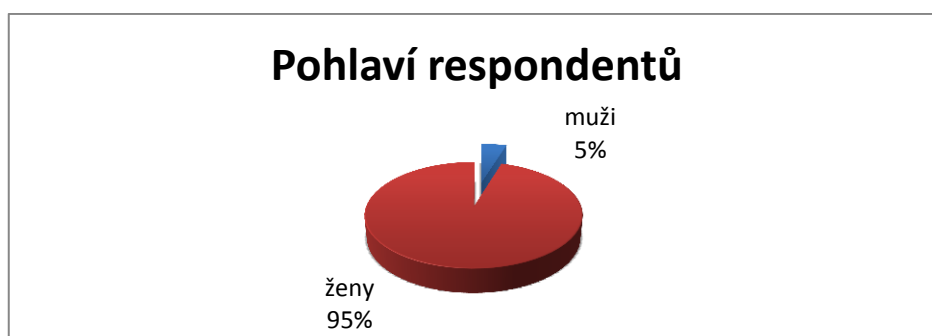
Graf č. 1: *Věková struktura respondentů*



Otázka č. 2 - Pohlaví

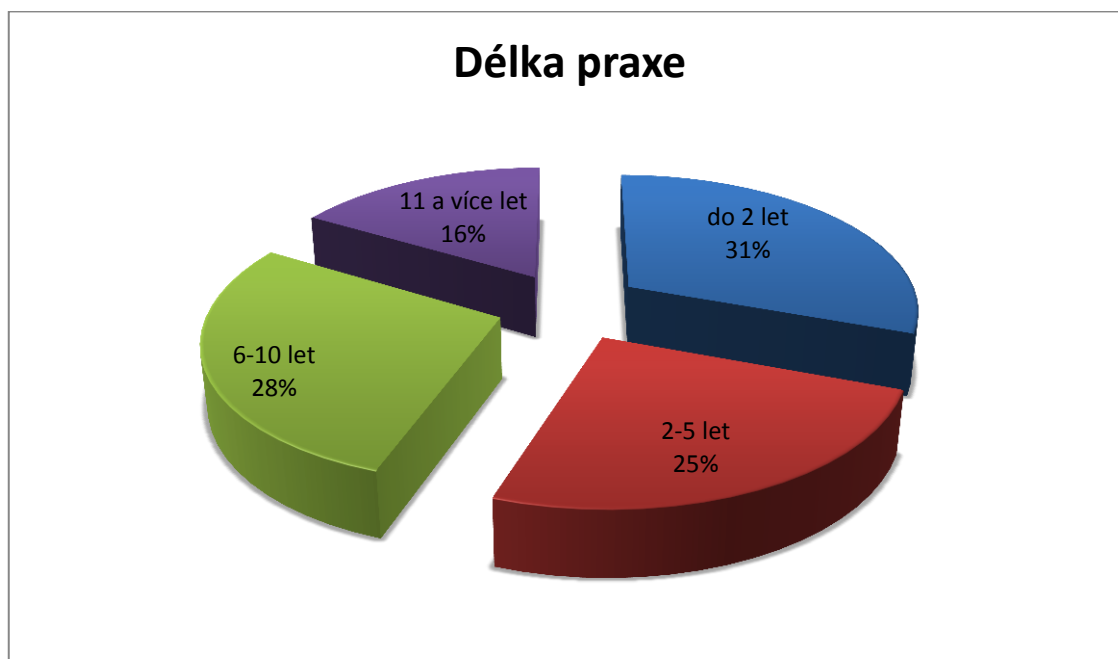
Průzkum zjistil (**graf č. 2**), že v hospicové sféře v daném vzorku pracuje pouhých 5% mužů (z celkového souboru to byli 4 respondenti) a 95% žen (81 respondentek). Ačkoli je fakt nedostatku mužů velmi zajímavý a jistě by stálo za prozkoumání zjistit příčiny jejich nízkého počtu v oblasti hospicové péče, už jen proto, že často práce s umírajícími zahrnuje fyzicky náročné úkony, v našem výzkumu dále nebudeme s tímto údajem pracovat.

Graf č. 2: *Pohlaví respondentů*



Otázka číslo 3 – Jak dlouho pracujete v oblasti hospicové péče?

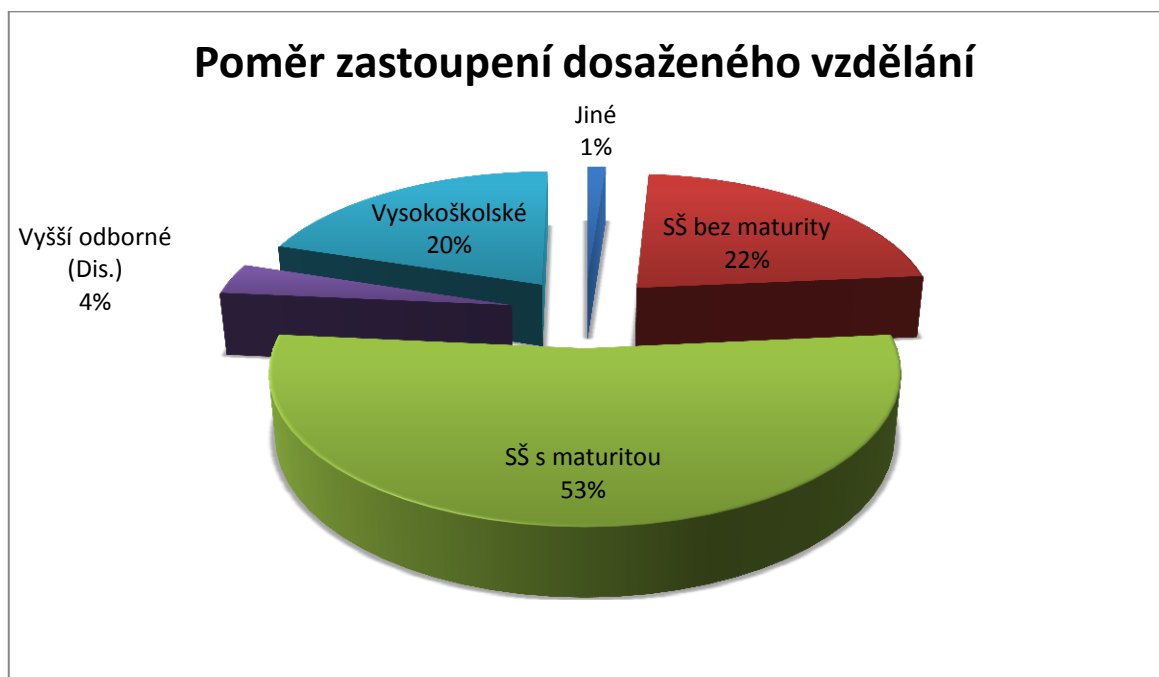
Graf č. 3 nám znázorňuje délku praxe respondentů. Otázka na počet let, během kterých pracovníci působili v oblasti hospicové péče, byla otevřená. Při vyhodnocování byli respondenti rozděleni do čtyř kategorií. Jedním z cílů výzkumu bylo zjistit, zda tvrzení odborníků, že syndrom vyhoření se vyskytuje v oblasti pomáhajících profesí nejčastěji mezi druhým až pátým rokem praxe, platí i pro oblast hospicové práce. Proto byla zvolena první škála respondentů pracujících v této sféře méně jak dva roky, kterých bylo celkově 26 (31%), do druhé skupiny spadali respondenti působící v oblasti péče o umírající v délce mezi dvěma až pěti lety, kterých bylo 21 (25%), následovala nejpočetnější kategorie 24 respondentů (28%), jejichž délka praxe se pohybovala v rozsahu mezi šesti až deseti lety a nejméně četná skupina čtrnácti respondentů (16%) uvedla, že jejich délka praxe sahá nad deset let působení v oboru. Jak z grafu můžeme vysledovat, zastoupení počtu let, které pracovníci působí v praxi je poměrně vyvážené, nejmenší skupinu tvoří ti, kteří uvedli délku praxe nad 10 let (přičemž nejvyšší uvedený počet let činil délku třinácti let), což může být způsobeno tím, že oblast hospicové práce v České republice je poměrně mladá – první hospic (svaté Anežky České) byl založen teprve roku 1995 v Červeném Kostelci.

Graf č. 3: *Délka praxe respondentů*

Otázka č. 4 - Nejvyšší dosažené vzdělání

Na otázku nejvyššího dosaženého vzdělání (které nám znázorňuje **graf č. 4**) odpovědělo 19 respondentů (22%), že zakončili střední školu bez maturity, nejvyšší počet respondentů, celkově 45 (53%) udával středoškolské vzdělání uzavřené maturitním vysvědčením, vyššího odborného vzdělání získali 3 respondenti (4%), jeden respondent (1%) udal, že dosáhl jiného vzdělání (k zakroužkování této možnosti písemně uvedl kurz pracovníka v sociálních službách) a vysokoškolským diplomem disponuje celkem 17 (20%) hospicových pracovníků z celkového souboru. Zajímalo nás, zda může mít stupeň dosaženého vzdělání významný vliv na přítomnost a míru syndromu vyhoření, proto bude s jednotlivými skupinami vzdělání dále pracováno a data budou porovnávána s rozsahem vyhoření.

Graf č. 4: Dosažené vzdělání respondentů



Otázka č. 5 – Probíhá na Vašem pracovišti supervize, do které máte možnost se zapojit?

Jedním z cílů práce bylo zjistit, zda má supervize, které se mohou respondenti na pracovištích zúčastnit, vliv na vyhoření pracovníků. Abychom mohli data porovnávat, musíme si nejdříve uvést, v jaké míře se supervize v hospicových zařízeních využívá. Jak můžeme z **grafu č. 5** vysledovat, nepočetnější skupinu tvořili respondenti (celkem 58, tedy 68%), kteří tvrdí, že na jejich pracovišti nemají možnost využít supervizi, 11 (13%) pracovníků uvedlo, že netuší, zda vůbec na jejich pracovišti supervize probíhá. A pouhých 16 (19%) pracovníků potvrzuje možnost využití supervizora v rámci zařízení, kde pracují.

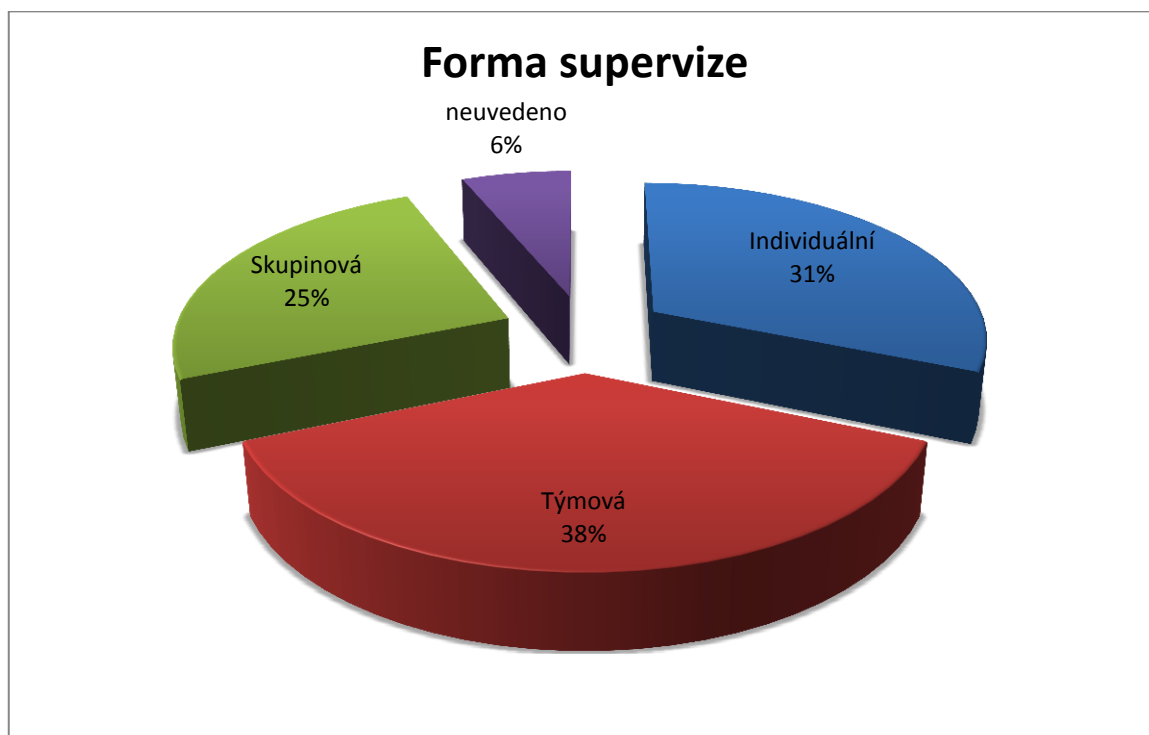
Graf č. 5: *Supervize na pracovišti*

Jedním z cílů práce bylo zjistit, zda je v hospicových zařízeních využívána supervize a do jaké míry má vliv na rozsah vyhoření v jednotlivých oblastech (EE, DP, PA). Jak je z výše uvedeného grafu patrné, supervize se vyskytuje jen u 19% dotazovaných, takže ačkoliv bude její přítomnost v zařízeních hospicového typu dále srovnávána (pro ověření hypotéz H_3 , H_4 a H_5), data považujeme pro jejich nízkou četnost pouze za demonstrativní a nelze je generalizovat.

Otázka č. 6 - Jestliže ve Vašem zařízení supervize probíhá, v jaké formě?

Následná otázka se týkala jen respondentů, kteří uvedli, že na jejich pracovišti probíhá supervize. Měla za úkol zjistit, v jaké formě je využívána. Na otázku možno odpovědět zakroužkováním jedné ze tří možností - Individuální supervize, Týmová supervize nebo Skupinová supervize, při čemž ke každé možnosti byla vymezena stručná charakteristika dané formy supervize, tak, aby bylo respondentům jasné, o kterou formu se v jejich zařízení jedná. Jako podklad pro odpověď bylo použito rozdělení supervize podle Hajného (2013). Z celkového počtu šestnácti pracovníků (v **grafu č. 6**), uvedlo 5 (31%) z nich, že se účastní individuální supervize, dalších 6 (38%) zvolilo možnost týmové supervize, 4 (25%) udávají možnost využití skupinové supervize a jeden respondent (6%) vůbec neuvedl, o jakou formu supervize se jedná.

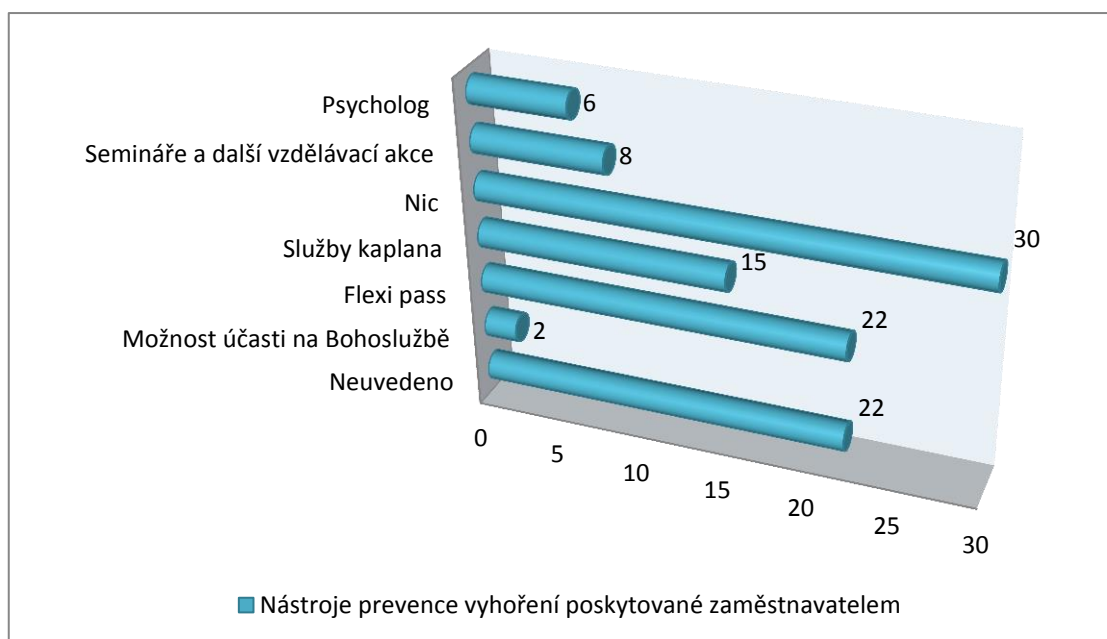
Graf č. 6: *Forma supervize probíhající na pracovišti*



Otázka č. 7 – Jakou jinou možnost prevence syndromu vyhoření, poskytovanou zaměstnavatelem, využíváte?

Poslední otázka první části dotazníku zjišťovala, jakou možnost prevence syndromu vyhoření mohou zaměstnanci využít ze strany zaměstnavatele. Jednalo se o otevřenou otázku, kde respondenti mohli vypisovat více odpovědí, například služby pastoračního pracovníka, interního psychologa či možnost využití poukázek „flexi pass“. Jelikož měli respondenti možnost vypsát více odpovědí, nepředkládáme procentuální poměr, ale jen konkrétní počet respondentů, kteří uvedli danou možnost. Jak je z **grafu č. 7** patrné, u 22 dotazníků nebyla uvedena žádná odpověď (otázka byla proškrtnuta) a dalších 22 pracovníků přímo uvedlo, že nemají možnost využít žádnou prevenci syndromu vyhoření poskytovanou zaměstnavatelem. Dohromady tedy celkově 44 respondentů nepopisuje, že by v jejich zařízení byla možnost využít některé, u jiných uváděné, nástroje prevence. U pracovníků, kteří udávali možnost prevence vyhoření poskytovanou zaměstnavatelem, tvořila nefrekventovanější odpověď (30 respondentů) možnost využití poukázky „flexi pass“. Patnáct respondentů považovalo za prevenci přítomnost kaplana, kterému se mohou svěřit a řešit s ním své problémy, další 2 pracovníci považují příležitost účastnit se v rámci hospicové práce Bohoslužby za preventivní aktivitu, 6 uvedlo služby interního psychologa, který je v hospicích k dispozici zejména pro klienty a 8 respondentů popisovalo probíhající semináře či další vzdělávací aktivity, které jim zaměstnavatel zprostředkovává.

Graf č. 7: Možnosti prevence vyhoření poskytované zaměstnavatelem



4.5.2 Vyhodnocení části b – Maslach Burnout Inventory

Pro posouzení výskytu a míry vyhoření u hospicových pracovníků byl použit inventář vyhoření, který v roce 1981 sestavila autorská dvojice Maslachová a Jacksonová. Maroon (2013, str. 72) uvádí, že tento nástroj pro diagnózu a měření vyčerpání je použitelný pouze pro pomáhající profese. Do uvedené profese spadají i pracovníci poskytující hospicové služby. Inventář je rozdělen na 22 tvrzení, ke kterým respondenti přiřazují sílu vlastních pocitů na škále od 0 do 7. Vyhodnocení jednotlivých otázek se pak přiřazuje do tří subškál, a to následujícím způsobem. Otázky číslo 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 a 20 jsou zařazeny do výpočtu míry vyhoření v **emocionální oblasti**. Dalších 8 otázek (otázka číslo 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 a 21) charakterizují stupeň **osobního uspokojení**. Zbývajících pět otázek (otázky číslo 5, 10, 11, 15 a 22) vyjadřují úroveň **depersonalizace**.

Tabulka č. 2: Klíč pro bodové vyhodnocení úrovně vyhoření z MBI dotazníku

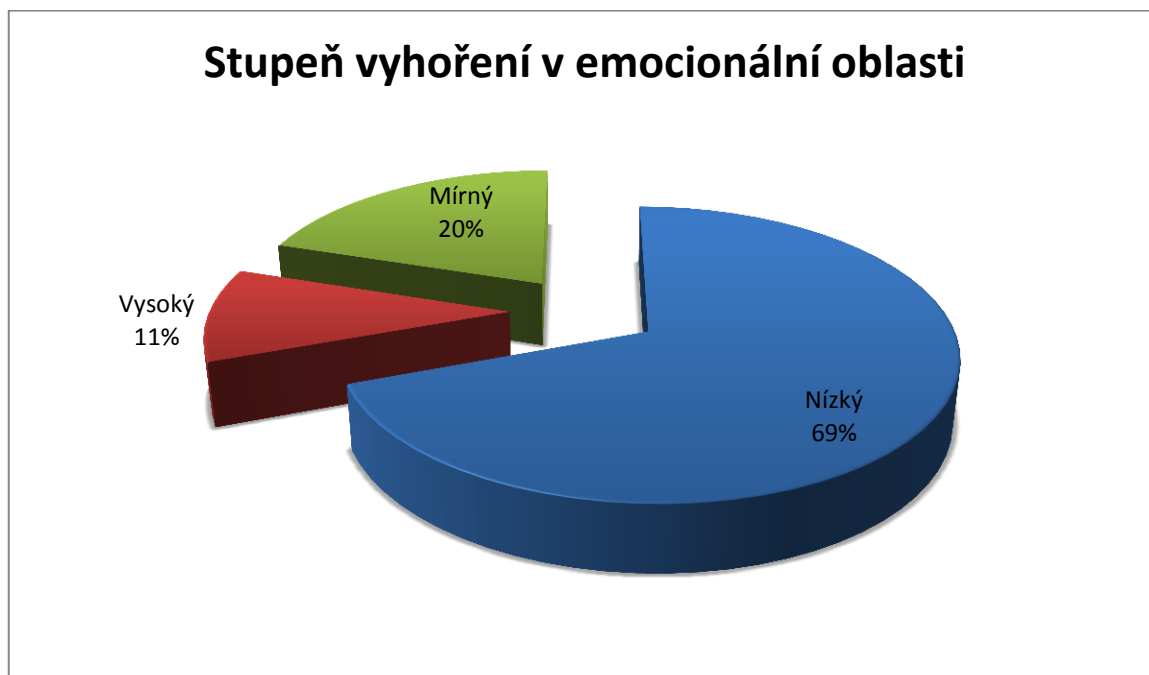
Oblast vyhoření	Nízký stupeň vyhoření	Mírný stupeň vyhoření	Vysoký stupeň vyhoření
Emocionální vyčerpání (EE)	0 - 16 bodů	17 - 26 bodů	27 a více bodů
Depersonalizace (DP)	0 – 6 bodů	7 – 12 bodů	13 a více bodů
Osobní uspokojení (PA)	Nad 39 bodů	32 – 38 bodů	0 – 31 bodů

Sečtením bodů otázek se v jednotlivých oblastech vyhodnocovala míra vyhoření, a to na škále: Nízký, Mírný a Vysoký stupeň vyhoření. Jak můžeme z tabulky č. 2 vidět, v oblasti **emocionálního vyčerpání** (ve které se sčítaly odpovědi z devíti otázek) se do **nízkého** stupně vyhoření řadili respondenti, jejichž skóre sečtené ze zmíněných devíti otázek nepřesáhlo sumu šestnácti bodů. Pracovníci, u kterých bylo sečteno více jak 17 bodů, ale nepřesáhli počet dvaceti šesti bodů, byli vyhodnoceni jako **mírně** vyhoření v emocionální oblasti a ti, u kterých čítal souhrn bodů více než 27, byli charakterizováni jako respondenti s výskytem emocionálního vyhoření ve **vysoké** míře. Podobně probíhalo vyhodnocení v pásmu **depersonalizace** (kterou tvořilo 5 otázek), tedy ti, kteří nepřesáhli šesti bodů, **nejsou** vyhořením postiženi, u pracovníků s počtem bodů od sedmi do dvanácti lze konsta-

tovat, že rozsah odosobnění je **mírný**, a respondenti s třinácti a více body jsou ve **vysoké** míře ohroženi syndromem vyhoření ve sféře depersonalizace. Výjimku tvoří poslední pole, **osobní uspokojení** (složené ze součtu odpovědí na 8 otázek), kde naopak platí pravidlo, že čím více bodů respondenti dosáhli, tím je menší rozsah výskytu vyhoření. Nejvyšší možný dosažený součet byl 56 bodů. Pokud respondenti získali více jak 39 bodů, míra vyhoření u nich byla **nízká**, ti, kteří se pohybovali v rozmezí nejvýše 38 bodů a nejméně 32 bodů lze charakterizovat jako **mírně** vyhořené a u respondentů s počtem bodů nižším jak 31 lze hovořit o **vysokém** stupni osobní neuspokojenosti.

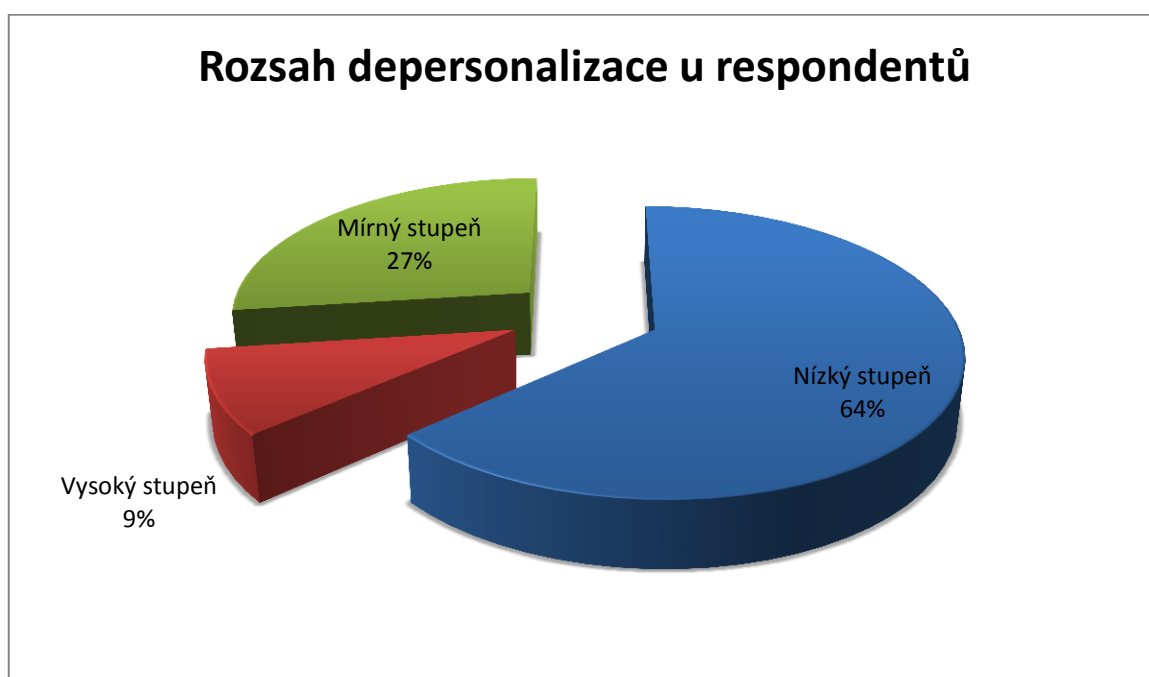
Graf číslo 8, nám vyjadřuje výskyt a úroveň rozsahu vyhoření v emocionální oblasti. Respondentů, kteří spadali do kategorie **nízkého** stupně EE, bylo celkově 59 (69%), **mírný** stupeň emocionálního vyčerpání byl přítomen u 17 (20%) respondentů a **vyhoření** v EE lze konstatovat na základě výsledků celkově u 9 (11%) pracovníků.

Graf č. 8: *Vyjádření míry emocionálního vyhoření*



Graf č. 9 nám znázorňuje rozsah odosobnění (DP) pracovníků od klientů. Skupinu, u které byl vypočítán **nízký** stupeň vyhoření, tvořilo 54 respondentů (64%), v **mírném** stupni vyhoření se nacházelo 23 pracovníků (27%) a **vysokým** stupněm vyčerpání bylo zasaženo 8 dotazovaných pracovníků (11%). Ve srovnání s rozsahem vyhoření v emocionální oblasti (graf č. 8) lze vyčíst o 5% menší počet respondentů nacházejících se v nízkém stupni vyhoření, v mírném stupni vyhoření lze sledovat nárůst o 7% více než v EE a naopak ve vysoké míře vyhoření (v případě oblasti DP – odosobnění) se nacházelo o 2% méně respondentů než v oblasti citového vyčerpání.

Graf č. 9: *Míra depersonalizace pracovníků*

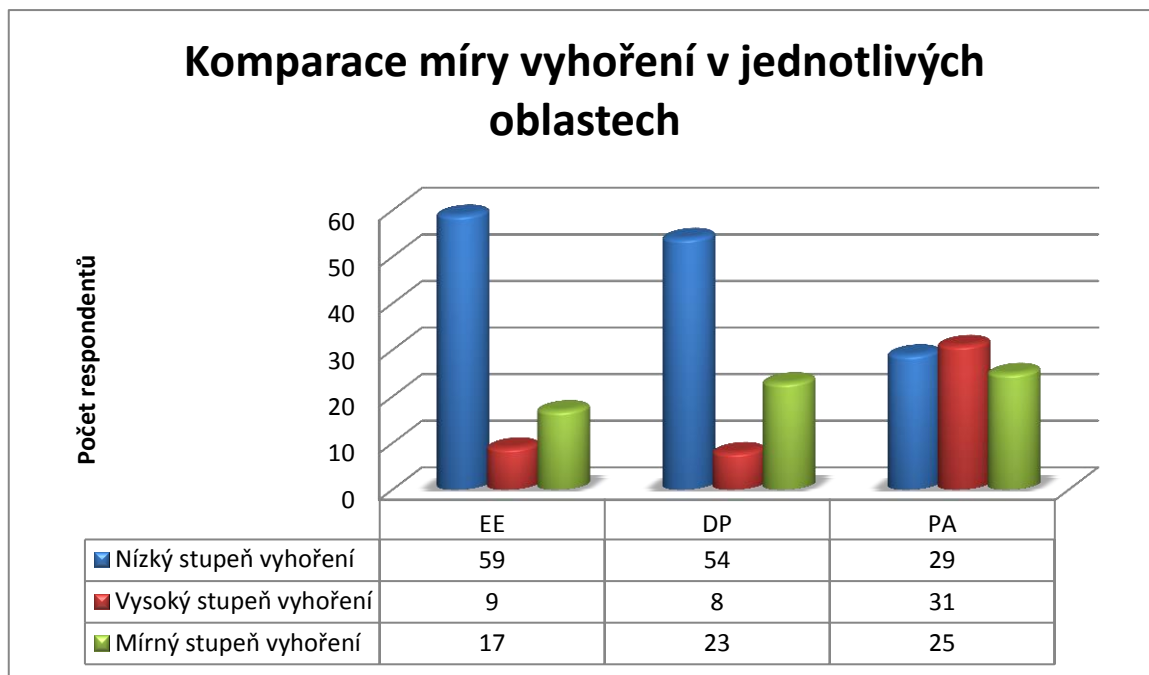


Míra uspokojení z práce se vypočítala opačným systémem, než u předchozích oblastí, kdy výše součtu bodů je nepřímě úměrná výši vyhoření. To znamená, že pokud se součet nacházel pod hranicí 31 bodů, respondent spadl do skupiny s vysokým stupněm vyhoření, která je v **grafu č. 10** uvedena jako „**Nízká míra** osobního uspokojení“. Celkově spadalo do této skupiny 31 respondentů (37%). U 25 (29%) pracovníků s celkovým skóre v rozmezí od 32 do 38 bodů se vyskytuje mírný rozsah vyhoření, charakterizováno jako **mírný stupeň** uspokojení a respondenti, kterých bylo 29 (34%) přesahující sumu 39 bodů vykazovali **vysokou míru** uspokojení z práce (což znamená nízkou míru vyhoření).

Graf č. 10: *Míra osobního uspokojení v péči o umírající klienty*

Jak můžeme z **grafu č. 11** pozorovat, nejnižší stupeň vyhoření se vyskytuje u 59 respondentů (64%) v emocionální oblasti (EE). Také depersonalizace (DP) pracovníků se pohybovala v relativně **nízké míře**, kdy se 54 (63,5%) respondentů nacházelo v nízké míře vyhasnutí, zatímco v oblasti personálního uspokojení (PA) byla v nízkém rozsahu vyhoření jen skupina o 29 (34%) pracovnících. Přítomnost **mírného stupně** vyčerpání byl nejčetnější v oblasti osobního uspokojení (PA), přesně u 25 (29%) respondentů, v podobném rozsahu, tedy u 23 (27%) pracovníků se vyskytoval ve sféře odosobnění (DP) a nejmenší zastoupení měl v emocionální oblasti (EE), kde byl přítomen u 17 (20%) dotazovaných. V pásmu **vysokého stupně** vyhoření se nacházelo nejvíce respondentů, celkem 31 (37%), v oblasti personálního uspokojení (PA), značně méně respondentů, tedy 9 z celkových 85 (11%) bylo zasáhnuto vyhořením v oblasti emocionální (EE) a podobně jako u EE bylo přítomno v oblasti odosobnění (DP) vysoké stadium vyhoření, zasaženo 8 respondentů (9%).

Graf č. 11: Komparace stupně vyhoření v oblastech EE, DP a PA



4.6 Verifikace hypotéz

Pro ověření předpokladů stanovených věcnými hypotézami byl zvolen test nezávislosti chí-kvadrát (χ^2) pro kontingenční tabulku, kdy hladina významnosti byla zvolena 0,05, která se používá ve většině pedagogických výzkumů. Byla srovnávána míra vyhoření v jednotlivých oblastech (emocionální vyčerpání EE, odosobnění DP a úroveň osobního uspokojení PA – který je odborníky spojován s mírou pracovního výkonu) s jednotlivými položkami první části dotazníku, tak, aby bylo možno zaznamenat, které z vyplněných údajů (na základě uvedených dat byli respondenti rozděleni do jednotlivých skupin podle věkové struktury, délky praxe, nejvyššího dosaženého vzdělání a přítomnosti či nepřítomnosti supervize v zařízení) lze identifikovat jako nejrizikovější na vznik syndromu vyhoření.

Verifikace hypotézy číslo 1

H_1 : U vysokoškolsky vzdělaných respondentů se vyskytuje vyšší míra osobního uspokojení, než u respondentů s nižším stupněm vzdělání.

Předpoklad dané hypotézy byl ověřen srovnáním míry vyhoření v oblasti osobního uspokojení (PA), v **tabulce č. 3** a otázky **č. 4 z části a (tabulka č. 4)**.

Tabulka č. 3: *Distribuce respondentů podle míry vyhoření v oblasti PA*

	Míra vyhoření v oblasti osobního uspokojení PA	Absolutní četnost	Relativní četnost
a	Nízká míra vyhoření	29	34%
b	Mírná míra vyhoření	25	29%
c	Vysoká míra vyhoření	31	37%
	Celkem:	85	100%

Tabulka č. 4: *Rozdělení respondentů podle stupně dosaženého vzdělání*

	Stupeň vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
a	Jiné	1	1%
b	SŠ bez maturity	19	22%
c	SŠ s maturitou	45	53%
d	VOŠ	3	4%
e	VŠ	17	20%
	Celkem	85	100%

Kvůli nízkému počtu respondentů byly spojeny skupiny **a, b** a dále skupiny **d, e**.

Tabulka č. 5: *Stupeň uspokojení podle věku*

PA	Nízký stupeň vyhoření (vysoká míra uspokojení)	Mírný stupeň vyhoření	Vysoký stupeň vyhoření (nízká míra uspokojení)	Σ
SŠ bez + jiné	7 (7)	2 (6)	11 (7)	19
SŠ s	14 (15)	16 (13)	15 (16)	45
VOŠ + VŠ	8 (7)	7 (6)	5 (7)	20
Σ	29	25	31	85

H_0 : Mezi vzděláním respondentů a mírou osobního uspokojení (PA) není statisticky významný rozdíl.

H_A : Mezi dosaženým stupněm vzdělání respondentů a vyšší personálního uspokojení (PA) je statisticky významný rozdíl.

$$\chi^2 = 5,94$$

$$\chi^2_{0,05} (4) = 9,488$$

Na základě statistického ověření přijímáme nulovou hypotézu, tedy že stupeň dosaženého vzdělání respondentů nemá statistický významný vliv na míru osobního uspokojení.

Verifikace hypotézy číslo 2

H_2 : Mladší pracovníky práce méně citově vyčerpává než starší pracovníky.

Hypotézu jsme ověřovali porovnáním **tabulky č. 6**, vyjadřujícího míru vyčerpání v oblasti EE a otázky č. 1 z části a (**tabulka č. 7**).

Tabulka č. 6: Distribuce respondentů podle rozsahu vyhoření v oblasti EE

	Míra vyhoření v emocionální oblasti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a	Nízká míra vyhoření	59	69%
b	Mírná míra vyhoření	17	20%
c	Vysoká míra vyhoření	9	11%
	Celkem:	85	100%

Tabulka č. 7: Dělení respondent do skupin podle věku

	Věková struktura respondentů vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
a	Méně než 30let	20	24%
b	30- 39 let	23	27%
c	40 – 49 let	24	28%
d	50 a více let	18	21%
	Celkem	85	100%

Tabulka č. 8: Komparace rozsahu vyhoření a věku respondentů

EE	Nízký stupeň vyčerpání	Mírný + Vysoký stupeň vyčerpání	Σ
Méně než 30 let	12 (14)	8 (6)	20
30 – 39 let	15 (16)	8 (7)	23
40 – 49 let	21 (17)	3 (7)	24
Nad 50 let	11 (13)	7 (6)	18
Σ	59	26	85

Po dalším rozdělení respondentů do skupin podle stupně vyhoření musely být sloučeny skupiny **mírný** a **vysoký** stupeň vyhoření, aby byla splněna podmínka oprávněného použití testu chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.

H_0 : Mezi věkem respondentů a mírou emocionálního vyčerpání (EE) není statisticky významný rozdíl.

H_A : Mezi věkem respondentů a mírou emocionálního vyčerpání (EE) je statisticky významný rozdíl.

$$\chi^2 = 4,87$$

$$\chi^2_{0,05} (3) = 7,815$$

Na základě výše provedeného výpočtu přijímáme nulovou hypotézu. Výpočet testu dobré shody chí-kvadrát nám ukázal, že na vznik syndromu vyhoření nemá vliv věk pracovníka.

Verifikace hypotézy číslo 3

H_3 : U pracovníků, kteří udávají, že v jejich zařízení probíhá supervize je menší míra vyhoření v emocionální oblasti než u těch, kteří uvádějí nepřítomnost supervize.

Pro ověření platnosti hypotézy jsme porovnávali výsledky vyjádřené **tabulkou č. 9** a **otázku číslo 5** z první části dotazníku (**tabulka č. 10**).

Tabulka č. 9: Distribuce respondentů podle rozsahu vyhoření v oblasti EE

	Míra vyhoření v emocionální oblasti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a	Nízká míra vyhoření	59	69%
b	Mírná míra vyhoření	17	20%
c	Vysoká míra vyhoření	9	11%
	Celkem:	85	100%

Tabulka č. 10 *Distribuce respondentů podle možnosti využití supervize v zařízení*

	Využití supervize na pracovišti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a	ano	16	19%
b	ne	58	68%
c	nevím	11	13%
	Celkem:	85	100%

Tabulka č. 11: *Výpočet významnosti supervize pro oblast EE*

EE	Nízký stupeň vyčerpání	Mírný + Vysoký stupeň vyčerpání	Σ
Supervize ano	11 (11)	5 (5)	16
Supervize ne	41 (40)	17 (18)	58
Supervize nevím	7 (8)	4 (3)	11
Σ	59	26	85

Při distribuci respondentů do skupin jednotlivých stupňů vyhoření podle možnosti využití supervize na pracovišti, musely být sloučeny skupiny **mírný** a **vysoký** stupeň vyhoření, aby byla splněna podmínka oprávněného použití testu chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.

H_0 : Mezi možnostmi využití supervize a mírou emocionálního vyčerpání (EE) není statisticky významný rozdíl.

H_A : Mezi možnostmi využití supervize a mírou emocionálního vyčerpání (EE) je statisticky významný rozdíl.

$$\chi^2 = 0,54$$

$$\chi^2_{0,05} (2) = 5,991$$

Přijímáme nulovou hypotézu, kdy probíhající supervize nemá statisticky významný vliv na míru emocionálního vyčerpání.

Verifikace hypotézy číslo 4

H_4 : K odosobnění dochází ve vyšší míře u respondentů, kteří neudávají možnost využít na pracovišti supervizi, než u respondentů, u kterých v hospici supervize probíhá.

Platnost hypotézy byla ověřována srovnáním výsledků pozorovaných z **tabulky č. 12** a **otázkou číslo 5** z první části dotazníku (**tabulka č. 13**).

Tabulka č. 12: Rozdělení pracovníků podle míry vyhoření v oblasti DP

	Míra vyhoření v oblasti odcizení DP	Absolutní četnost	Relativní četnost
a	Nízká míra vyhoření	54	64%
b	Mírná míra vyhoření	23	27%
c	Vysoká míra vyhoření	8	9%
	Celkem:	85	100%

Tabulka č. 13: Distribuce respondentů podle možnosti využití supervize v zařízení

	Využití supervize na pracovišti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a	ano	16	19%
b	ne	58	68%
c	nevím	11	13%
	Celkem:	85	100%

Tabulka č. 14: Srovnání vlivu supervize na míru odosobnění (DP)

DP	Nízký stupeň vyčerpání	Mírný + Vysoký stupeň vyčerpání	Σ
Supervize ano	12 (10)	4 (6)	16
Supervize ne	36 (37)	22 (21)	58
Supervize nevím	6 (7)	5 (4)	11
Σ	54	31	85

Při distribuci respondentů do skupin jednotlivých stupňů vyhoření v oblasti DP podle možnosti využití supervize na pracovišti, musely být sloučeny skupiny **mírný** a **vysoký** stupeň vyhoření, aby byla splněna podmínka oprávněného použití testu chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.

H_0 : Mezi možnostmi využití supervize a mírou odosobnění (DP) není statisticky významný rozdíl.

H_A : Mezi možnostmi využití supervize a mírou depersonalizace (DP) je statisticky významný rozdíl.

$$\chi^2 = 1,54$$

$$\chi^2_{0,05} (2) = 5,991$$

Přijímáme nulovou hypotézu, přičemž je z výpočtu zřejmé, že probíhající supervize v hospicovém zařízení nemá statisticky významný vliv na míru osobnění dotazovaných.

Verifikace hypotézy číslo 5

H_5 : Pracovníci, v jejichž zařízení probíhá supervize, vykazují vyšší míru osobního uspokojení než pracovníci, u kterých supervize není přítomna.

Pro ověření presumpce hypotézy jsme srovnávali výsledky vyjádřené **tabulkou č. 15** a **otázku číslo 5** z první části dotazníku (**tabulka č. 16**).

Tabulka č. 15: *Distribuce respondentů podle míry vyhoření v oblasti PA*

	Míra vyhoření v oblasti osobního uspokojení PA	Absolutní četnost	Relativní četnost
a	Nízká míra vyhoření	29	34%
b	Mírná míra vyhoření	25	29%
c	Vysoká míra vyhoření	31	37%
	Celkem:	85	100%

Tabulka č. 16: *Distribuce respondentů podle možnosti využití supervize v zařízení*

	Využití supervize na pracovišti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a	ano	16	19%
b	ne	58	68%
c	nevím	11	13%
	Celkem:	85	100%

Při distribuci respondentů do skupin jednotlivých stupňů vyhoření v oblasti PA podle možnosti využití supervize na pracovišti, musely být sloučeny skupiny **b** a **c**, aby byla splněna podmínka oprávněného použití testu chí-kvadrát pro kontingenční tabulku

Tabulka č. 17: *Porovnání výše osobního uspokojení s využitím supervize*

PA	Nízký stupeň vyčerpání (vysoká úroveň uspokojení)	Mírný stupeň vyčerpání	Vysoký stupeň vyhoření (nízký stupeň uspokojení)	Σ
Supervize ano	6 (6)	6 (5)	4 (6)	16
Supervize ne + nevím	23 (24)	19 (20)	27 (25)	69
Σ	29	25	31	85

H_0 : Mezi možnostmi využití supervize a mírou uspokojení z práce (PA) není statisticky významný rozdíl.

H_A : Mezi možnostmi využití supervize a rozsahem uspokojení z práce (PA) je statisticky významný rozdíl.

$$\chi^2 = 1,12$$

$$\chi^2_{0,05}(2) = 5,991$$

Ani v oblasti osobního uspokojení nebyl signifikantní vliv supervize na míru osobního uspokojení, přijímáme tedy nulovou hypotézu.

Verifikace hypotézy číslo 6

H_6 : U respondentů, kteří pracují v hospicové praxi méně než dva roky, je nižší míra vyhoření než u respondentů, kteří zde pracují déle.

Pro ověření presumpce hypotézy jsme srovnávali délku praxe respondentů ve všech třech oblastech vyhoření (EE, DP, PA). Ověření je znázorněno srovnáním:

- a) výsledků vyjádřených **tabulkou 18** a **otázkou číslo 3** z první části dotazníku (**tabulka č. 19**).

Tabulka č. 18: *Distribuce respondentů podle rozsahu vyhoření v oblasti EE*

	Míra vyhoření v emocionální oblasti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a	Nízká míra vyhoření	59	69%
b	Mírná míra vyhoření	17	20%
c	Vysoká míra vyhoření	9	11%
	Celkem:	85	100%

Tabulka č. 19: *Distribuce pracovníků podle délky praxe v hospicové práci*

	Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
a	Do 2 let	26	31%
b	2 – 5 let	21	25%
c	6 – 10 let	24	28%
d	11 let a více	14	16%
	Celkem	85	100%

Tabulka č. 20: Komparace délky působení v profesi a mírou vyhoření v EE

EE	Nízký stupeň vyhoření	Mírný + Vysoký stupeň vyčerpání	Σ
Do 2 let	17 (18)	10 (9)	27
2 – 5 let	14 (14)	6 (6)	20
6 – 10 let	16 (16)	8 (7)	24
11 a více let	11 (10)	3 (4)	14
Σ	58	27	85

Při distribuci respondentů do skupin jednotlivých stupňů vyhoření v oblasti EE podle délky praxe musely být sloučeny skupiny **mírný** a **vysoký** stupeň vyhoření, aby byla splněna podmínka oprávněného použití testu chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.

H_0 : Mezi délkou práce v oblasti péče o umírající a mírou emocionálního vyčerpání (EE) není statisticky významný rozdíl.

H_A : Mezi délkou práce v oblasti péče o umírající a mírou emocionálního vyčerpání (EE) je statisticky významný rozdíl.

$$\chi^2 = 0,55$$

$$\chi^2_{0,05} (3) = 7,815$$

Přijímáme nulovou hypotézu, kdy délka praxe nemá statisticky významný vliv na míru vyhoření.

- b) výsledků vyjádřených **tabulkou č. 21** a **otázkou číslo 3** z první části dotazníku (**tabulka č. 22**).

Tabulka č. 21: Rozdělení pracovníků podle míry vyhoření v oblasti DP

	Míra vyhoření v oblasti odcizení DP	Absolutní četnost	Relativní četnost
a	Nízká míra vyhoření	54	64%
b	Mírná míra vyhoření	23	27%
c	Vysoká míra vyhoření	8	9%
	Celkem:	85	100%

Tabulka č. 22: Distribuce pracovníků podle délky praxe v hospicové práci

	Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
a	Do 2 let	26	31%
b	2 – 5 let	21	25%
c	6 – 10 let	24	28%
d	11 let a více	14	16%
	Celkem	85	100%

Tabulka č. 23 Stupeň odosobnění (DP) v závislosti na délce praxe

DP	Nízký stupeň vyhoření	Mírný + Vysoký stupeň vyčerpání	Σ
Do 2 let	18 (17)	9 (10)	27
2 – 5 let	12 (13)	8 (7)	20
6 – 10 let	15 (15)	9 (9)	24
11 a více let	9 (9)	5 (5)	14
Σ	54	31	85

Při distribuci respondentů do skupin jednotlivých stupňů vyhoření v oblasti DP podle délky praxe musely být sloučeny skupiny **mírný** a **vysoký** stupeň vyhoření, aby byla splněna podmínka oprávněného použití testu chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.

H_0 : Mezi délkou práce v oblasti péče o umírající a mírou odosobnění (DP) není statisticky významný rozdíl.

H_A : Mezi délkou práce v oblasti péče o umírající a mírou odosobnění (DP) je statisticky významný rozdíl.

$$\chi^2 = 0,38$$

$$\chi^2_{0,05} (3) = 7,815$$

Na základě výpočtu přijímáme nulovou hypotézu. Míra depersonalizace není nijak markantně ovlivněna počtem let, po která pracovníci působí v oblasti hospicové péče.

- c) výsledků vyjádřených **tabulkou č. 24** a **otázkou číslo 3** z první části dotazníku (**tabulka č. 25**).

Tabulka č. 24: Distribuce respondentů podle míry vyhoření v oblasti PA

	Míra vyhoření v oblasti osobního uspokojení PA	Absolutní četnost	Relativní četnost
a	Nízká míra vyhoření	29	34%
b	Mírná míra vyhoření	25	29%
c	Vysoká míra vyhoření	31	37%
	Celkem:	85	100%

Tabulka č. 25: Distribuce pracovníků podle délky praxe v hospicové práci

	Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
a	Do 2 let	26	31%
b	2 – 5 let	21	25%
c	6 – 10 let	24	28%
d	11 let a více	14	16%
	Celkem	85	100%

Tabulka č. 26: Znázornění osobního uspokojení v návaznosti na délku praxe

PA	Nízký stupeň vyčerpání (Vysoká úroveň uspokojení)	Mírný stupeň vyčerpání	Vysoký stupeň vyhoření (Nízký stupeň uspokojení)	Σ
Do 2 let	11 (9)	7 (8)	8 (10)	26
2 – 5 let	6 (7)	4 (6)	11 (8)	21
6 – 10 let	6 (8)	10 (7)	8 (9)	24
11 a více let	6 (5)	4 (7)	4 (5)	14
Σ	29	25	31	85

H_0 : Mezi délkou práce v oblasti péče o umírající a mírou osobního uspokojení (PA) není statisticky významný rozdíl.

H_A : Mezi délkou práce v oblasti péče o umírající a mírou osobního uspokojení (PA) je statisticky významný rozdíl.

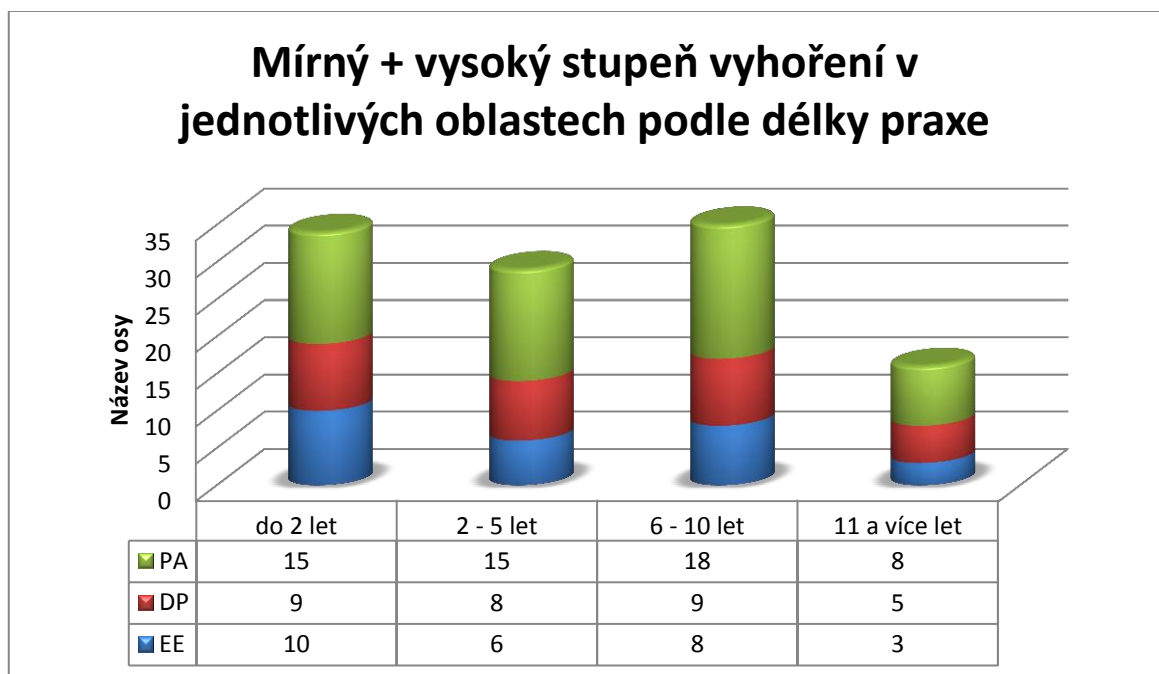
$$\chi^2 = 6,84$$

$$\chi^2_{0,05} (6) = 12,592$$

Na základě výpočtu přijímáme nulovou hypotézu. Délka působení dotazovaných v hospicovém zařízení neovlivňuje statisticky významně míru osobního uspokojení.

Pro demonstraci předkládáme **graf číslo 12**, ze kterého lze konstatovat, že po součtu stupňů mírného a vysokého vyhoření v jednotlivých oblastech (EE + DP + PA) se nejčastěji vyskytl vyhoření objevoval u respondentů, jejich délka praxe se pohybovala mezi 6 - 10 lety a u respondentů, kteří v hospicové oblasti působí méně jak 2 roky. Zjištění, že u skupiny pracovníků, působících v oblasti hospicové péče méně než dva roky, je rozsah míry vyhoření takto vysoký, je velmi alarmující.

Graf č. 12: *Komparace mírného a vysokého stupně vyčerpání v oblastech EE, DP, PA a délkou praxe respondentů*



4.7 Diskuze

Práce se předně orientovala na zmapování míry výskytu syndromu vyhoření u hospicových pracovníků. Z uvedené analýzy dat je patrné, že nejvyšší četnost vyhoření se objevovala v oblasti osobního uspokojení (PA), které bývá spojováno se snížením pracovního výkonu. Průzkum nám odhalil dohromady alarmujících 66% respondentů vykazujících přítomnost mírného až vysokého vyhoření ve zmíněné oblasti. Proto je nezbytné věnovat problematice vyhoření zvýšenou pozornost, a to jak ze strany zaměstnavatele, tak i z iniciativy samotných pracovníků. Jako první krok doporučujeme vyplnění některého z volně dostupných sebehodnotících dotazníků (např. MBI dotazník, který byl využit pro účely tohoto výzkumu). Někteří pracovníci se příliš nezajímají o vlastní míru vyhoření nebo si přítomnost jevu jen nepřipouští, proto je nezbytné zjistit vlastní stav. Na základě výsledků, v případě přítomnosti mírného či vysokého stupně vyhoření by bylo vhodné prokonzultovat situaci s nadřízeným. Zkusit společně nalézt východisko (z literatury se dovídáme, že byla položena otázka:

„Jakou souvislost má stupeň dosaženého vzdělání a věk respondentů s rozsahem vyhoření v jednotlivých oblastech (EE, DP, PA)?“ Její vyhodnocení lze nalézt v interpretaci hypotéz H_1 a H_2 .

Interpretace hypotézy H_1 : Předpokládali jsme, že vysokoškolsky vzdělaní pracovníci budou vykazovat vyšší míru uspokojení proto, že disponují širšími poznatky než středoškolsky vzdělaní respondenti. Z analýzy je ale patrné, že vysokoškolské studium nemá na míru vyhoření významný vliv. Rozhodně však nelze tvrdit, že by vysokoškolské studium nebylo efektivní a nepředalo potřebné poznatky svým studentům. Otázkou je, jaké studium pracovníci absolvovali, tedy jaký obor a zaměření si vybrali a s tím spojená otázka, zda vůbec jsou ve studiu zahrnuty poznatky o rizicích, se kterými se pomáhající pracovníci setkávají (zejména syndromu vyhoření) a strategiích prevence. Důležité je také další vzdělávání, kterého se pracovníci mají možnost zúčastnit. K dispozici je široká škála kurzů a školení, v oblasti sociálních služeb je dokonce povinností doplňovat si kvalifikaci akreditovanými školícími akcemi v rozsahu 24 bodů za 12 po sobě jdoucích kalendářních měsíců. Otázka vlivu vzdělání by byla zajímavým námětem pro další výzkum, nicméně naším záměrem bylo zjistit, zda má vysokoškolský stupeň vzdělání vliv na míru vyhoření, což se nepotvrdilo.

Interpretace hypotézy H₂: Předpokládali jsme vyšší vyčerpání u starších pracovníků, což se nepotvrdilo, důvodem může být nadšení mladého pracovníka, impulzivita v nižším věku, zatímco emocionalita staršího člověka je vyrovnanější, životní zkušenosti mu mohou pomoci vytvářet obranné mechanismy v boji proti vyčerpání, které tak mohou napomáhat kompenzovat rychlejší unavitelnost přinášenou věkem.

Byla stanovena výzkumná otázka: „**V jaké míře se v oblasti hospicové práce využívá supervize, jakožto nejznámějšího nástroje prevence „burnout“ syndromu a jaký je její vliv na výskyt a míru vyčerpání?**“ Minimum respondentů potvrzuje přítomnost supervize na pracovišti, většina uváděla buď její nepřítomnost, nebo často nevěděli, zda se u nich supervize vyskytuje nebo ne. Lze tedy předpokládat, že u dotazovaných, kteří odpověděli „nevím“, supervize neprobíhá. V tom případě by čítala nepřítomnost supervize v hospicích celkově markantních 81%. Výzkumná otázka pátrá i po vlivu supervize na míru vyhoření, což nám zodpovídají hypotézy H₃, H₄ a H₅. Je nutno však při interpretaci vzít v úvahu, že možnost využití supervize uvedlo jen zmiňovaných 16 respondentů. Takže ačkoliv se nám nepotvrdil statisticky významný vliv supervize na rozsah vyhoření v oblastech EE, DP a PA, není možno vyvozovat závěr o její neúčinnosti. Spíše by bylo vhodné dalším průzkumem zjistit příčiny tak malého využití nejznámějšího nástroje prevence syndromu vyhoření. Jelikož je supervize v pomáhajících profesích nejrozšířenějším nástrojem prevence a domníváme se, že by jí měla být věnována pozornost, rozhodli jsme se dodatečně oslovit vedení hospiců, ve kterých výzkum probíhal s dotazem na příčiny využití či nevyužití supervize. Odpověď byla překvapivá, od supervize bylo hned po prvním či druhém setkání upuštěno, jelikož supervizor neměl s oblastí péče o umírající zkušenosti. O supervizi je dále zájem, ale nedaří se nalézt vhodného supervizora.

Jako **doporučení pro praxi** bychom na základě získaných informací proto chtěli navrhnout spolupráci mezi hospici a Českým institutem pro supervizi. Poskytovatelé hospicových služeb jsou v České republice sdruženi pod Asociaci poskytovatelů hospicové paliativní péče, která garantuje kvalitu jejich služeb. Ta by měla zhotovit komplex požadavků nezbytných pro zajištění adekvátního supervizního procesu. ČIS je profesní sdružení supervizorů v Česku, jehož záměrem je zvyšování kvality supervizních služeb. Jedním z cílů je také podpora šíření supervize do dalších oblastí práce s lidmi a zajistit kvalitu supervize v těchto oblastech. Proto by mělo být v zájmu zmíněného sdružení hledání či výcvik vhodného supervizora, který by byl kompetentní pro hospicovou oblast na základě požadavků předložených ze strany APHPP.

Interpretace hypotézy číslo 6: Tato hypotéza nám odpovídá na výzkumnou otázku: „**Jaký vliv má délka působení v hospicové práci na výskyt a míru vyhoření?**“

Statistická významnost vlivu délky praxe se nepotvrdila ani v jedné oblasti vyhoření (EE, DP, PA). Někteří autoři (např. Haškovcová) tvrdí, že syndrom vyhoření nastupuje u pracovníků v pomáhajících profesích mezi 2 – 5 rokem působení v praxi. Zamítnutím hypotézy H_6 nám výzkum vyvrátil platnost této premisy pro oblast hospicové péče. Je však potřeba si uvědomit, že syndrom vyhoření je multifaktoriálně podmíněný jev a výskyt vyšší četnosti vysoké míry vyčerpání je součtem působení dalším vnitřních i vnějších podnětů. Jistě by byl zajímavý a velmi přínosný výzkum, který by byl kvalitativně orientován a zaměřoval by se právě na provázanost jednotlivých faktorů, které vyúsťují ve vznik „burnoutu“.

Poslední otázka směřovala k **možnostem prevence syndromu vyhoření, které jsou nejčastěji respondentům poskytovány v rámci jejich zaměstnání**. Ukázalo se, že celkově 65% respondentů nemá možnost využít žádnou prevenci syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele. Zbylí respondenti nejčastěji uváděli služby interního psychologa, kaplana, poskytování poukázek flexi pass či různých vzdělávacích kurzů a seminářů.

Pro praxi bychom doporučili zejména využití vzdělávacích akcí. Pokud zaměstnavatel nezajišťuje pracovníkům školení v této problematice, byla by namísto vlastní iniciativa pečujících. Je možné, že vedoucí pracovník jen není o probíhajících kurzech informován a při jejich zájmu jim bude ochoten účast umožnit. Je v zájmu vedení, aby byli zaměstnanci chráněni před negativními dopady „burnoutu“ už jen z hlediska kvality poskytovaných služeb, ale neopomenutelné je i vlastní přičinění hospicových pracovníků. Ti by měli dbát především svého zdraví, měli by v práci hledat smysl, ale nepokládat jej za jedinou náplň svého života. Měli by udržovat optimální rovnováhu mezi pracovním a osobním životem, umět je vydělit, věnovat čas sobě, svým zálibám, rodině, přátelům a orientovat se na vlastní potřeby.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou prevence syndromem vyhoření konkrétně v oblasti hospicové péče. Fenomén vyhoření se může zdát poměrně známý, domníváme se ale, že je stále potřeba mu věnovat zvýšenou pozornost. Podceňování rizika vyhasnutí pracovníků může přinášet negativní dopady jak pro samotného ohroženého jedince, tak i pro klienty, o které pečuje. Pomáhající profese vyžaduje přímou interakci s klienty, sdílení jejich pocitů, trápení, zármutku či zoufalství, které musí být pracovník schopen oddělit od svého osobního života. Pokud vchází do profese s idealistickým očekáváním a práci vnímá jako jediný smysl života, je vyhoření téměř nevyhnutelné. Psychický stav pomáhajícího, kterým je přítomnost „burnoutu“ charakteristický, se pak negativně odráží na kvalitě poskytovaných služeb. To je jeden z důvodů, proč by se prevenci vyhoření měla věnovat zvýšená pozornost. Hospicové péče je oblast, kde se pracovníci denně setkávají s truchlením, zármutkem a úmrtím svých klientů. Zde by měla platit nutnost prevence vyčerpání jako samozřejmost.

V teoretické části byly nastíněny poznatky o syndromu vyhoření, jak se projevuje, za jakých okolností vzniká a jak ovlivňuje zasaženého jedince. Vyhoření je složitý, multifaktoriálně podmíněný jev, který se rozvíjí postupně, proto byly popsány fáze, které jsou pro něj příznačné. Při zmínce o tomto negativním jevu bylo nezbytné popsat metody, kterými se lze chránit jak na úrovni organizace, tak i jedince. Jako nejrozšířenější nástroj prevence je využívána supervize, proto jí byla věnována velká pozornost. Byly vymezeny její funkce, od nichž se odvíjí formy, ve kterých probíhá. Nastínili jsme také supervizní dohodu, která se musí před jejím započítím uzavřít, aby byla zajištěna její kvalita. Zmínka byla i o etických pravidlech, které se při supervizi dodržují. Poslední úsek teorie je věnován specifické oblasti hospicové práce. Předestřeli jsme, co je to hospic, jeho základní myšlenku, obsah, znaky a formy s akcentem na lůžkovou formu, na kterou se orientoval výzkum práce.

Empirická část si kladla za cíl zmapování míry vyhoření u hospicových pracovníků. Díky výzkumu byla odhalena přítomnost vyhoření ve velkém rozsahu v oblasti osobního uspokojení, čímž byla potvrzena nutnost orientace na prevenci zmíněného fenoménu. Alarmující bylo zjištění, že oproti odborníky uváděnému obvyklému nástupu vyhoření mezi 2 -5 lety praxe bylo v hospicové oblasti vyhoření přítomno ve stejně velké míře již u pracovníků, kteří zde pracují méně než dva roky. Dalším cílem bylo zjistit, zda se na hospicích vy-

užívá supervize, její přítomnost byla opravdu minimální, na což jsme zaměřili pozornost. Zjistili jsme zájem hospiců o chybějící profesionály, kteří by byli kompetentní zajistit supervizi v oblasti hospicové práce. Zjištěná potřeba by měla být projednávána ve spolupráci hospiců a Českého institutu pro supervizi, pro zajištění maximální kvality péče o umírající.

Věříme, že přínos práce spočívá zejména ve zmapování stavu vyhoření v oblasti hospicové péče jak pro pracovníky samotné, tak i pro vedení hospiců. Práce jim (ale také široké veřejnosti) má sloužit jako pomyslné zrcadlo odrážející aktuální stav. Uvědomění si přítomnosti tak rizikového jevu by mělo vést ke kooperaci a zájmu obou stran na jeho řešení. Pomoci může i zjištění, že chybí profesionál, který by dokázal pokrýt hospicovou oblast. Odhalení chybějícího supervizora může být námětem ke spolupráci mezi Českým institutem pro supervizi a Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče, která by vedla k zaplnění chybějící oblasti, a tím ke zkvalitnění hospicových, ale i supervizních služeb.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] CALLANAN, Maggie a Patricia KELLEY. *Poslední dary: Jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. Praha: Vyšehrad, 2005. ISBN 80-7021-819-3.
- [2] HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 774 s. ISBN 978-80-7367-569-1.
- [3] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
- [4] HAVRDOVÁ, Zuzana, HAJNÝ Martin. *Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén, 2008, 213 s. ISBN 978-80-7262-532-1.
- [5] HAWKINS, Peter, SHOHET, Robin. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004, 202 s. ISBN 80-7178-715-9.
- [6] KALINA, Kamil a Antonín, ŠIMEK. *Supervize – kazuistiky*. Praha: Triton, 2004, 171 s. ISBN 80-7254-496-9.
- [7] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. 2., přeprac. vyd., V KNA 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, 175 s. ISBN 978-80-7195-573-3.
- [8] MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál, 2013, 151 s. ISBN 978-80-262-0180-9.
- [9] MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013, 395 s. ISBN 978-80-262-0213-4.
- [10] MICHKOVÁ, Adéla. *Supervize*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, 2008, 106 s. ISBN 978-80-7394-145-1.
- [11] PAČESOVÁ, Martina. *Lékař, pacient a Michael Balint: Balintovské skupiny v Česku*. Praha: Triton, 2004, 170 s. ISBN 80-7254-491-8.
- [12] PARADIS, Lenora Finn. *Stress and burnout among providers caring for the terminally ill and their families*. New York: Haworth Press, 1987, 276 s. ISBN 0-86656-674-0.
- [13] PAYNE Sheila, SEYMOUR Jane a INGLETON Christine. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.

[14] POSCHKAMP, Thomas. *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Brno: Edika, 2013, 104 s. ISBN 978-80-266-0161-6.

[15] SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka: Podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2008, 234 s. ISBN 978-80-7367-369-7.

[16] SCHWARTZ, Bernard, FLOWERS, John V. *Jak selhat jako terapeut: 50 způsobů jak ztratit nebo poškodit svého klienta*. Praha: Portál, 2012, 144 s. ISBN 978-80-262-0074-1.

[17] STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010, 101 s. ISBN 978-80-247-3553-5.

[18] STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM, Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H & H, 2006, 161 s. ISBN 80-7319-059-1.

[19] SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011, 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1.

[20] SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2012, 109 s. ISBN 978-80-247-4107-9.

INTERNETOVÉ ZDROJE

[21] APHPP. *Co je hospic a pro koho je určen?* [online]. 2010, [cit. 2014-04-27]. Dostupné z <http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/co-je-hospic/>

[22] APHPP. *Standardy hospicové paliativní péče APHPP*, [online]. 2006, © 2010, [cit. 2014-03-23]. Dostupné z <http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/standardy-kvality/>

[23] ČESKÝ INSTITUT PRO SUPERVIZI. *Etické zásady ČIS* [online]. 2010 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: <http://www.supervize.eu/o-techto-strankach/eticke-zasady/>

[24] ČESKÝ INSTITUT PRO SUPERVIZI. *Jak supervize probíhá* [online]. 2006a [cit. 2014-04-26]. Dostupné z: <http://www.supervize.eu/o-supervizi/jak-supervize-probiha/>

[25] ČESKÝ INSTITUT PRO SUPERVIZI. *Co je supervize* [online]. 2006b [cit. 2014-04-26]. Dostupné z: <http://www.supervize.eu/o-supervizi/co-je-supervize/>

[26] ČESKÝ INSTITUT PRO SUPERVIZI. *Kdo je supervizor* [online]. 2006c [cit. 2014-04-26]. Dostupné z: <http://www.supervize.eu/supervizori/kdo-je-supervizor/>

[27] HOSPICE: O důstojném životě terminálně nemocných. *Co je to paliativní léčba, péče a medicína?* [online]. 2010 [cit. 2014-04-27]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>

[28] KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 23 s. ISBN 80-7071-231-7.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

APHPP Asociace poskytovatelů paliativní hospicové péče

ČIS Český institut pro supervizi.

DP Depersonalizace

EE Emotional exhaustion

MBI Maslach burnout inventory

PA Personal accomplishment

WHO World health organization

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: <i>Vybavení pokoje lůžkového hospice</i>	48
--	----

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: <i>Věková struktura respondentů</i>	55
Graf č. 2: <i>Pohlaví respondentů</i>	55
Graf č. 3: <i>Délka praxe respondentů</i>	56
Graf č. 4: <i>Dosažené vzdělání respondentů</i>	57
Graf č. 5: <i>Supervize na pracovišti</i>	58
Graf č. 6: <i>Forma supervize probíhající na pracovišti</i>	59
Graf č. 7: <i>Možnosti prevence vyhoření poskytované zaměstnavatelem</i>	60
Graf č. 8: <i>Vyjádření míry emocionálního vyhoření</i>	62
Graf č. 9: <i>Míra depersonalizace pracovníků</i>	63
Graf č. 10: <i>Míra osobního uspokojení v péči o umírající klienty</i>	64
Graf č. 11: <i>Komparace stupně vyhoření v oblastech EE, DP a PA</i>	65
Graf č. 12: <i>Komparace mírného a vysokého stupně vyčerpání v oblastech EE, DP, PA a délkou praxe respondentů</i>	76

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: <i>Fáze podle Kübler-Rossové</i>	42
Tabulka č. 2: <i>Klíč pro bodové vyhodnocení úrovně vyhoření z MBI dotazníku</i>	61
Tabulka č. 3: <i>Distribuce respondentů podle míry vyhoření v oblasti PA</i>	66
Tabulka č. 4: <i>Rozdělení respondentů podle stupně dosaženého vzdělání</i>	66
Tabulka č. 5: <i>Stupeň uspokojení podle věku</i>	66
Tabulka č. 6: <i>Distribuce respondentů podle rozsahu vyhoření v oblasti EE</i>	67
Tabulka č. 7: <i>Dělení respondentů do skupin podle věku</i>	67
Tabulka č. 8: <i>Komparace rozsahu vyhoření a věku respondentů</i>	68
Tabulka č. 9: <i>Distribuce respondentů podle rozsahu vyhoření v oblasti EE</i>	68
Tabulka č. 10: <i>Distribuce respondentů podle možnosti využití supervize v zařízení</i>	69
Tabulka č. 11: <i>Výpočet významnosti supervize pro oblast EE</i>	69
Tabulka č. 12: <i>Rozdělení pracovníků podle míry vyhoření v oblasti DP</i>	70
Tabulka č. 13: <i>Distribuce respondentů podle možnosti využití supervize v zařízení</i>	70
Tabulka č. 14: <i>Srovnání vlivu supervize na míru odosobnění (DP)</i>	70
Tabulka č. 15: <i>Distribuce respondentů podle míry vyhoření v oblasti PA</i>	71
Tabulka č. 16: <i>Distribuce respondentů podle možnosti využití supervize v zařízení</i>	71
Tabulka č. 17: <i>Porovnání výše osobního uspokojení s využitím supervize</i>	71
Tabulka č. 18: <i>Distribuce respondentů podle rozsahu vyhoření v oblasti EE</i>	72
Tabulka č. 19: <i>Distribuce pracovníků podle délky praxe v hospicové práci</i>	72
Tabulka č. 20: <i>Komparace délky působení v profesi a mírou vyhoření v EE</i>	73
Tabulka č. 21: <i>Rozdělení pracovníků podle míry vyhoření v oblasti DP</i>	73
Tabulka č. 22: <i>Distribuce pracovníků podle délky praxe v hospicové práci</i>	74
Tabulka č. 23: <i>Stupeň odosobnění (DP) v závislosti na délce praxe</i>	74
Tabulka č. 24: <i>Distribuce respondentů podle míry vyhoření v oblasti PA</i>	75
Tabulka č. 25: <i>Distribuce pracovníků podle délky praxe v hospicové práci</i>	75
Tabulka č. 26: <i>Znázornění osobního uspokojení v návaznosti na délku praxe</i>	75

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

Příloha P II: zásady Evropské Asociace supervize

Příloha P III: etické zásady čis

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Petra Stuchlíková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Sociální pedagogika na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. V současné době také působím v hospici Hvězda, což je důvod, proč se zajímám o problematiku prevence syndromu vyhoření u hospicových pracovníků. Do rukou se Vám dostává dotazník, který má pomoci zjistit, zda a v jaké míře se vyskytuje syndrom vyhoření u hospicových pracovníků – máte tedy možnost sami odhalit, zda, v jaké oblasti a v jaké míře se Vás samotných fenomén syndromu vyhoření týká. Dotazník také obsahuje několik otázek týkajících se supervize jako nástroje prevence zmíněného syndromu vyhoření. Dotazník je **zcela anonymní**, prosím Vás tedy o jeho pravdivé vyplnění, výsledky budou interpretovány v obecné rovině, nemusíte se obávat prozrazení Vaší identity či snad poškození dobrého jména zařízení, ve kterém pracujete. Prosím, zvolte vždy jen **jednu odpověď** (pokud nebude uvedeno jinak).

Děkuji za Váš čas a ochotu spolupráce.

1. Věk
 - a) méně než 30 let
 - b) 30 – 39
 - c) 40 – 49
 - d) 50 a více

2. Pohlaví
 - a) žena
 - b) muž

3. Jak dlouho pracujete v oblasti hospicové péče?
.....

4. Nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) SŠ bez maturity
 - b) SŠ s maturitou
 - c) Vyšší odborné (Dis.)
 - d) Vysokoškolské (Bc., Mgr.)
 - e) Jiné.....

5. Probíhá na Vašem pracovišti supervize, do které máte možnost se zapojit?
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

Pokud jste odpověděli „Ne“ či „Nevím“, pokračujte otázkou číslo 7.

6. Jestliže ve Vašem zařízení supervize probíhá, v jaké formě?
 - a) Individuální (kdy se jedná o setkání pracovníka a supervizora nad případem)
 - b) Týmová (kdy supervizor pracuje s týmem na jejich týmové komunikaci, organizaci práce nebo rozvojových tématech)
 - c) Skupinová (během které skupina pracovníků spolu se supervizorem hovoří o případu jednoho z nich. Ostatní členové supervizní skupiny spolupracují).

7. Jakou jinou možnost prevence syndromu vyhoření, poskytovanou zaměstnavatelem, využíváte? (například v zařízení působí kaplan či psycholog, kterému se svěřujete, zaměstnavatel Vám poskytuje flexi pass *)
.....
.....
.....
.....

* Flexi pass - je druh poukázek, určených vždy pro jednu z tematických oblastí pokrývajících kulturu, sport, relaxaci, dovolenou, vzdělávání, zdravotní péči, nákup léků a zdravotních pomůcek, lázeňské programy či očkování. Můžete jej tedy využít například na pobyt v lázních, nákup potravin, návštěvu divadla...

MBI (Maslach burn-out inventory),

MBI dotazník patří mezi nejčastější metody vyšetřování syndromu vyhoření. Tuto metodiku publikovala v roce 1981 autorská dvojice Christina Maslach a Susan E. Jackson. Zjišťují se při ní tři oblasti vyhoření: emocionální vyčerpání, depersonalizace, tedy ztráta úcty k druhým lidem a osobní uspokojení.

V následující tabulce, prosím, vyplňte u každého tvrzení jeden křížek do vyznačených políček na škále 1-7, a to podle uvedeného klíče pocitů, které sami obvykle prožíváte.

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

		Vůbec							velmi silně			
1	Práce mne citově vysává	0	1	2	3	4	5	6	7			
2	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil	0	1	2	3	4	5	6	7			
3	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a	0	1	2	3	4	5	6	7			
4	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů	0	1	2	3	4	5	6	7			
5	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi	0	1	2	3	4	5	6	7			
6	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.	0	1	2	3	4	5	6	7			
7	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů	0	1	2	3	4	5	6	7			
8	Cítím "vyhoření", vyčerpání ze své práce	0	1	2	3	4	5	6	7			
9	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a naladuju.	0	1	2	3	4	5	6	7			
10	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem	0	1	2	3	4	5	6	7			
11	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým	0	1	2	3	4	5	6	7			
12	Mám stále hodně energie	0	1	2	3	4	5	6	7			
13	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení	0	1	2	3	4	5	6	7			
14	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává	0	1	2	3	4	5	6	7			
15	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty	0	1	2	3	4	5	6	7			
16	Práce s lidmi mi přináší silný stres	0	1	2	3	4	5	6	7			
17	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru	0	1	2	3	4	5	6	7			
18	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty	0	1	2	3	4	5	6	7			
19	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého	0	1	2	3	4	5	6	7			
20	Mám pocit, že jsem na konci svých sil	0	1	2	3	4	5	6	7			
21	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.	0	1	2	3	4	5	6	7			
22	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy	0	1	2	3	4	5	6	7			
		Vůbec							velmi silně			

PŘÍLOHA P II: ZÁSADY EVROPSKÉ ASOCIACE SUPERVIZE

1. Preambule

Evropská asociace supervize EAS zahrnuje jednotlivce a instituce pracující v oblastech supervize (supervizoři), výuky supervize (vyučující supervizoři) a výcviku supervizorů (instruktoři). V oblasti sociální psychologie EAS dodržuje platné obecné zásady profesionálních standardů. Výše zmínění jednotlivci jsou v následujícím textu označováni jako členové. Supervidovaný značí osobu, které je poskytována supervize. Jako klient je označován klient supervidovaného. Kandidát je někdo, kdo se účastní výcvikového programu pro supervizory.

Účel těchto etických zásad

Etické zásady členů EAS mají pomoci:

1. Zaručit klientům, supervidovaným a kandidátům ochranu před etickými a právními nároky;
2. Splnit požadavky supervidovaných a jejich odborného růstu způsobem přinášejícím prospěch klientovi;
3. Splnit požadavky kandidátů týkající se jejich výcviku a odborného růstu způsobem přinášejícím prospěch klientovi a odpovídajícím požadavkům výcvikového programu;
4. Koncipovat způsoby, postupy a kritéria uskutečňování výcvikových programů.

Tyto zásady umožňují členům zkoumat a objasňovat etické aspekty jejich práce. Slouží také k informování veřejnosti o tom, co může v tomto ohledu od členů očekávat. Vždy po pěti letech - v případě potřeby častěji - budou tyto zásady oficiálně zkontrolovány a upraveny tak, aby členům pomáhaly v etických otázkách během supervize a výcviku.

Základní předpoklady

Členové respektují důstojnost všech lidí. Nediskriminují na základě kulturního nebo etnického původu, fyziologického, psychologického, sociologického, ekonomického stavu nebo sexuálních preferencí.

Členové praktikují své povolání s plným vědomím práva země, ve které žijí.

Prvořadou povinností členů je chránit supervidovaného a jeho klienty. Členové proto mají supervidovanému poskytovat co nejlepší službu a nemají dělat nic, co by mohlo záměrně nebo z nedbalosti poškodit supervidovaného.

Členové se mají snažit o to, aby si supervidovaný začal uvědomovat důstojnost, autonomii a zodpovědnost lidské bytosti a mají podporovat jednání vyplývající z tohoto uvědomění.

Členové mají věnovat maximální možné úsilí tomu, aby zajistili optimální splnění zakázky supervidovaných.

Užívání etických zásad

V případě zřejmého nedodržení těchto zásad se členové nebo jiné zainteresované strany mohou obrátit na komisi pro etiku a otázky povolání (the Commission for Ethics and Occupational Questions) EAS. EAS může pozastavit členství člena nebo dočasně zrušit jeho kontrakt o pokročilém výcviku, jestliže se jeho chování neřídí základními principy formulovanými v těchto zásadách a jestliže není ochoten po jednání s kolegy nebo s profesní asociací toto chování změnit.

2. Prospěch a práva supervidovaného a klienta

2.01 Členové jsou povinni provázet a učit supervidované respektovat integritu a prosazovat prospěch svých klientů. Členové od supervidovaných a kandidátů výcvikového programu očekávají, že budou informovat své klienty o tom, že je jim poskytována supervize a že pozorování a/nebo záznamy ze sezení mohou být ukázány supervizorovi.

2.02 Členové nemají ani neurčitě naznačovat klientům nebo supervidovaným, že mají vyšší vzdělání nebo akademickou kvalifikaci, než jaké skutečně mají.

2.03 Členové mají informovat klienty o jejich právech - včetně práva na ochranu osobnosti a práva klienta na to, aby informace, které poskytne při konzultaci, zůstaly důvěrné. Dále mají být klienti zpraveni o tom, že jejich právo na ochranu osobnosti a právo na zachování důvěrnosti informací nebude supervizí ovlivněno.

2.04 Člen nemá supervidovaného jakkoliv zneužívat, a zvláště ne k jakémukoli materiálnímu nebo osobnímu prospěchu. Sexuální vztahy mezi členy a supervidovanými jsou zakázány.

2.05 Ve shodě s dostupnými informacemi má člen mít se svým supervidovaným vztah, který je založený na kontraktu. Obě strany by měly mít schopnost a úmysl řídit se obsahem tohoto kontraktu. Jestliže supervidovaný nebo člen není s to se řídit podmínkami kontraktu, musí člen ukončit vztah takovým způsobem, aby supervidovaný neutrpěl žádnou újmu.

2.06 Vstoupením do tohoto vztahu vytváří člen pro supervidovaného vhodné prostředí. To zahrnuje fyzickou bezpečnost během práce a informace o každém riskantním postupu a souhlas pokračovat.

2.07 Pracovní poznámky - včetně poznámek zaznamenaných během rozhovorů, výsledky testů, korespondence, elektronicky uložené dokumenty a zvukové a obrazové nahrávky jsou důvěrné, odborné informace. To zahrnuje odborné informace od třetích stran. Takový materiál může být použit pro výcvik, supervizi nebo výzkum pouze tehdy, jestliže klient (nebo zákonný zástupce v případě nezletilé osoby) udělil písemné svolení.

2.08 Profesionální vztah mezi členy a supervidovanými je definován kontraktem a končí s ukončením kontraktu. Avšak jisté profesionální závazky existují dokonce i po ukončení kontraktu. Týkají se následujících bodů:

- a. Zachovávání důvěrnosti informací
- b. Nezneužívání předchozího vztahu
- c. Poskytnutí potřebné následné péče v případě nutnosti

2.09 Při zkoumání lidí se supervizoři musí držet platných profesních a právních zásad a předpisů.

2.10 Jestliže dodržení smluvního vztahu ohrožují osobní nebo zdravotní problémy, potom členové musí buďto zodpovědným způsobem ukončit kontrakt, nebo zajistit, aby byly supervidovanému poskytnuty veškeré náležité informace, aby se mohl sám rozhodnout, zda pokračovat v kontraktu, nebo ne.

3. Profesionální činnost supervizora

Role supervizora zahrnuje následující povinnosti:

- a. Monitorovat prospěch klienta
- b. Zajišťovat dodržování příslušných právních, etických a profesionálních zásad a předpisů klinické a konzultantské praxe
- c. Monitorovat dosažené klinické a konzultantské výsledky a odborný růst supervidovaného.

3.01 Členové nepřijímají žádné supervizní zakázky, jestliže pro ně nemají speciální výcvik.

3.02 Supervizoři absolvují další výcvik a pokročilý výcvik, například kursy, semináře a odborné konference; a to průběžně a pravidelně. Tento výcvik má být ve všech oblastech, ve kterých pracují.

3.03 Supervizoři supervidovaného podporují v tom, aby si uvědomoval etická a odborná témata, stejně jako právní odpovědnost své práce.

3.04 Supervizoři supervidované důsledně vedou k dodržování právních ustanovení týkajících se výkonu jejich profese.

3.05 V krizových situacích má supervidovaný možnost kontaktovat svého supervizora nebo jiného kolegu.

3.06 Monitorování supervizní činnosti pomocí diktafonu, magnetofonu nebo videorekordéru - kromě zpracovávání ústních a písemných zpráv - je standardní a pravidelnou součástí supervizního procesu.

3.07 Supervizoři mají zajišťovat, aby frekvence a trvání kontaktu se supervidovanými odpovídala zakázce.

3.08 Supervizoři mají supervidovaným poskytovat průběžnou zpětnou vazbu důležitou pro řádné splnění jejich zakázek. Má být prováděna způsobem odpovídajícím kontraktu a úrovni výcviku. Může být oficiální nebo neformální; ústní nebo písemná.

3.09 Supervizoři, kteří supervidovaným radí ve více než jedné roli (například jako lektori, kliničtí supervizoři, supervizoři pracující s týmem) mají v maximální možné míře omezit konfliktní oblasti. V zásadě mají být tyto role rozděleny mezi různé supervizory. Jestliže to není možné, má být supervidovaný důkladně informován o tom, jaká očekávání a jaké povinnosti provázejí každou roli. Odlišné role mají být odděleny v prostoru a čase.

3.10 Supervizoři nemají mít žádný sexuální kontakt se supervidovanými. Supervizoři se vyhnou společenskému styku se supervidovanými, pokud by mohl ohrozit vztah mezi supervizorem a supervidovaným. Jestliže je z jakéhokoliv důvodu omezena objektivita supervizora nebo jeho schopnost profesionálně hodnotit, bude supervizní vztah ukončen.

3.11 Supervizoři nemají poskytovat jakýkoli druh psychoterapie jako náhradu nebo doplněk supervize. Osobní záležitosti se budou během supervize probírat jen z hlediska jejich vlivu na klienty nebo z jiných odborných důvodů.

3.12 Při průběžném posuzování a vyhodnocování supervidovaného si supervizor uvědomuje jeho osobní nebo profesionální omezení. Supervizoři mohou doporučit psychoterapii nebo psychologickou poradenskou službu, jestliže se ukáže, že supervidovanému činí potíže porozumět sám sobě nebo řešit problémy do takové míry, že to brání v efektivní práci. Samotní supervizoři nesmějí tuto terapii/poradenskou službu poskytovat.

4. Výcvik

4.01 Lektori mají zajistit, aby poskytované výcvikové programy (training programmes) a vzdělávání (learning experiences) byly v souladu se současně platnými směrnicemi EAS a ostatních uznaných asociací.

4.02 Lektori a vyučující supervizoři mají nabízet kurzy a vyučování supervizi jen v oblastech, ve kterých mají požadovanou kvalifikaci a zkušenost.

4.03 Aby dosáhli nejvyšší kvality v oblasti výcviku a supervize, lektori a vyučující supervizoři se mají aktivně účastnit diskusí s kolegy, kteří mají podobný výcvik a zkušenosti.

4.04 Lektori mají kandidátům poskytnout podrobné informace o výcvikovém programu poskytovaném jejich institucí, pokud jde o požadavky, očekávání, role a pravidla. Očekávají od svých kandidátů přiměřenou úroveň participace na přípravě pravidel svých institutů, programů, kursů a individuálních podmínek pro supervizi. Mají přijmout jen ty kandidáty, kteří splňují nezbytné předpoklady stanovené EAS pro přijetí do výcvikového programu.

4.05 Lektori a vyučující supervizoři poskytují kandidátům vzdělávání, které integruje teoretické znalosti s praktickou aplikací. Informují supervidované o cílech, postupech a teoretické orientaci metody, kterou zvolili. Kandidáti mají možnost použít, co se naučili, a porozumět teorii, ze které daná praxe vychází. Vyučované teoretické modely a metody reflektují současnou praxi, výzkum a prameny.

4.06 Lektori a vyučující supervizoři podporují a povzbuzují kandidáty, aby definovali svoji vlastní teoretickou orientaci, stanovili si své vlastní učební cíle a monitorovali svůj pokrok v dosahování svých cílů.

4.07 Lektori posuzují zkušenosti a schopnosti supervidovaných, aby stanovili standard profesionálních kompetencí. Omezují činnosti supervidovaných v závislosti na aktuální úrovni schopností a zkušeností.

4.08 Supervizoři doporučí psychoterapii nebo psychologickou poradenskou službu, jestliže supervidovanému činí potíže porozumět sám sobě nebo řešit problémy do takové míry, že to brání v efektivní práci. Samotní supervizoři nesmějí tuto terapii/poradenskou službu poskytovat.

4.09 Lektor nemá doporučit kandidáta ke zkoušce, jestliže se domnívá, že kandidát je předpojatý způsobem, který bude mít vliv na jeho odbornou způsobilost. V takových případech lektor pomáhá kandidátovi pochopit podstatu jeho předsudku a pokud možno jej překonat.

4.10 Pokud se ukáže, že kandidát nemůže poskytovat žádnou kvalifikovanou profesionální službu, bude vyloučen z výcvikového programu. Takoví kandidáti obdrží jasné a odborné písemné vysvětlení.

4.11 Jestliže výcvikový program zahrnuje seberozvíjející zkušenosti nebo porady, při kterých vyjdou na světlo důvěrné osobní podrobnosti, budou přijata opatření zabraňující tomu, aby se lektori a supervizoři dostali do konfliktního postavení v případě, že mají ve výcvikovém programu ještě jiné role.

4.12 V případě konfliktů mezi požadavky klienta, kandidáta a výcvikového programu nebo organizace zajišťující program mají lektori dodržovat následující pořadí priorit. Vnitrostátní zákony a předpisy jednotlivých zemí jsou vždy prvním východiskem, protože se obvykle zabývají ochranou klienta. Jestliže právní ustanovení a etické zásady nejsou k dispozici nebo nejsou jasná, bude se posuzování lektora řídit následujícím seznamem:

- a. Příslušná právní ustanovení a etické zásady (například povinnost vydávat varování, zákony týkající se zneužívání dětí atd.)
- b. Prospěch klienta
- c. Prospěch supervidovaného (nebo kandidáta)
- d. Prospěch supervizora (nebo vyučujícího supervizora nebo lektora)
- e. Požadavky výcvikového programu a/nebo místa, kde se program koná, technicko-administrativní požadavky

5. Profesionální praxe

5.01 Během celé své profesionální kariéry se i samotní členové mají podrobovat supervizi, bez ohledu na úroveň výcviku, složené zkoušky nebo na členství v profesní organizaci. Mají stále držet krok s rozvojem svého oboru tak, že se účastní konferencí a seminářů a budou se průběžně informovat o problémech diskutovaných v profesních asociacích.

5.02 Členové se mají na veřejnosti zdržet hanlivých poznámek nebo narážek na postavení, kvalifikaci nebo charakter jiných členů. Na druhé straně otevřená osobní a odborná kritika je vítána.

5.03 Členové mohou vystoupit proti kolegovi, když mají důvod se domnívat, že se nechová ve shodě s etickými zásadami. Jestliže problém nelze vyřešit, mají informovat svoji profesní asociaci.

PŘÍLOHA P III: ETICKÉ ZÁSADY ČIS

Vstupem do EAS jsme přijali etické zásady asociace, které jsou pro nás závazné. Z toho vyplývá, že o nich sice můžeme vést diskusi, ale musíme je respektovat. Spíše než o aplikaci těchto zásad v českých podmínkách, lze mluvit o tom, co z toho v českých podmínkách pro nás vyplývá. V následujícím textu bude uvedena aplikace zásad Evropské Asociace Supervize na české podmínky s upozorněním na některé citlivé body. V textu tak budou odkazy na jednotlivé články etických zásad.

V preambuli je jasně uvedeno, že celá organizace slouží ve prospěch zkvalitnění práce s klientem. Supervize tedy není jenom práce pro práci, ale směřuje k něčemu velmi konkrétnímu, a to je prospěch klienta. Z toho, a z celého dalšího textu (bylo by nutno jmenovat téměř každý bod) vyplývá, že etika toho, jak dělá terapii člen EAS, není pouze jeho věcí, nebo ji nelze přiřadit pouze jako problém ČPS, ale je jednoznačně problémem i ČIS. Jinými slovy stejný problém může být věcí ČPS, EAS, lékařské komory, atp., a každá společnost jej může řešit dle svých procedurálních zásad a kodexů. V preambuli se logicky píše o etických pravidlech jako o něčem, co chrání supervidovaný a klienty. Na naše poměry je supervidovaný a klientům věnována nezvykle vysoká péče. Dále se etická pravidla popisují jako normy sloužící k dosahování kvality a k naplnění cíle terapie. Co je pro české podmínky velmi důležité, o etických pravidlech se mluví jako o důležité informaci na venek, která do značné míry rozhoduje o důvěryhodnosti organizace!

K bodu 2 (prospěch a práva supervidovaného a klienta), k bodu 3 (profesionální činnost supervizora) a dále k bodům 4 (výcvik) a 5 (profesionální praxe): Pro naše podmínky z toho vyplývá:

- klient musí být předem informován, že terapeut je supervidován, musí s tím souhlasit a musí vědět, co to znamená (bod 2.01)
- terapeut musí pravdivě klienta seznámit se svým vzděláním a kvalifikací (2.02) a z toho vyplývá, že supervizor nepřijímá žádné zakázky, pro které nemá výcvik, a také že lektori nabízejí vzdělání v oblastech, ve kterých mají požadovanou kvalifikaci a zkušenosti (4.02)
- stejně tak před zahájením supervize je nutné klienta informovat o jeho právech na ochranu osobnosti, o jeho právu na zachování důvěrnosti informací (2.03)
- Podobně lektori mají kandidátům poskytnout před zahájením podrobné informace o programu, požadavcích, očekáváních, rolích a pravidlech (4.04)
- je důrazně zakázáno jakkoli zneužívat supervidovaného, sexuální kontakt je přirozeně zakázán (2.04). Na tento požadavek navazuje poznámka k závazkům k supervidovaným, který nekončí kontraktem. I po ukončení kontraktu zůstává povinnost důvěrných informací, poskytnutí péče v případě nutnosti a nezneužívání vztahu (2.08). Z toho jednoznačně vyplývá, že nelze dělat supervizi někomu, kdo byl před tím u stejné osoby v terapii, nebo v sebezkušenostním výcviku. Na to navazuje upozornění na další neslučitelnost rolí: např. supervizor, který stejným supervidovaným radí jako klinický supervizor, supervizor pracující s týmem, nebo lektor. Doporučuje se to vůbec nedělat, nebo alespoň oddělit v prostoru a čase, nebo alespoň důsledně informovat o změně role. V českých podmínkách tuto neslučitelnost často nevidíme jako problém, natož abychom si uvědomovali, že může dojít k zneužití předchozího vztahu (3.09).
- kontrakt je povinností na začátku supervize a jeho ukončení nesmí být v neprospěch supervidovaného (2.05). Na to navazuje povinnost supervizora vést supervidovaného tak, aby si uvědomoval etická a odborná témata, stejně jako právní odpovědnost své práce (3.03 a 3.04)
- změny v kontraktu vyžadují vždy souhlas supervidovaného (2.06)
- materiály ze supervizí lze použít k výzkumu, dalšímu vzdělávání, případně jiného zveřejnění jenom s písemným souhlasem a klienta (2.07)
- monitorování supervizní činnosti je důležité a kromě ústních a písemných zpráv se doporučuje také diktafon, magnetofon a videorekordér (3.06)
- je celoživotní povinností supervizora další vzdělávání a supervize své práce. Institut by proto měl k tomu logicky přispět (3.02 a 5.01)
- supervizor nenahrazuje chybějící psychoterapii, i když ji může doporučit. Mimo jiné by se mohlo jednat o nedůstojné zacházení se supervidovaným (3.11 a 3.12)
- v případě konfliktu kandidát výcvikového programu kontra klient se berou do úvahy:
 - a. zákony a etické zásady
 - b. prospěch klienta
 - c. prospěch supervidovaného
 - d. prospěch supervizora
 - e. požadavky výcvikového programu
- členové se mají na veřejnosti zdržet hanlivých poznámek a pomluv. Na druhé straně otevřená a odborná kritika uvnitř organizace a v příslušném fóru je vítána. Znamená to to, na co nejsme zvyklí - říkat věci tam, kde se mají a ne jinde.
- členové mají právo vystoupit proti kolegovi, pokud se domnívají, že se nechová v souladu s etickými zásadami

Z uvedeného materiálu a jeho rozboru etická komise ČIS navrhuje také procedurální zásady a sankce. Sankce nejsou nejdůležitější částí etiky, nicméně jsou nevyhnutelné a velmi citlivé. Vynechat procedurální zásady a seznam jím odpovídajících sankcí znamená nevyhnutelnost práva, stejně jako ponechání člena v nejistotě, jak a zdali vůbec důstojně s ním bude zacházeno, pokud poruší etická pravidla. Jak je uvedeno v komentáři k preambuli, etické požadavky se nevztahují pouze k supervizi, nebo více, ale hlavně ke klientovi, protože on je základním cílem terapie a supervize ji pouze zkvalitňuje. Terapeutické prohřešky člena jsou tudíž i věcí etické komise ČIS. V preambuli je uvedeno i užívání etických zásad, kdy se členové EAS mohou obrátit na komisi pro etiku a otázky povolání EAS. EAS může pozastavit členství člena, nebo dočasně zrušit jeho kontrakt o pokročilém výcviku. Analogicky k tomu etická komise ČIS navrhuje procedurální zásady a seznam odpovídajících sankcí.

Návrh procedurálních zásad činnosti etické komise ČIS

1. Etická komise ČIS vychází z etických zásad Evropské Asociace Supervize a prosazuje je
2. Členové mohou vystoupit proti kolegovi, když mají důvod se domnívat, že se nechová ve shodě s etickými zásadami. Mohou tak učinit na valné hromadě ČIS, nebo písemným oznámením porušení etických zásad etické komisi ČIS. Písemné oznámení může podat i klient člena ČIS.
3. Etická komise má právo vyzvat členy ČIS, kterých se záležitost týká, k podání vysvětlení. Etická komise má potom právo vycházet z dostupných informací.
4. Pokud se některý z členů komise cítí osobně zaujatý, nebo je za zaujatého označen, a to před zahájením projednávání případu, bude etická komise rozšířena o jednoho člena, kterého stanoví na její žádost představenstvo. Člen etické komise, který je označen jako zaujatý se stává nehlasujícím přísedícím. Tento bod má zamezit patovým situacím, které vedou k zastavení procedurálního procesu a "vymahatelnosti sankcí".
5. Uložená sankce odpovídá závažnosti porušení etických zásad a postojů člena k možné nápravě.
6. Seznam a postup v ukládání sankcí:
 - a. upozornění na porušování etických zásad
 - b. upozornění na porušování etických zásad s výzvou k nápravě
 - c. výstraha pro závažné porušování etických zásad a požadování nápravy
 - d. pozastavení členství člena v ČIS, nebo dočasné zrušení jeho kontraktu o pokročilém výcviku
7. Pozastavení členství v ČIS, nebo dočasné zrušení jeho kontraktu o pokročilém výcviku musí potvrdit, nebo nepotvrdit valná hromada ČIS. Sankce a, b, c, jsou plně v kompetenci etické komise. Etická komise informuje valnou hromadu o všech projednaných případech. Etická komise má za povinnost okamžitě informovat představenstvo a valnou hromadu o tom, že projednávání závažného porušení zásad bylo zmařeno. Tento bod také ohraničuje kompetence etické komise.
8. Člen se má právo odvolat na valné hromadě. Valná hromada mu může vyhovět, ale v tom případě odvolává etickou komisi a volí novou. Jedná se také o opatření proti patovým procedurálním situacím. Autonomie komise umožňuje její autoritu a pružnost.
9. Během projednávání případu je zachovávána důvěrnost informací.
10. V případě porušení zákona etická komise plní oznamovací povinnost. V případě, že se porušení etických pravidel týká i jiných profesních organizací, např. ČPS, ČLK oznamovací povinnost etická komise nemá. Nicméně své závěry na vyžádání těchto organizací v rámci spolupráce poskytne. Vycházíme z toho, že ztráta morálního kreditu je v podstatě sama o sobě velkým trestem a není potřebné aktivní znemožňování člena.

Etická komise může být vyzvána členy ČIS a jeho orgány ke konzultaci, rozborům a návrhům řešení jakýchkoli problémů organizace.