

Univerzita Palackého v Olomouci

Katedra psychológie Filozofickej fakulty

**Stres a syndróm vyhorenia
v paliatívnej starostlivosti**



MAGISTERSKÁ DIPLOMOVÁ PRÁCA

Autor:

Bc. Daša CIPRICHOVÁ

Vedúci diplomovej práce:

Mgr. Martin KUPKA, Ph.D.

Olomouc

2011

Ďakujem môjmu vedúcemu diplomovej práce Mgr. Martinovi Kupkovi Ph.D. za cenné pripomienky a odborné vedenie pri vypracovaní diplomovej práce.

Ďakujem MUDr. Milanovi Liškovi , CSc za pomoc a cenné rady.

Prehlasujem, že som túto diplomovú prácu vypracovala samostatne s využitím uvedených zdrojov a literatúry.

V Bratislave, marec 2011

Bc. Daša Ciprichová

.....

Obsah

Úvod	7
1 Paliatívna starostlivosť	10
1.1 Budúcnosť paliatívnej starostlivosti	11
1.2 Paliatívna medicína	12
1.3 Multidisciplinárny tím	13
2 Kvalita života	14
3 Fenomén smrti	15
4 Syndróm pomáhajúcich	17
4.1 Motivácia pomáhajúcich	17
4.2 Kedy hovoríme o syndróme pomáhajúcich	17
4.3 Koncepcia Schmidbauera	18
4.4 Patológia syndrómu pomáhajúceho	18
5 Pracovný stres a záťaž, cena za starostlivosť	21
6 Prístup k chorým v jednotlivých fázach ochorenia	22
7 Syndrómu vyhorenia	25
7.1 Definície syndrómu vyhorenia	27
7.2 Modely syndrómu vyhorenia	28
7.3 Možnosti hodnotenia syndrómu vyhorenia	31
7.4 Osobnostné charakteristiky a syndróm vyhorenia	33
7.4.1 Odolnosť ako osobnostný rys	33
7.4.2 Nezdolnosť. (Hardiness)	35

7.5	Lokalizácia kontroly	36
7.6	Príčiny predchádzajúce syndrómu vyhorenia	36
7.6.1	Stres	38
7.6.2	Frustrácia	39
7.6.3	Vplyv pracovného prostredia	40
8	Vzťahy lekár, zdravotná sestra - pacient na oddeleniach paliatívnej medicíny	42
9	Dopad syndrómu vyhorenia	47
10	Redukcia stresu v paliatívnej starostlivosti	48
11	Aspekty starostlivosti o zomierajúcich	50
12	Metodologický rámec výskumu	53
12.1	Formulácia problému	53
12.1.1	Stanovenie cieľa	53
12.1.2	Stanovenie hypotéz	53
12.2	Metodika	54
12.3	Skúmaný súbor	56
13	Diskusia	71
14	Záver	83
15	Súhrn	85
16	Zoznam literatúry	87
17	Prílohy	94
18	Dodatky	100

Úvod

Paliatívna starostlivosť sa poskytuje na špeciálnych oddeleniach pre chorých v pokročilom štádiu ochorenia kedy už boli vyčerpané všetky možnosti liečby. Ide o prácu s ťažko chorými a zomierajúcimi ľuďmi. Zomierajúci človek je vnímaný ako celistvá osobnosť, ktorá túži po naplnení štyroch základných potrieb: biologickej, psychologickkej, sociálnej a duchovnej.

Jednou z úloh zdravotníckych pracovníkov je sprevádzať chorého k smrti. Spôsob ich práce a komunikácie je dôležitý v tom, ako pacient liečbu v konečnom dôsledku prijíma. Sú to zdravotníci, lekári, ošetrovatelia a psychológovia, ktorí sú súčasťou tímu v odbore, ktorý nie je nový, ale neustále sa meniaci a tým je paliatívna medicína. Ani pacienti, ani zdravotníci nie sú dostatočne pripravení na duševné napätie, záťaž a výzvy, ktoré sprevádzajú tieto situácie.

Bez ohľadu nato ako často dochádza k smrti, smrť nie je možné nikdy brať ako samozrejmú. Ako ju berú zdravotníci, ktorí sa s ňou stretávajú každodenne? Ako sa s ňou vyrovnávajú a či je výrazným stresorom si priblížime vo výskumnej časti našej práce.

So stavmi celkového, predovšetkým však psychického vyčerpania, ktoré sa manifestuje hlavne v oblasti kognície, motivácie a emócií; vyčerpania ktoré ovplyvňuje postoje a názory, ale i výkonnosť a nasledovne i profesionálne správanie a jednanie osôb sa zaoberajú psychológovia už viac ako štvrtstoročie. Problém psychického vyhorenia je veľmi závažným medicínskym problémom preto, že okrem nabúrania psychiky jednotlivca ovplyvňuje aj kvalitu života postihnutých osôb, pričom niektoré charakteristiky sú podobné, alebo temer až zhodné s charakteristikami, príznakmi a dôsledkami duševných porúch a chorôb.

Vzhľadom k závažnosti problematiky syndrómu vyhorenia, dlhodobějšíemu pobytu diplomantky na oddelení paliatívnej medicíny ako nestranného pozorovateľa s možnosťou priameho sledovania chodu pracoviska, sme v tejto diplomovej práci riešili otázky incidencie syndrómu vyhorenia a ďalších súvislostí na oddelení paliatívnej medicíny v porovnaní s podobnými údajmi získanými od pracovníkov iných ako onkologických, resp. paliatívnych odborností. Ďalším

dôvodom sledovania incidencie syndrómu vyhorenia na pracoviskách paliatívnej starostlivosti bola aj skutočnosť, že na Slovensku sme sa nestretli s podobnou informáciou, pričom táto informácia bude zaujímavejšia o fakt, že v tomto období prechádza slovenské zdravotníctvo ťažkou fázou finančnej krízy so zavádzaním nepopulárnych úsporných opatrení so všetkými negatívnymi dopadmi na zdravotníckych pracovníkov ako napr. prepúšťanie z práce, znižovanie plátov, nedostatok zdravotníckych potrieb, atď.

Táto práca je rozdelená na dve časti, na časť teoretickú a časť výskumnú. V teoretickej časti si priblížime obsah práce na paliatívnych oddeleniach, popíšeme fenomén smrti, priblížime prácu zdravotníkov s pacientami a to, čím pacient prechádza. Ďalej sa zaoberáme stresovými faktormi zdravotných pracovníkov, ktoré môžu vyústiť do syndrómu vyhorenia. Popíšeme jednotlivé štádiá syndrómu vyhorenia a na záver sa venujeme psychohygiene zdravotných pracovníkov.

Vo výskumnej časti práce zisťujeme výskyt syndrómu vyhorenia na paliatívnom oddelení, zisťujeme vplyv jednotlivých vybraných faktorov, ktoré by jeho incidenciu mohli ovplyvniť.

A. Teoretická část'

1 Paliatívna starostlivosť

História paliatívnej starostlivosti je krátka a mnohí z tých, ktorí ju tvorili sú stále nažive a môžu rozprávať svoje príbehy a zamýšľať sa nad svojimi skúsenosťami. Poučenie sa z tejto histórie je zásadné pre lepšie pochopenie súčasných polemík tejto stále špecializovanejšej oblasti a tiež pre rozvoj účinných stratégií pre budúcnosť.

Slovo pallium pochádza z latinčiny a znamená prikrývku, plášť, čo evokuje predstavu tíšenia bolesti, keď nie je možné chorobu vyliečiť. Definícia paliatívnej starostlivosti podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) znie nasledovne: „Paliatívna starostlivosť je aktívna celková liečba a starostlivosť o chorých, ktorých choroba nereaguje na kuratívnu liečbu. Najdôležitejšia je kontrola a liečba bolesti a ďalších symptómov, rovnako dôležité je však aj riešenie psychologických, sociálnych a duchovných problémov pacientov. Hlavným cieľom paliatívnej starostlivosti je dosiahnutie čo najlepšej možnej kvality života chorých a ich rodín.” (Vorlíček, 2004, Schneider, 2006).

V posledných tridsiatich rokoch prešiel model tímu paliatívnej starostlivosti významnými zmenami. Spočiatku sa obdobná starostlivosť o zomierajúcich zabezpečovala prostredníctvom rodinných príslušníkov, alebo s pomocou priateľov a susedov. Neskôr sa starostlivosť o pacientov v terminálnom štádiu ochorenia začala poskytovať prevažne v hospicioch, kde sa i v súčasnosti poskytuje zdravotná starostlivosť pacientom, ktorí nepotrebujú bezpodmienečne nemocničnú liečbu, avšak závažnosť zdravotného stavu vylučuje ošetrovanie pacienta úplne nekvalifikovanými osobami v domácom prostredí. Do hospicov sú obyčajne umiestňovaní pacienti u ktorých sa predpokladá doba prežitia cca 6 mesiacov, pričom pacienti zostávajú v hospicioch až do svojej smrti. V tomto type zdravotníckeho zariadenia už dominoval medicínsky prístup, pričom role zúčastnených zdravotníkov a ošetrovateľov boli presne vymedzené. (Ramirez 1998) Dnes však nastávajú isté zmeny. Z relatívne jednoduchého konceptu poskytovania zdravotnej starostlivosti sa s rozvojom širšie založeného verejného poskytovania stáva zložitý vzorec navzájom prepojených služieb. (Payne 2005, Kite, 2005).

Odborná paliatívna starostlivosť predstavuje malú, ale dôležitú a stále komplexnejšiu oblasť určitým spôsobom vymedzeného poskytovania komunitnej a nemocničnej starostlivosti. K pacientovi a k rodine pristupuje ako k celistvej jednotke a je pre ňu príznačná multidisciplinárna tímová práca. Paliatívna starostlivosť zahŕňa nie len stabilizáciu zdravotného stavu pacienta v terminálnom štádiu jeho ochorenia, ale aj starostlivosť o jeho sociálne, psychické a duševné potreby. (Woods,2000)

Hlavným cieľom paliatívnej starostlivosti nie je len predlžovanie života, ale dôraz je kladený aj na zlepšenie jeho kvality. Paliatívnu starostlivosť je možné aj v súčasnosti poskytovať v domácnostiach v spolupráci s praktickými lekármi a terénnymi sestrami, v hospicioch, alebo v nemocniciach priamo na špecializovaných pracoviskách paliatívnej starostlivosti. (Vorlíček, 2004, Schneider, 2006).

1.1 Budúcnosť paliatívnej starostlivosti

Paliatívna a hospicová starostlivosť sa do budúcnosti rysuje v jednom rade s prevenciou, diagnostikou a liečbou ako priorita spoločnosti. Pomáha všetkým zúčastneným prijať realitu smrti ako prirodzenú súčasť života a povzbudzuje najst duchovný zmysel života. Spirituálna starostlivosť sa spomína vo viacerých aspektoch poskytovania zdravotnej starostlivosti, avšak v kontexte paliatívnej starostlivosti s výhľadom na blížiacu sa smrť, sa spirituálna starostlivosť stáva omnoho urgentnejšou a frekventovanejšou. Paliatívna starostlivosť dokáže dosiahnuť konsenzus medzi chorým človekom, rodinou a zdravotníkmi. Zvyšuje kvalitu života, humanizuje proces zomierania, vytvára jednotiaci model paliatívnej a inštitucionalizovanej starostlivosti o zomierajúceho. (Paley, 2008)

Napriek nesporným pozitívam má paliatívna starostlivosť ešte aj v súčasnosti výrazné nedostatky, pretože táto starostlivosť nie je poskytovaná len pracovníkmi špecializovanými v odbore paliatívna starostlivosť. Paliatívnu starostlivosť poskytujú aj špecialisti iných odborností, ako sú napr. praktickí lekári, chirurgovia, gynekológovia, lekári intenzívnej starostlivosti atď., u ktorých najväčším nedostatkom v rámci poskytovania paliatívnej starostlivosti je nedostatočné

poskytovanie psychosociálnej podpory pacientovi. Z tohto dôvodu je expertmi presadzovaná myšlienka zriaďovania mobilných tímov paliatívnej starostlivosti, ktoré by navrhovali praktickým lekárom a terénnym sestram kvalifikované postupy poskytovania paliatívnej starostlivosti vrátane psychosociálnej pomoci. (Schneider, 2006, Carlson, 2007)

1.2 Paliatívna medicína

Paliatívna medicína má uznanie ako špecializovaný odbor, ktorý si vypracoval programy postgraduálneho vzdelávania nielen pre lekárov, stredný zdravotnícky personál, ale tiež pre ošetrovateľov, sociálnych pracovníkov a ostatných účastníkov ktorí sa podieľajú na multidisciplinárnych aktivitách dnešnej modernej paliatívnej starostlivosti. Kontrola bolesti a symptomatická liečba je prvoradá, nie však jediná náplň paliatívnej starostlivosti. Aj keď pokroky v liečbe onkologických ochorení sú nesporné, napriek tejto skutočnosti u mnohých pacientov tieto ochorenia končia fatálne. V odôvodnených prípadoch u pacientov nereagujúcich na príčinnú liečbu môže byť kauzálna terapia základného ochorenia ukončená, nikdy však nesmie skončiť ďalšia starostlivosť o týchto pacientov a to hlavne liečba vo forme tlmenia bolesti a v poskytovaní primeraných psychosociálnych intervencií. V týchto terminálnych štádiách je naopak potrebné dôsledne uplatňovať základný princíp paliatívnej medicíny t.j. holistický prístup k liečbe pacienta. (Durkin 2003, Ramirez, 1998)

Pacienti a ich rodinný príslušníci majú voči poskytovanej zdravotnej starostlivosti a zdravotníckym službám, ktoré sa im ponúkajú stále väčšie očakávania. Tie sa týkajú zdieľania právomoci, lepšej informovanosti, rozšírenia pacientových možností voľby a lepšej starostlivosti sústredenej na pacienta. (Agar, 2008)

V súčasnosti existuje množstvo rôznych zariadení a typov paliatívnej starostlivosti, rovnako sa mení aj úloha v rámci tímov paliatívnej starostlivosti. Niektorí autori obhajujú paliatívnu starostlivosť podporujúcu zdravie, a „zvyšovanie kvality života“ sa všeobecne považuje za úspešný výsledok paliatívnej starostlivosti.

1.3 Multidisciplinárny tím

Pacient v paliatívnej starostlivosti nie je sám iba s ošetrojúcim lekárom. Navzájom tu spolupracujú lekári, rodina pacienta, sociálny pracovník a psychológ a títo vytvárajú tím, ako základ starostlivosti o pacienta s dôrazom na komplexný prístup. Tími sa musia obracať smerom ku komunite, užívateľom a širšej sieti odborníkov a rozumieť kontextom, v ktorých pracujú. Tími musia byť vo svojej praxi reflexívne a musia pravidelne preskúmavať svoje funkcie a procesy.

Nové možnosti v starostlivosti o pacientov sa otvorili zdravotníkom a ošetrovateľom v druhej polovici dvadsiateho storočia súvisiace so zmenou vo vzdelávaní, v systéme poznatkov a v konceptoch profesijnej role. May (1992) tvrdí, že ošetrovatelia sa teraz snažia poznať pacientov ako po stránke „zjavných skutočností“, tak „skutočnosti v pozadí“ poznania.

Poznanie zjavných skutočností sa vzťahuje ku klinickej definícii tela, poznanie skutočnosti pozadia sa týka osoby ako individuality. Tento záujem ošetrovateľov o osobu ako komplexnú sociálnu bytosť s jedinečnou identitou je pre ošetrovateľský spôsob uvažovania celkom nový. To predstavuje novú úlohu, ktorá stojí pred ošetrovateľmi, pretože sa vyžaduje citlivá komunikácia a otvorenosť v šírke skúsenosti utrpenia každého človeka. Takýto prístup je potenciálne agresívny aj pre pacientov, pretože ošetrovateľom zverujú nielen svoje telo, ale tiež myšlienky, pocity a existenciálne obavy. Paliatívna starostlivosť kladie požiadavky na poznanie celej osoby a na „celostnú,“ starostlivosť o ňu.

2 Kvalita života

V tejto súvislosti, v súvislosti zdravia a choroby je potrebné zadefinovať aj kategóriu kvalita života. Kvalita života je obtiažna kategória, objektívne sa klasifikuje ťažko. Kvalita života je **silne subjektívna hodnota** pre človeka. WHO definuje kvalitu života ako jedincovu percepciu jeho pozície v živote v kontexte jeho kultúry a hodnotového systému a vo vzťahu k jeho cieľom, očakávaniam, normám a obavám. Ide o veľmi široký koncept, multifaktoriálne ovplyvnený jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavom, osobným vyznaním, sociálnymi vzťahmi a vzťahom ku kľúčovým oblastiam jeho životného prostredia (Vaďurová, 2005).

Vymětal (2003) uvádza, že kvalita života je výslednicou nasledujúcich okolností:

- stav fyzickej a psychickej pohody (absencia bolesti, nevoľnosti, depresie, strachu)
- úroveň sebestačnosti (nemocný sa sám naje, vykoná hygienu)
- pohyblivosť pacienta
- zapojenie pacienta do života, pozitívna emočná odozva (kontakt s personálom, spolupacientmi, rodinou, návštevy)
- aktívna spoluúčasť na „vytváraní vlastného osudu“ (možnosť spolurozhodovania na základe informovanosti o svojom stave)
- pacient hodnotí svoj život, vrátane hospitalizácie, za zmysluplný

Kvalita života pacientov v terminálnom štádiu ochorenia je priamo závislá na kvalite zdravotníckych a sociálnych služieb ktoré sú im ponúknuté. Tieto by mali zaistiť (a podotýkame, sú tiež schopné zaistiť) aby koniec života človeka nebol plný utrpenia a bolesti, ale že človeku bude umožnené žiť zmysluplne a bez bolesti až do konca.

Veľmi závažnými problematikami zvýšenia kvality života tesne pred smrťou sú aspekty ako je pocit osamelosti a izolácie, bolesť a úzkosť, zvládnutie symptomatiky choroby, emócie ako smútok, depresia a hnev. (Vaďurová, 2005)

3 Fenomén smrti

V paliatívnej starostlivosti do popredia vystupuje pojem smrť a ako už bolo spomenuté smrť a zomieranie je prítomné každodenne. V rámci služieb paliatívnej starostlivosti sa na smrť pozerá ako na integrálnu súčasť života. Sám život formuje kontext trúchlenia, straty a zmeny. V paliatívnej starostlivosti sa zdôrazňuje normálna povaha zármutku a smrť a umieranie sú prirodzené. (Firthová, 2007)

Jedna zo zrejmých právd je, že všetko zaniká, že sa zániku bojíme a napriek tomu musíme žiť tvárou v tvár tomuto zániku, tvárou v tvár smrti. Pre stoikov je smrť tou najdôležitejšou udalosťou v živote. Učiť sa dobre žiť znamená učiť sa dobre zomierať. Biologická hranica medzi životom a smrťou je pomerne presná, avšak psychologicky sa život a smrť zlievajú dohromady.

Heidegger sa domnieval že existujú dva stavy bytia:

1. Stav zabudnutia bytia
2. Stav uvedomovania si bytia

Tento existencionálny filozof za presun zo stavu zabudnutia do stavu uvedomovania pokladá krízové zážitky. Z týchto krízových zážitkov je smrť na prvom mieste: smrť je stav, ktorý nám umožňuje žiť náš život autenticky.

Popieranie smrti na akejkolvek úrovni je poprením vlastnej základnej podstaty a plodí stále rozsiahlejšie obmedzenie pre uvedomovanie a prežívanie. Prijatie myšlienky smrti pôsobí ako katalyzátor a vrhá nás do autentickjšieho spôsobu žitia a zvyšuje našu radosť zo života. (Yalom, 2006)

Podľa Pacovského podstatou medicíny bola vždy ochrana života. Dnes sa však od lekára vyžaduje viac. V priebehu histórie sa zmenil aj vzťah medzi lekárom a pacientom, o ktorého sa lekár stará od narodenia do smrti, v zdraví, v chorobe i umieraní. Lekár smrť chápe ako „podstatný moment života“. Kontinuita života a smrti je prirodzenou, absolútne typickou charakteristikou medicíny. Lekár pritom nevystačí iba s izolovanými biologizujúcimi koncepciami človeka. Vo fázach umierania lekár vstupuje do pacientových psychických drám a je svedkom jeho úsilia nejako sa vyrovnáť so smrťou. Smrť prekračuje teritórium subjektu, je

sociálnou udalosťou a má spoločenský dopad.(in:Steindl, 2000) Úlohou lekára je za každú cenu zachovať život, ale rovnako ťažkou úlohou je dokázať pokojne priviesť pacienta na prah smrti, keď už žiadna možnosť pozemského života nezostáva. (Haškovcová, 1975)

Uspokojovanie ťažko chorých je veľmi náročné. Vyžaduje nielen odborné znalosti a schopnosti, ale aj eticky jednoznačne pozitívne postoje lekárov a ostatného ošetrojúceho personálu. Po stáročia bolo prirodzené, najmä na vidieku, zomierať vo veľkých rodinách. Umieranie a smrť sa čoraz viac inštitucionalizuje. Posledné veci človeka sú preto v rukách lekára. Lekár sa často dostáva do ťažkostí, ako sa správať a ako sa starať o pacienta keď jeho choroba vedie neúprosne k smrti. Je to problém hlavne mladých lekárov. Doteraz nie je dostatočne prepracovaná príprava lekára a ostatných zúčastnených na to, ako pomáhať človeku v jeho najväčšej kríze t.j., počas smrteľných chorôb a tesne pred príchodom smrti. Táto kríza zasahuje samé základy osobnosti zdravotníckych pracovníkov i osobnosti zúčastnených, zasahuje ich v oblasti citovej i psychickej. Situácia v nemocniciach je k človeku často indiferentná až nepriateľská. Treba ju stále poľudšťovať. Takýmto faktorom je okrem vybavenia a prostredia aj správanie personálu. Nesmieme dopustiť aby sa v nemocnici hovorili len o chorom, treba predovšetkým hovoriť s ním.(Steindl,2000)

Smrť je realita, ktorá sa týka nás všetkých, ale zväčša sa odsúva do pozadia, tabuizuje sa. Filozofia paliatívnej starostlivosti sa všeobecne snaží zmeniť negatívnu povahu výsledku v podobe smrti prostredníctvom:

- a) dôrazu na možný vývoj tvárou v tvár smrti alebo na prijatie smrti a zmierenie sa s dobre prežitým životom (pozitívne prehodnotenie)
- b) orientáciu skôr na krátkodobé než na dlhodobé ciele, napr. na to, aby človek naplno prežil každý deň (úprava cieľov)
- c) vierou v posmrtný život alebo v to, že sa nezabudne na to, čo človek vykonal (duchovné presvedčenie)
- d) vytváranie príležitostí k tomu, aby situácia, ktorá je inak stresujúca mala aj svoje pekné stránky (pozitívne udalosti)

4 Syndróm pomáhajúcich

4.1 Motivácia pomáhajúcich

Pomáhajúci má rôzne motivácie pre svoje počínanie. Rozlišujeme medzi motiváciou vedomou a nevedomou. Vedomá motivácia je definovaná zmysluplnou činnosťou. Nevedomou motiváciou môže byť poprenie a potlačenie potreby získať pomoc, uspokojenie vlastných emočných potrieb, najmä v asymetrických vzťahoch, alebo ekonomické záujmy, ba dokonca môže ísť o prejav neurózy.(Krielkam, 2010)

Motiváciou môže byť aj uspokojovanie narcistickej potreby, potreba prežívať moc, ktorá súvisí s neurotickou štruktúrou charakteru daného človeka. (Schmidbauer,2000)

Pomáhajúci lekár, ošetrovateľ, zdravotná sestra, je okrem svojho profesionálneho zamerania človek, ktorý je účastný strát a bolestí iného človeka. Tá môže mať dve podoby a to únik, ak odborník nie je vysporiadaný so svojou ľudskou zraniteľnosťou a smrteľnosťou, alebo naopak vyjdenie k druhému. Z odborníka sa tak stáva človek, ktorý na ľudskej úrovni bude inému človeku oporou až do konca.(Hatoková,2009)

4.2 Kedy hovoríme o syndróme pomáhajúcich

Syndróm pomáhajúcich je v určitej miere prítomný v každom z nás, sám o sebe nie je patologický. Naša vnútorná situácia je utváraná individuálnymi potrebami lásky, náklonnosti, harmónie, prehľadu, sily, istoty a kontroly. V týchto prípadoch zdrojom hnacej sily a chuti pomáhať je altruizmus, t.j. nezištná pomoc.

Pokiaľ tieto potreby odmietame a nevnímame, hrozí stále silnejšia fixácia na vonkajšiu úroveň konania a výrazne sa zvyšuje riziko vzniku syndrómu pomáhajúcich ktorý je podmienený egoizmom a volaním po osobnej moci.

Konfliktnou oblasťou osoby so syndrómom pomáhajúceho je často subjektívne alebo skutočne prežité odmietnutie primárnou vzťahovou osobou, najčastejšie rodičmi. Aby mohlo byť odmietnutie zvládnuté, dochádza k urputnej identifikácii s rodičovským nadja. Túžba prijatia rodičmi nie je uspokojená a prejaví sa skrytou, neuspokojenou potrebou náklonnosti. Ide o primárny narcizmus. Postihnutý sa vyhýba vzťahu s osobami, ktoré nepotrebujú pomoc, pretože mu neponúkajú možnosť sýtiť jeho potrebu. (Kreilkam ,2010)

4.3 Konceptia Schmidbauera

Schmidbauer zdôrazňuje, že pri syndróme pomáhajúcich ide o celostnú biografickú koncepciu. Syndróm pomocníka má päť zložiek, ktoré nazval témy:

1. Odmietnuté dieťa
2. Identifikácia s nadja
3. Narcistická nenásytnosť
4. Uhýbanie pred vzájomnosťou
5. Nepriama agresia

4.4 Patológia syndrómu pomáhajúceho

Syndróm pomocníka tkvie v neschopnosti prejaviť vlastné city a potreby a táto neschopnosť sa stala súčasťou osobnostnej štruktúry. V nej sa spojila zdanlivo s nenapadnuteľnou fasádou v oblasti sociálnych služieb a latentnými fantáziami o vlastnej všemohúcnosti. U syndrómu pomocníka sa zaznamenali sklony k závislosti, výskyt depresí, úzkosti, narcistické sklony, potlačovaná agresia. Bezmocný pomocník svojim prehnaným pracovným nasadením kompenzuje pocity vnútornej prázdnoty a bezcennosti, ktoré vznikajú z nemožnosti vyjadrovať emócie a z nedostatku emocionálnej komunikácie s druhými.

Pomocník dáva a je silný. Zverenec je slabý a odkázaný na pomocníka. Ak nemá pomocník dostatok zážitkov úspechu a potvrdenia, je v nebezpečenstve osobného zlyhávania. U ľudí trpiacich syndrómom pomocníka závislosť na alkohole je častejšia, drogová závislosť je vysvetľovaná ľahšou dostupnosťou

opiátov a psychofarmák pre profesie ako sú lekári a ostatní zdravotnícki pracovníci.

Bezmocný pomocník nedokáže príliš vnímať svoje emocionálne potreby. Tie môže primerane vnímať, prejavovať a používať len ten, kto neodmieta a nepotlačuje svoje detské stránky, svoju túžbu po uznaní, seba potvrdení a zaopatrení. Preto sa pomáhajúci vyhýba vzťahom v ktorých by on nebol ten, čo dáva a cítil sa nenahraditeľný.. Pre pomáhajúceho ten kto prejavuje prania priznáva, že nie je úplne autonómny a nezávislý, priznáva, že niečo potrebuje. Kto výlučne dáva môže si dlhšie udržať grandióznu fantazijnú predstavu o svojej autonómii a suverenite. Nie je si vedomý, že sa vyhýba komunikácii a jednostranne žije vo svojich vzťahoch. Už len priblíženie k vlastným potrebám v ňom vyvoláva úzkosť a snaží sa ich nevnímať.

V prípade patologického syndrómu pomáhajúcich ochota pomáhať nie je spontánna, ani viazaná na sociálnu rolu. Je založená na odmietnutí ostatných pocitov alebo možností konania. Takýto pomáhajúci sa vyhýba spravidla všetkým vzťahom v ktorých nemôže byť ten silnejší, dávajúci a ochraňujúci. Slabosť je u nich asociovaná s pocitom menejcennosti a sila s láskou zo strany druhých. (Kreilkam, 2010)

Znaky patologického syndrómu pomáhajúcich môžu byť:

- obava žiadať niečo pre seba
- uprednostňovanie pomáhajúcich interakcií
- neočakávanie primeranej odmeny
- skrývanie vlastnej túžby po uznaní a odmene a závislosť na práci.

Silou vôle a disciplíny sa patologický pomocník môže správať navonok normálne, pokiaľ mu profesia prináša možnosti pre vlastnú tvorivosť a prináša vysokú sociálnu prestíž. Postihnutý nevnímajú do akej miery ich syndróm pomocníka obmedzuje. Postupne narastá ich vnútorná úzkosť pod tlakom okolností. Doteraz kompenzovaná narcistická porucha sa manifestuje v závislosti na alkohole a drogách.

Symptómy depresie sú u bezmocných pomocníkov zosilnené skutočnosťou, že pre nich nie je ľahké prijať pomoc a priznať vlastnú slabosť. Svojich klientov

naproti tomu uisťujú, že nie je žiadnou hanbou mať symptómy a prijať pomoc. Téma neukojiteľnej narcistickej potreby je dôležitá pre profylaxiu vyhorenia. Rýchlejšie vyhorí ten, kto pozná iba prácu a nedokáže sa od nej odpútať.

Často sa syndróm pomocníka objavuje u poskytovateľov starostlivosti o starých a chorých ľudí. Objavujú sa tu veľké deficity v dištancii voči naivnej morálke pomáhania, v ktorej sa darí nerefektovanému sebaobetovaniu a práve tak nerefektovanej tvrdosti a neprofesionálnej súcitnosti. Zaoberať sa syndróm pomocníka má svoj praktický význam v tom, že môžeme zlepšovať duševnú hygienu ľudí v pomáhajúcich profesiách a pomáhať im v budovaní stabilnej motivácie, nakoľko syndróm vyhorenia je veľmi častým prejavom komplikujúcim syndróm pomocníka.

V analýze syndrómu pomocníka je vyhorenie jedným z mnohých prejavov zlyhania. Rýchlejšie vyhorí ten, kto sa nenaučil rozlišovať medzi perfekcionizmom a realistickými nárokmi svojej motivácie k pomáhajúcemu povolaniu.

5 Pracovný stres a záťaž, cena za starostlivosť

Paliatívna starostlivosť je zasadené do kontextu značného ľudského utrpenia, ktorého sú zdravotníci zároveň svedkami aj účastníkmi. Ako pracovníci jednajúci každý deň s ľuďmi, pred ktorými stojí jedna z najťažších životných úloh a ktorí často pociťujú úzkosť, majú bolesti a riešia otázky zmyslu života. Pracovný stres a vyhorenie sú bežné všade v zdravotnej starostlivosti, paliatívna starostlivosť má isté špeciálne charakteristiky. (Aranda, in:Payneová,2000)

Pracovníci sociálnych služieb, vzdelávacích inštitúcií a pracovníci v zdravotníctve trávajú podstatnú časť pracovného času intenzívnym zapodievaním sa inými osobami. Veľmi často sú interakcie poskytovateľ - recipient centrovane hlavne na súčasné psychologické, sociálne alebo fyzické problémy klienta a sú nabité pocitmi hnevu, rozpakov, strachu . a zúfalstva. Nakoľko riešenie problémov klienta nie je vždy ľahko zistiteľné a dosiahnuteľné riešenie sa stáva nejednoznačným a frustrujúcim čo pre pracovníkov vykonávajúcich túto činnosť kontinuálne predstavuje chronický stres s emočným vyčerpaním vedúcim k vyhoreniu. (Maslach, 1996)

6 Prístup k chorým v jednotlivých fázach ochorenia

Pre správny prístup k pacientovi je dôležité pochopiť zákonitosti, ktorými pacienti so smrteľným ochorením prechádzajú. V každej fáze vývoja choroby čelí pacient odlišným problémom. Prvé problémy nastanú vtedy, keď sa pacient dozvie správu o svojej chorobe. Na začiatku je pacient v šoku, potom ho zasiahne intenzívny pocit strachu. Elizabeth Kubler-Rossová popísala pred desiatkami rokov proces, ktorým pacient prechádza pri vyrovnávaní sa s diagnózou nevyliciteľného ochorenia. Pacienti môžu prechádzať niektorými z týchto štádií ako je uvedené nižšie v tabuľke.

Fázy nasledujú viac či menej za sebou. Človek môže kolísať z jednej fázy do ďalšej a opäť sa vracat' do predchádzajúcej, k poslednej fáze nemusí ani dospieť. Spravidla však človek postupne prechádza až do poslednej fázy, alebo skončí stabilne v niektorej skoršej fáze:

<u>FÁZA</u>	<u>PREJAVY</u>	<u>ČO S TÝM</u>
NEGÁCIA Šok, popieranie	„Nie, ja nie, pre mňa to neplatí.“ „To nie je možné.“ „To je určite omyl.“ „Zamenili výsledky.“	Naviazať kontakt, získať dôveru.
AGRESIA Hnev, vzburá	„Prečo práve ja?“ „Čia je to vina?“ „Veď mi nič nebolo.“ Zlosť na zdravotníkov Zlosť na zdravých ľudí Vyčíta nespravodlivosť, a pod.	Dovoliť odreagovanie, nepohoršovať sa.
VYJEDNÁVANIE	Hľadanie zázračných liekov, liečiteľov a diétnych povier Ochotný zaplatiť čokoľvek Činí veľké sľuby	Maximálna trpezlivosť, ale pozor na podvodníkov.
DEPRESIA Smútok	Smútok z utrpenej straty Smútok z hroziacej straty Strach z účtovania Strach o zaistenie rodiny	Trpezlivo počúvať. Pomôcť urovnať vzťahy. Pomôcť hľadať riešenie (zaistenie rodiny, a pod.)

ZMIERENIE Súhlas	Vyrovnanie, pokora Skončil boj, je čas rozlúčenia „Dokonané je“ „Do Tvojich rúk“	Mlčanlivá ľudská prítomnosť. Držať za ruku, utrieť slzu. Pozor – rodina možno potrebuje pomoc viac než pacient!
----------------------------	---	--

Tabuľka 1 Fázy prežívania nevyliciteľného ochorenia (in: Kübler - Rossová, 1992).

Pokiaľ sa máme realisticky vysporiadať s otázkami života a smrti, nevyhnutne potrebujeme informácie. Zvyčajne nikto nie je schopný prijať viac než jednu vážnu informáciu naraz a pre ľudí, ktorí sú nervózni, alebo plní obáv, býva veľmi ťažké prijať a pochopiť to, čo sa im povedalo. Prijatie a spracovanie dôležitých informácií preto vyžaduje čas, čo platí aj pre oznámenie zlej správy.

Skutočnosť nevyliciteľného ochorenia prináša do psychiky pacienta množstvo zmien. Spôsob, akým sa pacient vyrovnáva so svojou životnou situáciou a ako reaguje na paliatívnu liečbu podmieňuje mnoho faktorov: jeho celkový zdravotný stav, osobnosť, kvalita jeho sociálnych väzieb s rodinou a vo výraznej miere aj kvalita jeho vzťahu a komunikácie s lekárom a ošetrojúcim personálom. Je nutné podrobne sa zamyslieť nad chorými s rakovinou, už len preto, že onkologické ochorenia majú v dnešnej dobe jednu z najvyšších úmrtností. Pacienti s rakovinou sú stále spoločnosťou stigmatizovaní, a takýto postoj situáciu pacienta sťažuje.

Pre nevyliciteľne chorého pacienta, ktorému choroba prináša výrazné obmedzenia v životnom štýle sú príznačné tieto zmeny v psychike:

1. zúženie myšlienkového obzoru vedomia- pacient žije s chorobou, zaoberá sa všetkým, čo s ňou súvisí a ostatné oblasti života sú tomu podriadené.
2. Regresia - správanie, ktoré nezodpovedá veku, mentálnej a emocionálnej vyspelosti pacienta, vyznačujúce sa napríklad emočnou labilitou, vzdorovitosťou, zvýšenou potrebou pozornosti okolia a egocentrizmom
3. zníženie sebavedomia a pokles sebaúcty ako dôsledok uvedomovania si vlastných obmedzení, zhoršeného ovládania a kontroly telesných a duševných funkcií a závislosti od pomoci zvonka.

Časť nevyliciteľne chorých pacientov trpí psychickými ťažkosťami. Môže ísť o krátkodobé reakcie ktoré odznejú, ale môžu sa aj fixovať, spájať a vyústiť do afektívnej poruchy, keď treba pacientovi poskytnúť odbornú pomoc. Súvisí to z ich premorbidnými osobnostnými charakteristikami a postojmi, s ich interpersonálnou dynamikou. (Vorlíček,2004)

Stav človeka so závažným utrpením sa často navonok prejavuje stavom akoby bez emócií. Ak sa táto tolerancia prelomí je možné pozorovať mnohé emócie a stavy úzkosti. Najčastejšie psychické ťažkosti a afektívne poruchy u nevyliciteľne chorých pacientov sú pocity samoty, opustenosti, vlastnej slabosti a neschopnosti, strach, úzkosť, smútok a smútenie, ktoré môžu prerásť do depresie, hnevu a agresie (Vymětal, 1994), poruchy nálad, demoralizácie (Tashiro 2004), pri nezvládnutej depresii hrozí dokonca aj riziko sebevraždy. (Parkes,2007)

7 Syndróm vyhorenia

Termín „vyhorenie“ resp. „burnout“ použil po prvýkrát v histórii známy spisovateľ Graham Green v roku 1961 v beletristickej poviedke nazvanej Prípady vyhorenia (A Burn-out Case). V tejto poviedke popisuje životné osudy mladého nádejného architekta, ktorý začína svoju životnú cestu s veľkými očakávaniami. Postupne stráca ilúzie až napokon znechutený absurdnosťou spoločenského života opustí svoju prácu a odchádza do africkej džungle.

Odborný termín „burnout“ v psychológii prvýkrát použil psychoanalytik Henrych Freudenberg v roku 1974 a nie je vylúčené, resp. s najväčšou pravdepodobnosťou bol inšpirovaný Grahamom Greenom . V ponímaní Freudenberga predstavovalo vyhorenie stav vyčerpania so znížením osobnej vynaliezavosti, ktorý je reakciou na emocionálne preťaženie pracovnou záťažou, ku ktorej dochádza v emočne exponovaných profesiách. Spočiatku u týchto pracovníkov v exponovaných profesiách bol pozorovaný vzostup patologického správania sa, ako je napr. alkoholizmus, užívanie drog a zvýšený počet suicídii. . Tieto poruchy boli neskôr v špecifických prípadoch identifikované ako patologická reakcia na stresujúce zamestnanie. Prvotnú štúdiu boli zamerané na syndróm stresu vo vzťahu k určitým zamestnaniam, štúdiu nedostatku ergonomických, t.j. človeku optimálne vyhovujúcich pracovných podmienok, ďalej otázkam prepracovanosti, ako aj zamestnaniam vyznačujúcim sa vysokou hladinou rizika a stresu. (Freundeberger, 1977, Visiniti, 1996,).

Všeobecne je akceptované, že syndróm vyhorenia sa vyskytuje v pomáhajúcich profesiách, t.j. v profesiách kde človek pracuje s inými ľuďmi. Za oblasť s enormne vysokým výskytom syndrómu vyhorenia sa pokladajú pracovníci pomáhajúcich profesií ako sú sociálni pracovníci, psychológovia či ošetrovatelia. (Křivohlavý ,1998)

Zvlášť rizikovou oblasťou je rezort zdravotníctva, ktorého pracovníci patria medzi tzv. pomáhajúce profesie ktoré sú najviac ohrozené syndrómom vyhorenia. Toto platí ako pre zdravotné sestry, rovnako za ohrozených vyhorením sa považujú tiež lekári, osobitne psychiatri, klinickí a poradenskí psychológovia a

psychoterapeuti, ktorí prichádzajú do styku najmä s psychickou bolesťou a utrpením klientov . (los Rijos-Castilos, 2006, Lopez-Morales, 2006, Al Turki, 2010)

Najrizikovejšie z pohľadu možnosti vyhorenia sú zdravotné sestry, ktoré sa starajú o pacientov, sú svedkami ich utrpenia a smrti a to často bez možnosti výraznejšie im pomôcť, zlepšiť im zdravotný stav. Emočne vyčerpávajúce je utešovanie pacientov, neustála potreba prejavovania empatie, súcitu ako i intímny styk s ľudskými exkrementmi (pomoc pri zvracaní, krvácaní, pomočovaní, stolici a pod.). Ide najmä o sestry slúžiace na oddeleniach jednotiek intenzívnej starostlivosti, v hospicoch, na onkologických, paliatívnych a geriatrických oddeleniach. Frustráciu týchto pracovníkov môže spôsobiť i nedostatok uznania a vďačnosti pacientov, čo môže ovplyvniť ich sebahodnotenie a následne postoj k pacientom a k zamestnaniu ako takému.(Iglesiais, 2010)

Syndróm vyhorenia býva často označovaný ako „fenomén prvých rokov v zamestnaní“, kedy po vysokých očakávaníach, entuziazme a „profesijnej mytológii“ nastáva sklamanie, frustrácia, bezmocnosť a rezignácia. Akú úlohu hrajú pri vyhorení osobnostné premenné, nie je zatiaľ celkom jasné. Mnoho expertov však za jednu z hlavných príčin vyhorenia považuje podmienky na pracovisku, okruh spolupracovníkov a ďalšie sociologické faktory.

Syndróm vyhorenia ako stav fyzického, emočného a mentálneho vyčerpania, postihuje ako sme uviedli vyššie najčastejšie jedincov v pomáhajúcich profesiách. Je sýtený nielen povahovými a osobnostnými charakteristikami, ale aj súborom negatívnych vplyvov prostredia a sociálnym pozadím. Pri prevencii a samotnom zvládaní už rozvinutého syndrómu vyhorenia sa preto treba zamerať na komplexné prehodnotenie priorít, zníženie pôsobenia stresorov, posilnenie takých osobnostných charakteristík, ktoré umožňujú lepšie vzdorovať stresu a vybudovanie podpornej sociálnej siete. (Andrášiová, 2006)

Myron D. Rush (2003), ktorý skúmal problematiku vyhorenia u misionárov a duchovných, upozornil na to, že vyhorenie vyčerpáva človeka nielen fyzicky a emocionálne, ale tiež duchovne. Veriaci ľudia, ktorým chýba sebadôvera a majú chuť rezignovať na život, prežívajú často krízu i vo svojom duchovnom živote, vo

viere v Bohu. Duchovná vyčerpanosť napokon vedie k duchovnej otupenosti, k strate schopnosti modlitby, pocitom viny, k deštrukcii duchovného života človeka.

7.1 Definície syndrómu vyhorenia

Syndróm vyhorenia je najjednoduchšie charakterizovaný vo Webster's Medical Dictionary, kde je definovaný ako stav fyzickej a psychickej exhauscie, ktorá je výsledkom dlhotrvajúceho stresu alebo straty hodnôt.

Podľa Křivohlavého syndróm vyhorenia je formálne definovaný a subjektívne prežívaný ako stav telesného, citového a mentálneho vyčerpania spôsobeného dlhodobým zotrúvaním v situáciách, ktoré sú emocionálne mimoriadne náročné. Táto emocionálna náročnosť je najčastejšie spôsobená spojením veľkého očakávania s chronickými situačnými stresmi. (Křivohlavý, 1998)

V psychologickom slovníku autorov Hartl a Hartlová je vyhorenie charakterizované ako „strata profesionálneho záujmu, napríklad osobného zaujatia, u príslušníka niektorej z pomáhajúcich profesií, najčastejšie spojená so stratou činnosti a poslania“. (Hartl, 2004) Toto užšie ponímanie vyhorenia len vo vzťahu k profesijnej motivácii prekonáva definícia vyhorenia ako druh stresu, emocionálnej únavy, frustrácie a vyčerpania, ku ktorým dochádza v dôsledku toho, že sled (alebo súhrn) určitých udalostí týkajúcich sa vzťahu, poslania, životného štýlu či zamestnania dotyčného jedinca neprinesie očakávané výsledky. Opakované a dlhodobé sklamanie v našich očakávaniach tak môže viesť k syndrómu vyhorenia teoreticky v každom vzťahu a činnosti človeka, do ktorých človek vstupoval pôvodne s nadšením, s vysokou mierou motivácie. Väčšina autorov však vyhorenie dáva do súvislosti s výkonom určitého povolania, najčastejšie zdravotníckeho. (Zacharová, 2008)

Systematickejší a komplexnejší pohľad na problematiku prinášajú vo svojich prácach Pinesová a E. Aronson podľa ktorých je syndróm vyhorenia formálne definovaný a subjektívne prežívaný ako stav fyzického, emocionálneho a mentálneho vyčerpania, ktoré je spôsobené dlhodobým prežívaním emocionálne náročných situácií. Tieto emocionálne požiadavky predstavujú najčastejšie kombináciu dvoch faktorov: veľkého očakávania a chronických situačných

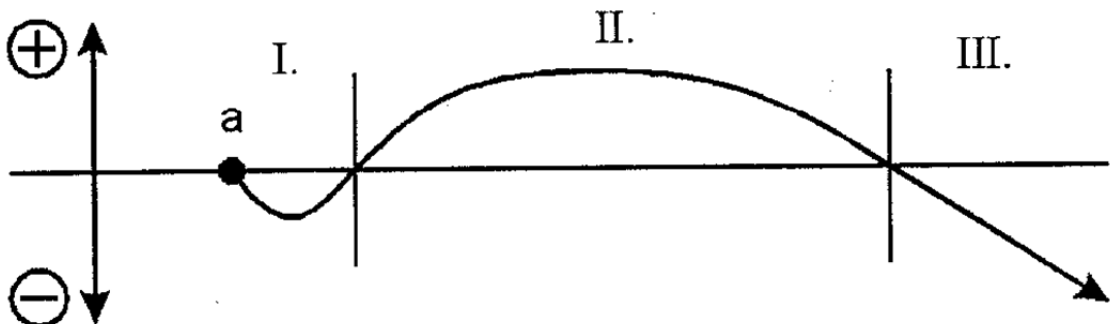
stresorov, (in Křivohlavý, 1998). Od pracovníka sa napr. vyžaduje, aby sa správali k ľuďom emocionálne kladne, na druhej strane sú často konfrontovaní s emocionálne negatívnymi reakciami ľudí, s ktorými prichádzajú do bezprostredného kontaktu.

7.2 Modely syndrómu vyhorenia

Syndróm vyhorenia možno považovať aj za konečné štádium dlhodobého pôsobiaceho stresu. V konfrontácii s teóriou všeobecného adaptačného syndrómu (GAS), ktorou Selye charakterizoval priebeh procesu vyrovnávania sa človeka s ťažkosťami, burn-out syndróm možno zaradiť do jeho tretej fázy adaptačného syndrómu t.j. fáza vyčerpania.

Všeobecný adaptačný syndróm má podľa Selyeho (1966) tri fázy:

1. Poplachová fáza
2. Fáza odolnosti (zvýšenej rezistencie)
3. Fáza vyčerpania – možný nástup burn-out



Obrázok 1. Všeobecný adaptačný syndróm (in Křivohlavý, 1994)

Vysvetlivky:

- a podnet typu pôsobenia stresoru
- I. prvá fáza – pôsobenie stresoru
- II. druhá fáza – zvýšená rezistencia (obranyschopnosť organizmu)
- III. tretie fáza – vyčerpanie rezerv, síl, obranných možností.

Podľa modelu Schmidbauera má syndróm vyhorenia tri fázy:

1. Jedným z prvých signálov je nadmerná angažovanosť, príliš aktívne nasadenie a pocit nenahraditeľnosti, nepripúšťanie si negatívnych pocitov. Dotyční si idealizujú prácu, nedokážu sa uvoľniť, relaxovať, uspokojiť sa. . Aby obstáli v roli pomocníka popierajú vlastné potreby. Túžia po tískaní uznania, rešpektu a snažia sa získať vedúci post.
2. Prepuknutie syndrómu: Dochádza k väčšiemu rozporu medzi nárokmi a skutočnými výkonmi. Lauerdale nazýva túto fázu štádiom „zmätku“, keď postihnutý nemôže poprieť pocit, že niečo nie je v poriadku. Varovnými signálmi sú chronická únava, absencie v práci, zvýšená chorobnosť, autoagresívne správanie. Nastupujú pocity viny, menejcennosti, schopnosť regenerácie je obmedzená. Pri manifestnom syndróme vyhorenia vyvstávajú podnety k mobbingu. Agresia nie je zameraná iba proti sebe, ale aj voči kolegom a pacientom. Pocit krivdy rastie a postihnutý sa stavia do roli obeť.
3. Slabnutie výkonnosti: V tejto fáze sa výrazne znižuje výkonnosť,
4. Porucha koncentrácia - zvyšuje sa chybovosť a nepozornosť. Dotyčný je ľahostajný k práci, stráca schopnosť angažovať sa a podávať výkony.
5. Objavujú sa choroby bez organickej príčiny, k symptómom depresívneho vývoja sa pridávajú telesné symptómy ako sú chronické bolesti chrbtice, kĺbov, nespavosť, náchylnosť k infekciám, problémy so srdcom, nejasné problémy s krvným obehom.
6. Nastupujú problémy súkromnom živote, zosilňuje sa sociálna izolácia. Vzrastá reálne nebezpečenstvo zneužívania alkoholu a drog. Profesionálne sebavedomie sa znižuje
(Schmidbauer, 2000)

Kulka (2005) uvádza päť štádií syndrómu vyhorenia pričom tento autor zdôrazňuje, že zdravotníctvo je jednou z najviac ohrozených oblastí.

Štádia syndrómu vyhorenia podľa Kulku sú:

1. Motivácia / nadšenie

Nastáva v čase nástupu do zamestnania, je spojená s nadšením,

ideálmi, s predstavou vlastnej dôležitosti. Práca mu dáva hlavný zmysel života.

2. Stagnácia / neúspechy

Postupne nadšenia vyprcháva, po menších neúspechoch sa ideál práce mení už len na prostriedok zarábania peňazí a udržanie si spoločenského statusu. Človek sa vzdáva od prvotného cieľa, odcudzuje sa sám sebe, vzniká existencionálne vákuum. Zmysel života slabne, dochádza k stagnácii, je to čas vytriezvenia.

3. Frustrácia / sklamanie

Po stagnácii a neúspechoch prichádza štádium sklamania. Frustrácia vedie k agresii, objavuje sa popudlivosť, irónia, sarkazmus, strata úcty k sebe a iným, pochybnosti. Môžu sa vyhrocovať vzťahy na pracovisku ako s nadriadenými tak aj s podriadenými, objavujú sa rôzne somatické a psychické ťažkosti.

4. Apatia

Pri snahe o riešenie problémov, úniku od frustrácie sa človek dostáva do cyklu boja so spolupracovníkmi, byrokraciou. Práca mu neprináša potešenie, je však na nej závislý. Robí iba to, čo je nutné, sústredí sa na udržanie zamestnania.

5. Exhaustia / vyhorenie

Posledná fáza, kedy sa naplno prejaví vyhorenie. Človek sa cíti vyčerpaný, citovo chladný, prázdny, sklamaný, rozčarovaný, stiesnený, je bez záujmu a je na konci svojich síl. Priebeh je individuálny a u rôznych jedincov môžeme pozorovať odlišné profily príznakov.(Kulka,2005)

Maslachová popisuje syndróm vyhorenia ako psychologický syndróm emocionálnej exhaustie, depersonalizácie a zníženého vnímania osobného úspechu (reduced personal accomplishment) ktorý sa vyskytuje hlavne u osôb ktoré pracujú s ľuďmi.

Kľúčovým aspektom syndrómu vyhorenia je zvýšený pocit emocionálneho vyčerpania; tak ako sa vyčerpávajú emocionálne zdroje, tak sa úmerne stupňuje pocit neschopnosti odovzdať sa cieľu na pôvodnej psychologickej úrovni.

Druhým aspektom syndrómu vyhorenia je postupný vývoj depersonalizácie t.j. negatívneho až cinického postoja voči okoliu s rovnakými pocitmi voči recipientom resp. klientom. Takéto bezcitné až dehumanizované vnímanie iných môže v konečnom dôsledku viesť k deformácii názoru poskytovateľov, podľa ktorého recipienti si v určitom zmysle zasluhujú svoje ťažkosti a problémy ktoré v danom čase prežívajú. Ukazuje sa, že vznik depersonalizácie ide ruka v ruku s objavovaním sa príznakov psychického vyčerpania a z tohto dôvodu oba aspekty musia byť dávané do súvzťažnosti.

Tretím aspektom burnout syndrómu je pocit zníženého personálneho uspokojenia, negatívneho osobného ohodnotenia a to hlavne vo vzťahu k výsledkom práce s klientmi. Poskytovatelia sú nešťastní sami zo seba, sú nespokojní s dosiahnutými pracovnými výsledkami.(Maslach, 1996)

Pinesová a Aronson vymedzili v kontexte syndrómu vyhorenia tri druhy vyčerpania:

- fyzické (výrazné zníženie energie, chronická únava, celková slabosť),
- emocionálne (pocity beznádeje, bezmocnosti, predstava, že je človek chytený do pasce),
- mentálne (negatívny postoj k sebe, k práci, k svetu, strata pocitu vlastnej hodnoty a zmysluplnosti života).(in:Křivohlavý,1998)

7.3 Možnosti hodnotenia syndrómu vyhorenia

V súčasnosti existuje niekoľko druhov dotazníkov schopných identifikovať a odstupňovať závažnosť syndrómu vyhorenia. Najčastejšie používanými dotazníkmi sú dotazníky autorov Maslach a spol. a to dotazníky : MBI – HSS t.j. MBI Human Services Survey, dotazník pre pracovníkov pracujúcich v humánných odboroch a v zdravotníctve, ďalej verzia MBI-ES t.j. MBI Educators Survey je dotazník určený pre pedagógov a školských pracovníkov a verzia MBI – GS t.j. MBI General survey pre rozličné profesie a povolania.

Podobne častým v hodnotení syndrómu vyhorenia je aj Dotazník BM (Burnout Measure) autorov Aylay Pinesové a Elliotta Aronsona, ktorý bol doporučený pre účely diplomovej práce ako postačujúci. Je však potrebné uviesť,

že BM dotazník ktorý sleduje jeden, avšak hlavný symptóm tohto syndrómu t.j. psychické vyčerpanie je v porovnaní menej komplexný ako napr. dotazník MBI, podľa ktorého je možné posúdiť každú jednu z troch komponent syndrómu vyhorenia.

Na záver stati o dotazníkoch používaných pri hodnotení syndrómu vyhorenia možno uviesť konštatovania Schaufeliho a spol. že kongruentná validita t.j. súhlas, rovnosť v tvare a veľkosti a korešpondencia medzi oboma dotazníkmi sú pevne stanovené. Oba dotazníky sú smerované na základný prvok syndrómu vyhorenia t.j. exhausciu. Na viac štruktúrne analýzy naznačujú že syndróm vyhorenia je multidimenzionálny pojem skladajúci sa z dvoch komponent, z ktorých jedna je afektívna (exhauscia) a druhá subjektívna, resp. postojová (t.j. negatívny postoj jednak voči recipientom ako aj k vlastnému pracovnému výkonu.) Avšak diskriminačná validita afektívnej komponenty je pomerne nízka, nakoľko je prekrytá respondentom popisovanými somatickými ťažkosťami a psychologickým napätím. Túto stať je možné uzavrieť konštatovaním, že MBI môže byť použitý ako spoľahlivý a validný multidimenzionálny indikátor vyhorenia u profesionálov pracujúcich s ľuďmi. BM hodnotí exhausciu ako nešpecifickú afektívnu komponentu syndrómu vyhorenia a je vhodné ju v určitých prípadoch doplniť hodnotením postojovej komponenty syndrómu. (Schaufeli, 1993)

Maslach Burnout Inventory (MBI)

V predloženej diplomovej práci MBI nebol použitý. Keďže sa však jedná o základný dotazník hodnotenia syndrómu vyhorenia elementárne informácie o ňom sa považujú za neobíditeľné pri tejto problematike.

MBI je vytvorený tak, aby na základe jeho vyhodnotenia bolo možné posúdiť jednotlivé komponenty syndrómu vyhorenia, t.j. emocionálne vyčerpanie, depersonalizáciu a znížené osobné uspokojenie (personal accomplishment) . Skladá sa z 22 položiek rozdelených do troch podtried. Jednotlivé položky sú vo forme vety týkajúcej sa osobných pocitov a postojov (napr. „ v práci sa cítim vyhorený“, „v skutočnosti ma nezaujíma čo sa deje s recipientmi mojich služieb“) .

Odpoveďou na tieto položky sú odpovede ako ich pociťuje respondent v rozsahu podľa intenzity a frekvencie od 0 do 6.

Podtrieda „Emocionálne vyčerpanie“ má 9 položiek hodnotiacich pocit emocionálneho preťaženia alebo vyčerpania zo zamestnania respondenta. Podtrieda „Depersonalizácia“ obsahuje päť položiek zameraných na necitlivosť a neosobnú odpoveď respondenta na recipientove požiadavky. Tretia podtrieda „Osobné uspokojenie“ hodnotí pocity kompetencie a úspešnosti v práci s recipientmi. Podtrieda „osobné uspokojenie“ je nezávislá na prvých dvoch podtriedach a nevplyva na ne negatívne, inými slovami osobné uspokojenie nie je v protiklade s emočným vyčerpaním a depersonalizáciou. Korelácia medzi týmito dvoma skupinami je nízka.

Pri vyhodnotení skóre pre každú podtriedu je hodnotené separátne, nekombinuje sa s cieľom dosiahnuť celkové skóre . Výsledkom pre každého respondenta sú potom individuálne hodnotenia pre každú z troch podtried zvlášť a každé hodnotenie môže byť kódované ako nízke, stredne vysoké a vysoké. (Maslach 1997, Trufelli, 2008)

7.4 Osobnostné charakteristiky a syndróm vyhorenia

Pri sledovaní ľudí podliehajúcich stresu a upadajúcich do stavu psychického syndrómu vyhorenia sa zistilo, že isté osobnostné charakteristiky majú vplyv na ich priebeh a zvládanie. Reakcia na záťaž súvisí s relatívne stabilnými rysmi osobnosti v interakcii so situačnými faktormi. Určité osobnostné charakteristiky sa spájajú s preferenciou určitých štýlov zvládania v rôznych životných situáciách. (Křivohlavý, 1998)

7.4.1 Odolnosť ako osobnostný rys

Odolnosť vyjadruje schopnosť individua nenechať sa výrazne vyviest' z miery, schopnosť po odznení záťaže obnoviť pôvodný stav akcieschopnosti a kreatívne využiť poznatky z už zvládnutej záťaže s vynaložením už zodpovedajúceho voľného úsilia v ďalšej adaptácii. Ide o ponímanie odolnosti ako

dispozičnej kapacitnej adaptačnej subštruktúry osobnosti, ktorá umožňuje zvládať nároky kladené na jedinca v rôznych situáciách, nepodliehať rušivým či škodlivým vplyvom.

Odolnejší človek má v porovnaní s menej odolným v bežnom živote zrejme menej dôvodov k nespokojnosti, môže sa cítiť lepšie, dokáže podávať výkony zodpovedajúce jeho dispozícii, má menej problémov v medziľudských vzťahoch, menej zdravotných obtiaží. Z tohto pohľadu je odolnosť kvalitatívnym znakom adaptácie, jedinec je schopný vyrovnávať sa s rôznymi podnetmi bez narušenia alebo zrútenia adaptačných mechanizmov. Odolnosť má rozhodujúcu úlohu v stanovení miery záťaže.

Odolnosť zahŕňa všeobecne subjektívne predpoklady pre zvládanie záťaže (pracovná kapacita, frustračná tolerancia, zvládanie nárokov kladených prostredím) má svoje opodstatnenie ako všeobecná charakteristika regulačnej funkcie osobnosti.

Ide o mnohostranný, viacrozmerný, komplexný dispozičný jav, ktorý umožňuje účinnú adaptáciu a osobnostný rozvoj aj za nepriaznivých podmienok. Takéto ponímanie zodpovedá pojmu resiliencia.(Šolcová,2007)

Křivohlavý kladie u resiliencie dôraz na pružnosť, húževnatosť, elasticnosť umožňujúce človeku nedať sa a bojovať s obtiažami.

K známym konceptom odolnosti sa radí aj hardiness - nezdolnosť a SOC (sence of coherence). V prípade SOC podľa Antonovského ide o dlhodobú osobnostnú orientáciu príznačnú pohľadom na svet ako na zmysluplný vnútorne súdržný celok. Jeho základom je dôvera, že človek žije v prostredí, ktorého pôsobenie je usporiadané, pochopiteľné a predvídateľné.(in: Paulík,2010)

Antonovského SOC (sence of coherence) sa skladá z troch komponentov:

1. manageability - zvládnuteľnosť situácie pri uvedomení si vlastných možností danú situáciu ovládnuť, vyriešiť problémy
2. comprehensibility - zrozumiteľnosť, pochopiteľnosť
3. meaningfulness - zmysluplnosť riešenia daného problému vyvolávajúceho pozitívne emócie(in Paulík, 2012)

Jednotlivé komponenty SOC sú chápané ako dimenzie, ktoré možno odstupňovať od kladných po zápornú

1. zvládnuteľnosť úlohy je činnosťná dimenzia SOC. Ide o vnímanie možnosti zvládnuť požiadavky vyplývajúce zo situácie.
2. zrozumiteľnosť situácie je kognitívnu stránkou zmyslu pre integritu, koherenciu (SOC). Je to spôsob chápania sveta.
3. zmysluplnosť boja - v pozadí je motivačné zameranie osoby k jej životnému cieľu. Podľa toho, o čo danej osobe ide, je situácia, do ktorej sa dostal zmysluplná alebo nezmysluplná.

Ľudia s vyššou hodnotou zmyslu pre integritu zvládajú stres a životné ťažkosti lepšie ako tí, ktorí sa v boji so záťažou vzdávajú. Takto môžeme podľa cielených dotazníkov odlíšiť „zdatných bojovníkov so stresom“, od tých, ktorí sú menej zdatní, úspešní (medzi vojakmi, onkologickými pacientmi, policajtm). (Křivohlavý 2001).

7.4.2 Nezdolnosť. (Hardiness)

Hardiness znamená tuhosť, pevnosť, zdatnosť, nezdolnosť, čiže schopnosť vytrvalo a usilovne bojovať s ťažkosťami. Křivohlavý rozumie nezdolnosťou takú charakteristiku osobnosti, ktorá umožňuje človeku zmierniť, či stlmiť negatívny vplyv nepriaznivých životných situácií.

Autorka termínu Kobasova ju popisuje v troch dimenziách:

1. angažovanosť v protiklade k odcudzeniu,
2. zvládnuteľnosť v protiklade k beznádeji vo vzťahu k efektívite vlastnej aktivity,
3. viera v správnosť vlastného zamerania života a odvaha skúsiť niektoré veci robiť inak v protiklade k ľahostajnosti (apatii).

Ak sa niekto blíži v týchto troch charakteristikách ku kladnému pólu, hovoríme o tvrdej, nepoddajnej osobnosti. Jedinci s takouto charakteristikou nove situácie vnímajú ako výzvy, namiesto toho, aby sa obávali, že narušia ich pracovne stereotypy. Majú širšie spektrum záujmov, sú flexibilnejší v jednaní a štúdie sledujúce vzťah medzi hardiness a burn-out ukazujú, že sú odolnejší voči

vyhoreniu. Naopak ľudia, ktorí sú v tejto osobnostnej dimenzii slabí a poddajní, častejšie vyhoria. (Křivohlavý, 1998)

7.5 Lokalizácia kontroly

Rotter si všimol, že ľudia sa líšia v tom, ako pristupujú k ťažkostiam, problémom, čomu pripisujú príčinu svojich úspechov a neúspechov.

Na jednej strane sú ľudia s aktívnym postojom k riešeniu problémov, ktorí vychádzajú z vlastných schopností, možností, spôsobilosti, z vlastnej iniciatívy a chuti „ísť do boja“. Hovoríme, že majú vnútornú lokalizáciu kontroly (spoliehajú sa na seba, na svoje vnútorné zdroje), Veria, že majú veci pod kontrolou a preberajú zodpovednosť za svoje úspechy a neúspechy. Pripisujú ich svojim schopnostiam, snahe, úsiliu. Väčšinou sú veľmi výkonní a úspešní. Nevýhodou je, že môžu trpieť pocitmi menejcennosti, pocitmi osobného zlyhania a môžu sa po neúspechu vyhýbať aj úlohám, ktoré by zvládli z obavy z neúspechu.

Na druhej strane sú ľudia, ktorí sa domnievajú, že ťažká situácia sa vyrieši sama, prípadne ju niekto vyrieši za nich - ohnisko kontroly je lokalizované vonku, mimo nich. Pripisujú veci, ktoré sa im stávajú vonkajším vplyvom. Zodpovední sú dobrí / zlí učitelia, zlý prístup, zlá organizácia, zlý výklad, nedostatok názorných pomôcok, náhoda, osud, smola, šťastie, rodinné zázemie, nedostatok protekcie a všeličo možné len nie oni. (Křivohlavý, 2001)

Každý jedinec sa nachádza niekde medzi týmito dvoma pólmi dimenzie kontroly.

7.6 Príčiny predchádzajúce syndrómu vyhorenia

Pri vzniku a rozvoji burn-out fenoménu hrá dôležitú rolu nepomer stresorov - faktorov, ktoré človeka zaťažujú a možností ako náročnú situáciu riešiť. Ak záťaž podstatne prevažuje nad salutormi, stres prechádza do nadlimitnej stresovej situácie – distresu, v dôsledku ktorej sa môže rozvinúť syndróm vyhorenia. K stresu dochádza v zásade vtedy, keď požiadavky prostredia prekračujú

schopnosti človeka alebo keď prostredie nedokáže uspokojiť jeho potreby. Starostlivosť o zomierajúcich je založená na súbore presvedčení a hodnôt, ktoré musia ľudia, ktorí si vybrali túto prácu zdieľať a preto má takýto rámec o pracovnom strese v paliatívnej starostlivosti zmysel. K takýmto hodnotám a presvedčeniam patrí aj viera, že každý človek je hodnotný, že zomieranie môže byť dobou osobného rastu a že ústredným cieľom starostlivosti je kvalita života v dobe zomierania.

Vachonová, hlavná autorka prác o strese v paliatívnej starostlivosti využíva rámec súladu medzi človekom a prostredím. K stresu dochádza v zásade vtedy, keď požiadavky prostredia prekračujú schopnosti človeka, alebo, keď prostredie nedokáže uspokojiť jeho potreby. Ak chceme k povahe stresu v paliatívnej starostlivosti preniknúť hlbšie nestačí rámec súladu medzi človekom a prostredím. (in: Payneová, 2007)

Stres možno chápať aj v úzkej súvislosti zo schopnosťou človeka zvládať záťaž prostredníctvom orientácie na význam a zmysel. To ako napr. ošetrovateľ prežíva stres môže súvisieť aj s tým ako si pri zvládaní záťaže zameriava na zmysel jeho klient, či prijal za svoje hodnoty inherentne obsiahnuté v paliatívnej starostlivosti.

Stresujúce udalosti sú tie, ktorých hodnotenie signalizuje ohrozenie, výzvu alebo zranenie, tak, že stres ani tak nie je výsledkom charakteristík v danej situácii, ako hodnotenie tejto situácie daným človekom. Stres vzniká, keď človeku na niečom záleží. Podľa tohto môžeme pochopiť každodenný stres, ktorým sú ošetrovatelia v tejto oblasti vystavovaní.

Na rozvinutí syndrómu vyhorenia sa podieľajú nasledovné okolnosti:

- dlhodobé zotrvávanie v stresovej situácii
- frustrujúce neuspokojovanie potrieb a očakávaní
- vysoká miera emocionálnej záťaže
- negatívne vzťahy v užšom aj širšom sociálnom prostredí
- negatívny vplyv prostredia, pracovných podmienok a organizácie práce

7.6.1 Stres

Seley definuje stres ako charakteristickú fyziologickú odpoveď na poškodenie alebo ohrozenie organizmu, ktorý sa prejavuje prostredníctvom adaptačného syndrómu. / in : Hartl, 2004/ Zlyhanie pod tlakom stresovej situácie sa prejaví nárastom emocionálneho napätia v dôsledku ktorého dochádza k deštrukcii psychickej regulácie správania sa sprevádzané poruchami v oblasti organizácie činnosti, orientácie, sebakontroly a motivácie. K dôsledkom zlyhania v záťaži patrí rezignácia, impulzivnosť, silné prežitky strachu, úzkosti, depresia, poruchy spánku, prípadne rôzne psychosomatické ochorenia.

Avšak medzi stresom a syndrómom vyhorenia existujú určité rozdiely. Do stresu sa môže dostať každý človek, ale syndróm vyhorenia sa objavuje len u ľudí intenzívne zaujatých svojou prácou. Tí majú vysoké ciele, vysoké očakávania, výkonovú motiváciu. Ten, kto túto vysokú motiváciu nemá, môže trpieť stresom, ale nie syndrómom vyhorenia. Stres sa môže objaviť pri rôznych činnostiach, no syndróm vyhorenia iba pri tých činnostiach, v ktorých človek prichádza do osobného styku s inými ľuďmi. Na druhej strane stres často prechádza do syndrómu vyhorenia, ale nie každý stresový stav dôjde do fázy celkového vyčerpania. Kde je práca pre človeka zmysluplná a prekážky zvládnuteľné, k syndrómom vyhorenia nedochádza.

Magnusson, Gooding (1997) uvádzajú nasledovné príznaky rozlišujúce stres a syndróm vyhorenia:

Stres	Syndróm vyhorenia
únava	chronické vyčerpanie
úzkosť	nenaplnená potreba spoločenského uznania
nespokojnosť	znudenosť alebo cynizmus
zviazanosť	odcudzenie, potlačenie pocitov
náladovosť	netrpezlivosť, podráždenosť
pocity viny	depresia
neschopnosť sústrediť sa	Zábudlivosť
fyziologické poruchy	psychosomatické problémy

Zdroje stresu zasadené do rámca paliatívnej starostlivosti

- Faktory spojené s prostredím
- Pracovné podmienky

- Nedostatočná pracovná príprava
- Nedostatočná príprava na požiadavky starostlivosti
- Nedostatok času na oddych alebo zármutok
- Slabé alebo negatívne vzťahy medzi personálom
- Vysoká miera organizačných zmien
- Nedostatok podpory alebo uznania zo strany manažmentu
- Nevyjasnenosť rolí
- Zmena role
- Vysoká miera neistoty

Faktory spojené s pacientom

- Prekrývanie úloh členmi rodiny
- Povaha pacientovho ochorenia
- Emočný stav pacienta
- Emočný stav rodiny
- Povaha smrti

Osobné faktory

- Uvádzajú sa demografické premenné, ale ich vzťah k stresu je nejasný
- Rozpory medzi ideálmi
- Pocity nedostatočnosti
- Osobnostné poruchy
- Identifikácia sa s pacientom
- Poskytovanie starostlivosti, ktorá nie je optimálna
- Nahromadený zármutok

7.6.2 Frustrácia

Duševný stav vyvolaný objektívne alebo subjektívne neprekonateľnými prekážkami pri dosahovaní cieľa vedie k frustrácii. Menšia miera frustrácie energetizuje organizmus, pôsobí motivačne, pomáha prekonávať prekážky. Platí to však len po hranicu individuálnej znášanlivosti frustrácie, ktorú nazývame frustračná tolerancia. Ak sa prekážka nedá prekonať, človek hľadá náhradný cieľ alebo sa ju usiluje obísť, čo vedie k únikovým formám správania. Častá frustrácia vedie na jednej strane k regresu, poklesu správania, alebo motivácie, ale môže

viest' aj k agresivite. O frustrácii hovoríme, ak sa naše očakávania nenapĺňajú. K takým očakávaniám patrí spoločenské uznanie, ocenenie našej práce a námahy druhými ľuďmi, o vyjadrenie druhých, čo sme urobili.

7.6.3 Vplyv pracovného prostredia

Podľa Vachonovej /1987/ sú hlavným zdrojom stresu v paliatívnej starostlivosti pracovné prostredie a pracovná rola ošetrovateľa.

Všeobecne možno uviesť, že inštitucionálne faktory týkajúce sa výkonu práce a pracovného prostredia môžu iniciovať vznik syndrómu vyhorenia cez extrémne konfliktné, frustrujúce a nezáživné pracovné zaradenie. Rovnako závažnými negatívnymi podnetmi sú aj pracovné preťaženie, trávenie príliš veľa času v práci, nedostatok autonómie, nedostatočné finančné zdroje, enormné nároky na produktivitu práce, nevhodný profesionálny výcvik a vzdelávanie, nedostatok personálu, nesprávne riadenie, nízke finančné ohodnotenie, rodová diskriminácia, nadmerná byrokracia, nedostatočná komunikácia a ďalšie. (Ogresta, 2008)

Podľa niektorých autorov syndróm vyhorenia priamo koreluje aj so subjektívne udávanými indexmi personálnej dysfunkcie zahrňujúcej psychickú exhausciu, insomniu, zvýšenú konzumáciu alkoholu a liekov, manželské a iné rodinné problémy. (Gutierrez, 2005)

Rush M.D. uvádza, že tak ako existujú konkrétne faktory, ktoré spôsobujú syndróm vyhorenia, tak je možné určiť aj jasné symptómy, ktoré nás upozornia na jeho prítomnosť. Delí ich na dva druhy, vonkajšie a vnútorné.

K vonkajším symptómom patrí:

- skutočnosť, že aktivita vzrastá, ale produktivita ostáva spočiatku rovnaká
- podráždenosť
- fyzická únava
- neochota riskovať

K vnútorným symptómom patrí:

- strata odvahy
- strata osobnej identity
- strata objektívnosti
- emocionálna vyčerpanosť
- negatívny duševný postoj

8 Vzťahy lekár, zdravotná sestra - pacient na oddeleniach paliatívnej medicíny

Práca s pacientmi, ktorí trpia nevyliciteľnými ochoreniami v terminálnom štádiu ochorenia sa pokladá za enormný nával utrpenia a tragédií dopadajúcich na plecia ošetrojúceho personálu. Niektoré práce zamerané na túto problematiku konštatujú, že zdravotnícky pracovníci pracujúci v oblasti onkológie a paliatívnej medicíny patria medzi profesie s najväčším rizikom ochorenia na niektorú z psychiatrických diagnóz z ktorých najvyššiu prevalenciu má syndrómu vyhorenia . (Hulbert, 2006).

V priebehu procesu zomierania je čas limitovaný a pacienti sú enormne vulnerabilní. Z tohto dôvodu vzťah zdravotná sestra - pacient je veľmi dôležitý a to hlavne z hľadiska prípravy pacienta na jeho vyrovnanie sa s faktom nadchádzajúcej smrti. V týchto prípadoch vzťah sestra – pacient už nie je len „sedením a počúvaním a rozprávaním“, tu je pacient rovnako objektom klinického pozorovania ale aj subjektom s manifestnými psychosociálnymi problémami. Títo pacienti si prajú rozprávať, komunikovať s ošetrojúcim personálom a tak zdravotné sestry bez vlastného pričinenia sú informované o ich intímnych a súkromných problémoch pacientov. Týmto vzniká asymetrický vzťah sestra – pacient ktorý sa stáva v určitom zmysle pastorálnym, podľa iných jednostranným intímnym vzťahom Aj táto skutočnosť robí na prácu zdravotníckych pracovníkov veľmi náročnou a v mnohých prípadoch až stresujúcou .(Mok, 2004)

Skutočnosť, že práca zdravotnej sestry s onkologickými pacientmi je mimoriadne náročná a v niektorých aspektoch aj vyčerpávajúcejšia ako práca lekárov tej istej profesie potvrdzujú aj závery štúdie Alacacioglu a spol. V súbore 77 lekárov a 56 zdravotných sestier pracujúcich na onkologickej klinike zistili, že zdravotné sestry mali signifikantne vyššie skóre emocionálnej exhauscie v porovnaní s lekármi, avšak pokiaľ ide o zvyšné dve komponenty syndrómu vyhorenia signifikantné rozdiely sa nenašli. Pozoruhodné je aj zistenie že psychická vyčerpanosť a depersonalizácia boli signifikantne vyššie v mladších vekových skupinách lekárov v porovnaní s vekovo staršími u ktorých zas bolo signifikantne nižšie skóre personálneho uspokojenia s prácou. Skóre všetkých

troch zložiek vyhorenia bolo vyššie v skupine slobodných lekárov . Zaujímavé je aj zistenie, že celkové skóre vyhorenia sa v opakovanej štúdií v porovnaní s predchádzajúcou štúdiou pomerne významne zhoršilo čo pravdepodobne zhoršili faktory ako napr. nejasná definícia pracovného postu, nízka úroveň odborného vzdelania, oneskorené vydávanie zdravotníckych zákonov, tlak na nadčasovú prácu, nízke platy a vysoké počty pacientov pridelených do starostlivosti pracovníka. (Alacacioglu,2009)

Riziková práca zdravotníckych pracovníkov na pracoviskách paliatívnej medicíny z aspektu psychickej záťaže okrem fatálneho ochorenia pacientov ešte na viac zvyšujú aj ostatné komorbidity onkologických pacientov . Ide hlavne o psychiatrické ochorenia sprevádzajúce terminálne štádia onkologických ochorení. Terminálne chorí pacienti trpia beznádejnosťou, bezmocnosťou, ničotnosťou, trpia pocitom viny a majú suicidálne myšlienky. (Mystakidou 2007) . Samotná práca s psychiatrickými pacientmi predstavuje určitú formu pracovného stresu s možným následným vývojom syndrómu vyhorenia. (Kelly, 2006, Orgesta, 2008. Tress, 2008)

Alarmujúcim zistením pri tom je aj skutočnosť, že až 50% psychiatrických ochorení u onkologických pacientov nie je zdravotníckym personálom vôbec diagnostikovaných. Predpokladá sa, že až dve tretiny pacientov hospitalizovaných na oddeleniach paliatívnej medicíny trpí nejakým psychiatrickým ochorením.

V jednom z citovaných súborov 224 pacientov prijatých na oddelenie paliatívnej medicíny pri dôslednejšej analýze zdravotného stavu malo diagnostikované psychiatrické ochorenie 62 % pacientov, z toho 24% malo duálnu diagnózu. Najčastejšou psychiatrickou diagnózou boli organické ochorenia mozgu, delíria, demencie, (27%), nasledovali neurotické poruchy a „stress-related“ ochorenia (16%) a v rovnakom pomere aj depresie (16%). Zriedkavejšie sa vyskytovali ochorenia z terapeutického použitia psychoaktívnych látok a ďalšie. (Durkin 2003, Kelly, 2006)

Podľa Williamsa a spol. najčastejším psychiatrickým ochorením u pacientov s onkologickými diagnózami je depresia, ktorá znižuje kvalitu života pacienta a jeho rodinných príslušníkov. Depresia môže navodzovať somatické symptómy

ktoré nereagujú na paliatívnu liečbu, somatická symptomatológia ustupuje len pri adekvátnej antidepresívnej liečbe. (Williams, 2003)

Rizikovými faktormi zvyšujúcimi možnosť vzniku a incidenciu psychiatrických ochorení u profesionálnych poskytovateľov paliatívnej starostlivosti sú podľa Ramirez a nasledujúce faktory:

- mladší vek, menej rokov odpracovaných na pracovisku paliatívnej starostlivosti.
- vysoká hladina pracovného stresu
- nízka hladina uspokojenia z práce (job satisfaction)
- neadekvátne vzdelanie v manažmente ochorenia a v komunikačných spôsobilostiach
- stres z iných oblastí života
- predchádzajúce psychologické problémy zdravotníckeho pracovníka, alebo v anamnéze informácia o psychiatrickom ochorení v rodine. (Ramirez, 1998)

Napriek všeobecne akceptovanému tvrdeniu že práca s onkologickými pacientmi predstavuje enormnú psychickú záťaž, podľa niektorých autorov incidencia syndrómu vyhorenia u nich nie je až tak alarmujúca. Napríklad Ramirez (1998) uvádza, že prevalencia psychiatrickej morbidity u lekárov oddelení paliatívnej starostlivosti je na úrovni 25% tj. rovnaký, alebo dokonca nižší podiel syndrómu vyhorenia ako u lekárov iných medicínskych odborností, napr. u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pacientom s pozitívnymi serologickými nálezmi HIV a pacientmi s AIDS. (Italia, 2007) alebo je konštatovaný častejší výskyt tohto syndrómu medzi chirurgmi (Legassie, 2008)

Vysvetlením takejto nie vysokej incidence syndromu vyhorenia u lekárov v paliatívnej starostlivosti môže byť aj zistenie, že títo lekári majú v skutočnosti nižší pomer špecifickej práce majúcej vzťah k úzkosti a tým aj nižšiu pravdepodobnosť vzplanutia syndrómu vyhorenia. Toto potvrdzuje aj nesporný fakt, že zomieranie a smrť nie sú najväčším zdrojom stresu u zdravotníckych pracovníkov paliatívnej starostlivosti. Rovnako zaujímavé je, že zdravotné sestry pracujúce v hospicioch majú dokonca nižšiu prevalenciu syndrómu vyhorenia ako

zdravotné sestry pracujúce na jednotkách intenzívnej starostlivosti.(Ramirez, 1998, Gutierrez 2005, Dunwoodie, 2007)

Pozoruhodné sú aj výsledky celonárodného prieskumu lekárov poskytujúcich terminálnu zdravotnú starostlivosť pacientom s onkologickými ochoreniami v Japonsku. Z 1436 rozoslaných dotazníkov klinickým onkológom a lekárom paliatívnej starostlivosti sa k vyhodnoteniu vrátilo 697 dotazníkov (49,6%) Z tohto súboru 22% respondentov malo vysoký stupeň emocionálnej exhauscie, 11% vysoký stupeň depersonalizácie, 62 % respondentov malo veľmi nízku hladinu personálnej spokojnosti a 20% malo iné psychiatrické ochorenia. Klinický onkológovia vykázali signifikante vyššiu incidenciu psychiatrickej morbidity ako lekári paliatívnych pracovísk. (Asai, 2006)

Skutočnosť, že zomieranie a smrť nie sú najväčším a zároveň konštantným zdrojom stresu zdravotníckych pracovníkov potvrdzujú aj nižšie uvedené zistenia. Zdravotné sestry pracujúce v paliatívnej starostlivosti udávajú ako najčastejšiu príčinu stresu ťažkosti a konflikty vo vzťahoch s lekármi iných odborností t.j. pracovné problémy, smrť a zomieranie sa stáva stresujúcim hlavne v prípadoch ak zomiera mladý pacient, ak zdravotná sestra si vytvorí blízky vzťah k pacientovi alebo v krátkom časovom úseku zomrie viacej pacientov o ktorých sa stará. Podobne, negatívnym ukazovateľom so signifikantný dopadom je aj dĺžka doby vykonávania práce zdravotnej sestry v takýchto prostrediach. (Mealer, 2009, Monterosso, 2008)

Podľa iných autorov, jednými z hlavných príčin syndrómu vyhorenia sú faktory ako je pracovné preťaženie vo väzbe na sociodemografické faktory a tabakizmus ktoré potichu a nenápadne narúšajú mentálnu a fyzickú pohodu lekárov a sestier, (Iglesias, 2010), prípadne vznik syndrómu vyhorenia podporujú faktory ako sú vek okolo 30 rokov, ženské pohlavie, vydatá, vykonávanie domácich prác, nespokojnosť v zamestnaní a z toho vyplývajúce časté absentérstvo v práci pre chorobu a depresia. (los Rijos-Castillo, 2007, Maslach, 1997)

Aj keď podľa niektorých autorov profesionálni pracovníci oddelení paliatívnej starostlivosti sú v porovnaní s dobrovoľníkmi pracujúcimi na týchto oddeleniach vystavený vyššej hladine stresu z titulu vyšších pracovných nárokov, vyššej medicínskej a rozhodovacej zodpovednosti napriek tomu psychické poruchy u týchto dobrovoľníkov nie sú nijakou zvláštnosťou. (Hulbert, 2006)

V poslednom roku starostlivosti o pacientov s diagnostikovaným onkologickým ochorením je prevalencia psychologického distresu u neprofesionálnych ošetrovateľov v paliatívnej starostlivosti resp. opatrovateľov, ktorí sa o pacienta v tomto období o pacienta starajú pomerne vysoká. Popisuje sa, že až 46% poskytovateľov tejto starostlivosti má rôzne formy anxiety, 39% poskytovateľov je depresívnych. Približne 50% z nich trpí poruchami spánku a jedna tretina popisuje stratu telesnej hmotnosti v poslednom roku. Z uvedených, je anxiety najzávažnejším problémom a to nielen u poskytovateľov, ale aj u pacientov a ich rodinných príslušníkov. (Ramirez, 1998).

9 Dopad syndrómu vyhorenia

Už v úvode tejto kapitoly je potrebné zdôrazniť, že podľa Kruseho (in Tres, 2008) existuje u lekárov zvýšené riziko, že budú trpieť niektorým z psychosociálnych ochorení, napr. anglické a škandinávске štúdie potvrdzujú že samovražednosť je u lekárov je dvakrát až trikrát vyššia ako u ostatnej populácie, rovnako nadpriemerne často je u nich diagnostikovaná depresia, alkoholizmus, zneužívanie liekov, manželské problémy .Táto skutočnosť je daná napr. častejším časovým tlakom a stresom vyplývajúcim z povinností pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, spolu prežívaním dlhodobých procesov ochorenia ako aj vysokou zodpovednosťou, súcitom s pacientmi, obmedzením súkromného života, nočnými službami, nutnosťou rýchleho rozhodovania sa atď.

Konzekvencie syndrómu vyhorenia majú potenciálne veľmi závažné dopady na samotných pracovníkov, na ich klientov a v širšom kontexte aj na inštitúciu v ktorej pôsobia. Ukázalo sa, že syndróm vyhorenia vedie k zníženiu kvality poskytovanej starostlivosti alebo služieb, je faktorom zvýšenej fluktuácie pracovníkov, nízkej pracovnej morálky, príčinou absentérstva v práci, pracovnej neschopnosti. Preto je veľmi dôležité zamerať pozornosť na prevenciu, resp. boj s týmto ochorením. Aj keď doposiaľ neexistujú kvalitne jednotne dizajnované psychologické intervencie ktoré by znižovali incidenciu vyhorenia medzi zdravotníckymi pracovníkmi je možné použitím rozličných typov na osobu zameraných intervencií dosiahnuť na tomto poli lepšie výsledky. Dokonca sa objavuje otázka, či by nebolo vhodné absolvovať povinné intervencie v tomto smere už v začiatkoch medicínskej praxe lekárov. (Bragard, 2010)

10 Redukcia stresu v paliatívnej starostlivosti

Vzhľadom k závažným dopadom syndrómu vyhorenia na zdravotný stav poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, čo má za následok aj výrazné narušenie ich pracovnej výkonnosti a kvality poskytovanej starostlivosti, je potrebné predchádzať týmto stavom preventívnymi opatreniami. Udržovanie a zlepšovanie mentálneho zdravia profesionálnych pracovníkov paliatívnej starostlivosti je dôležité nie len z aspektu ich vlastného „wellbeingu“ ale aj pre kvalitu poskytovanej starostlivosti smrteľne chorých pacientom.

Stratégia zlepšovania mentálneho zdravia profesionálnych pracovníkov paliatívnej starostlivosti by mala obsahovať:

- udržovanie kultúry poskytovania paliatívnej starostlivosti napriek zmenám v poskytovaní zdravotnej starostlivosti smerom od služby k biznisu v zdravotníctve
- autonómia poskytovateľa
- dobrý manažment, primerané finančné zdroje hlavne zdroje týkajúce sa pracovnej sily tak, aby vysoká úroveň starostlivosti o pacienta mohla byť udržaná
- poskytovanie efektívneho odborného doškoľovania, zručnosti v komunikácii pri zložitých interpersonálnych situáciách s pacientom, rodinnými príslušníkmi a ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi
- zabezpečenie efektívnej klinickej supervízie adresovanej na psychickú, psychologickú, sociálnu, spirituálnu a komunikačnú dimenziu starostlivosti o pacienta.
- poskytovanie spoľahlivých služieb týkajúcich sa mentálneho zdravia, ktoré sú nezávislé od manažmentu a zahŕňajú ako personálne, tak aj s prácou súvisiace problémy. (Higginson, 2004, Ramirez, 1998).

Podľa Mc. Namarovej tak schopnosť dlhodobo pracovať v paliatívnej starostlivosti spočíva v rozvoji hodnotového systému, ktorý poskytuje zmysel a určuje smer. Tento zdieľaný hodnotový systém sa stáva hnacou silou práce skupiny a úzko sa spája s pocitom, že táto práca má zmysel a že bola dobre

odvedená. Veľký dôraz sa kladie na sebauvedomovanie a schopnosť sebareflexie ako potrebné nástroje k zvládaniu stresu./ in:Payenová,2000/

Na individuálnej úrovni je potrebnou súčasťou ďalšieho profesného rozvoja a celoživotného vzdelávania reflexia na pracovisku. Štruktúrovaná kritická reflexia, v ktorej sa podľa štruktúrovaného rámca znovu preberá nejaký prípad starostlivosti alebo pacienta, umožňuje ošetrovateľom zamyslieť sa nad osobnými pracovnými skúsenosťami a aj nad skúsenosťami členov tímu, poučiť sa z nich a na základe toho zlepšiť svoju prax. V tomto možno nájsť mnoho príležitostí k ďalšiemu rozvoju.

Spracovávanie a vyrovnávanie sa s témou smrti a umierania predstavuje celoživotný proces. Individuálne skúsenosti získané prácou s konkrétnymi pacientami sú vždy východiskom ďalšieho duševného rozvoja. Je potrebné sa naučiť, že zomierajúci človek nie je osobným zlyhaním. Je potrebné venovať sa osobnej psychohygiene a hľadať podporu aj v jednotlivých terapeutických situáciách. Riešenie ponúkajú supervízie, bálintovské skupiny a individuálne konzultácie.

Program „Spirituálna starostlivosť-múdrost' a súcit pri doprevádzaní zomierajúcich“, ktorý bol vytvorený Američankou Ch. Longaker a jej tibetským učiteľom S. Rinpochem zaznamenal pozitívny ohlas účastníkov. Hlboká reflexia vlastných postojov, strachu a smútku je prežívaná ako veľmi užitočná vzhľadom k ďalšiemu osobnému rozvoju osoby pracujúcej s umierajúcimi.(Kreilkamp ,2010)

11 Aspekty starostlivosti o zomierajúcich

Podľa Sobotu podstatou práce v paliatívnej starostlivosti je BYŤ TU! Je postavená na aktívnom počúvaní a na rešpektovaní klientovej intimity. (in Hatoková,2009)

Sobota vymedzuje tieto predpoklady práce so zomierajúcimi:

Zdôrazňuje psychickú zaťažiteľnosť v zmysle psychickej odolnosti. Musíme si uvedomiť, že v procese sprevádzania do istej miery spoluprežívame osud sprevádzaného, nie je však našou úlohou nechať sa jeho bolesťou pohltiť. V tomto zmysle treba v prvom rade vnímať vlastné hranice t.j. musíme smrť vnímať ako súčasť života, ale tiež vedieť ako veľmi bolestne sa nás straty dotýkajú, ako nás zasahujú. Stretávame sa pri tom s vlastnými emóciami, ktoré naznačujú, čím sme v procese smútku svojich klientov angažovaní osobne, čo potláčame.

Ľudia môžu zmierniť svoju stresovú situáciu tým, že sa snažia pri zvládaní záťaže orientovať na jej význam /Folkmanova 1997/. Dôležitú rolu tu hrá pre pozitívne prehodnotenie úprava cieľov, duchovné presvedčenie a pozitívne udalosti.

Ak je to, na čom človeku záleží, spojené s filozofiou paliatívnej starostlivosti napr. s možnosťou tráviť čas s pacientom a jeho rodinou, zo schopnosťou zmierňovať symptómy alebo s dostatkom času na to, aby bolo možné vzťah s pacientom uzavrieť zúčastnením sa na jeho pohrebe, potom všetko, čo tieto možnosti a schopnosti obmedzuje, predstavuje potenciálnu príčinu stresu. Pokiaľ máme dlhšiu dobu pretrvávajúť v blízkosti utrpenia závislého, umierajúceho človeka, musíme si v sebe tiež vypestovať základnú filozofiu a hľadať – často bolestne – zmysel aj v tých najviac nepriaznivých situáciách /Saundersová 1983)

Také hodnoty ako je prijatie nevyhnutelnosti smrti, rodina ako jednotka starostlivosti a vynikajúca úroveň zvládania bolestí a symptómov, sú síce súčasťou slovníka v paliatívnej starostlivosti ale v praxi sa realizujú iba málo /Aranda 1998/.

Ako protiváhu k stresu udávajú lekári paliatívnej starostlivosti signifikantne vyššiu hladinu satisfakcie s prácou ako lekári iných odborností. Pomoc pacientom vo forme tlmenia bolesti ale aj iných symptómov, dobré vzťahy s pacientom a rodinnými príslušníkmi, ako aj dobré vzťahy na pracovisku sú hlavnými zdrojmi uspokojenia z práce pre týchto lekárov. Podobne, zlepšenie kvality života ako aj vzťahy medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom, psychická podpora rodinných príslušníkov umierajúceho pacienta sú hlavnými zdrojmi spokojnosti s prácou u zdravotných sestier. (Ramirez, 1998, Gutierrez, 2005, Ogresta 2008, Mock, 2004, Hulbert, 2006)

Ľudia vyznačujúci sa hlbším náboženským presvedčením, prejavujú vyššiu mieru spokojnosti so životom, vyššiu kvalitu života, vyššiu mieru osobného šťastia a podstatne menšie negatívne dôsledky traumatických skúseností. Keď sa ocitnú v ťažkých životných situáciách, dostáva sa im vyššej miery sociálnej opory a lepšie sa vyrovnávajú s problematickou zmysluplnosťou diania. Všeobecne sa vyznačujú zdravším spôsobom života. Toto platí ako pre zdravotníckych pracovníkov, tak aj pre pacientov.

B. Empirická část'

12 Metodologický rámec výskumu

12.1 Formulácia problému

Ako sme uviedli v teoretickej časti práce, zdravotný personál prichádzajúci do styku s pacientami v terminálnom štádiu ochorenia je ovplyvňovaný mnohými činiteľmi, ktoré majú dopad na jeho psychiku. Na celý personál sú kladené zvýšené požiadavky, ktoré súvisia s predmetom a obsahom ich činností. Zamerali sme sa na incidenciu syndrómu vyhorenia a niektoré charakteristiky, ktoré ho môžu ovplyvňovať.

Zamerali sme sa na tieto oblasti:

- Sledovali sme výskyt syndrómu vyhorenia na dvoch vybraných pracoviskách a to paliatívne oddelenie a chirurgické oddelenie- porovnávali sme jeho výskyt
- sledovali sme postoj k smrti a jeho vplyv na výskyt syndrómu vyhorenia
- sledovali sme spokojnosť respondentov s prácou a jej prípadný vplyv na výskyt vyhorenia
- sledovali sme aj vplyv počtu odpracovaných rokov na incidenciu syndrómu vyhorenia

12.1.1 Stanovenie cieľa

Cieľom našej práce bolo overiť nakoľko sa teoretické východiská a predpoklady tejto magisterskej diplomovej práce zhodujú alebo odlišujú vo výskyte syndrómu vyhorenia s ohľadom na zvýšenú pracovnú záťaž, pracovné podmienky, počet odpracovaných rokov, a postoje k smrti.

12.1.2 Stanovenie hypotéz

Z vyššie uvedených skutočností sme stanovili nasledujúce hypotézy.

H1- Ľudia profesijne sa angažujúci v oblasti paliatívnej starostlivosti, budú vykazovať štatisticky významne vyššiu mieru príznakov syndrómu vyhorenia meraného BM – dotazníkom ako ľudia v kontrolnej skupine chirurgických respondentov.

H2 - Incidencia syndrómu vyhorenia sa nelíši u mužov v porovnaní so ženami.

H3 – Predpokladáme štatisticky významnú koreláciu medzi výskytom príznakov syndrómu vyhorenia a dĺžkou praxe

H4 – Predpokladáme štatisticky významnú negatívnu koreláciu medzi priateľským prijatím smrti meranej dotazníkom Death attitude profile – revised a mierou príznaku syndrómu vyhorenia meraného BM dotazníkom.

12.2 Metodika

Dotazník BM. (viď príloha č. 1)

V našej práci bol použitý dotazník Burnout Measure (BM) autorov Aylay Pinesové a Elliotta Aronsona bežne nazývaný Dotazník BM. Tento dotazník obsahuje súbor 21 pocitov vyjadrených v stručných, jasne formulovaných výrokoch v jednej vete na ktoré odpovedá respondent podľa frekvencie ich zažívania príslušným číslom v sedem stupňovej škále. Tento nástroj potom vyjadruje mieru vyhorenia nasledovne:

Tab. 1 Hodnotenie výsledkov BM dotazníkov.

BM index	Hodnotenie BM indexu
BM 1,9 a nižší	dobrý výsledok

BM 2 – 2,9	uspokojivý výsledok
BM 3 – 3,9	odporúča sa ujasniť si rebríček hodnôt, zamyslieť sa nad zmyslupnosťou života
BM 4 – 4,9	je prítomný syndróm vyhorenia, je bezpodmienečne nutná intervencia (psychologická — logoterapia a existenciálna psychoterapia)
BM 5 a vyšší	havarijný stav, jednať a neotáľať

BM dotazník sleduje v rámci syndrómu vyhorenia len jeden psychický jav, ktorým je celkové vyčerpanie (in Křivohlavý, 1998)

V predkladanej diplomovej práci bol na viac použitý dotazník zisťovania postoja k smrti:

Death Attitude Profile– Revised, (Vid' príloha č. 2)

Profil postoja ku smrti od autorov Wong, Reker, & Gesser (1994)

Dotazník slúži na zistenie postoja respondenta k otázkam smrti. Rozlišuje nasledujúce postoje:

- strach, anxieta zo smrti reprezentované negatívnymi myšlienkami a pocitmi v spojitosti s procesom zomierania a so smrťou.
- vyhýbanie sa rozmyšľaniu a rozprávaniu o smrti čím sa redukuje strachu zo smrti.
- únikové prijatie pri pocite neznesiteľnosti života, kedy sa smrť javí ako lepšia alternatíva
- priateľské prijatie zahrňuje vieru v šťastný posmrtný život
- neutrálne prijatie pri postoji, že smrť je integrálnou, nemeniteľnou súčasťou života.

DAP- R je 32 položkový multidimenzionálny merací nástroj s Likertovou škálou od 1 (úplný nesúhlas) do 7 (úplný súhlas). Pozostáva z piatich dimenzií. Prvou dimenziou je strach zo smrti (sedem položiek), ktorá meria negatívne myšlienky a pocity o smrti. Druhou dimenziou je vyhýbanie sa smrti (päť položiek), ktorá meria pokusy vyhýbať sa myšlienkam na smrť, zahŕňa obranné mechanizmy používané ako ochrana od prekonávania neprijemných pocitov stotožňujúcich sa s emóciami pacientov. Neutrálny postoj (päť položiek) je tretia dimenzia, ktorá meria rozsah, v

ktorom človek akceptuje smrť ako realitu neutrálnym spôsobom. Človek vidí smrť ako prirodzenú súčasť života a akceptuje ju ako nevyhnutný fakt života bez strachu. Zmierenie sa so smrťou (desať položiek) je štvrtou dimenziou, ktorá meria rozsah, v ktorom človek vidí smrť ako vstup k šťastnému posmrtnému životu. Piatou dimenziou je zmierenie sa s vykúpením (päť položiek), ktorá meria rozsah, v ktorom vidí človek smrť ako ponúkanú možnosť uniknúť od bolesti a utrpenia.

Okrem vyplnenia dotazníkov každý respondent uviedol nasledujúce údaje: vek v rokoch, pohlavie, počet odpracovaných rokov, spokojnosť v zamestnaní, interpersonálne vzťahy na pracovisku, materiálne vybavenie pracoviska a finančné ohodnotenie. Položky spokojnosť v zamestnaní až po finančné ohodnotenie boli hodnotené ako:

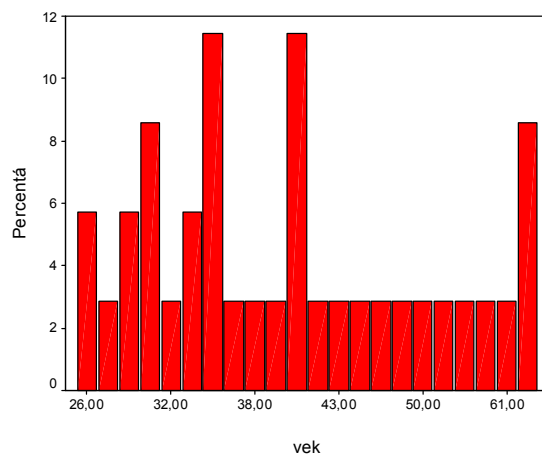
1. dobré
2. priemerné
3. zlé

12.3 Skúmaný súbor

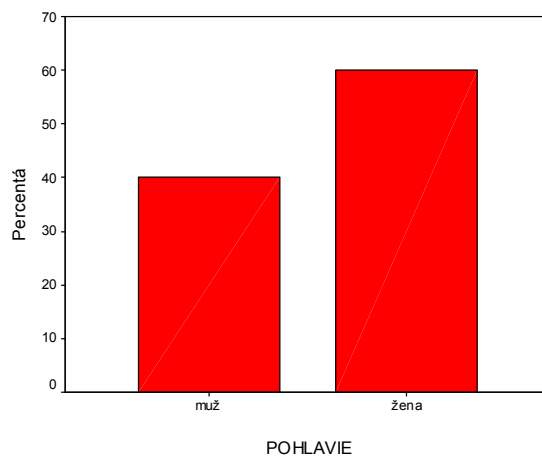
K praktickej časti práce sme pristúpili rozdáním dvoch dotazníkov a to BM – dotazník psychického vyhorenia a dotazníka postoja k smrti – Death attitude profile- Revised. Vybrali sme nasledovné pracoviská: Paliatívne oddelenie Národného onkologického ústavu v Bratislave a pre skupinu kontrolnej vzorky boli zvolené chirurgické pracoviská rôzneho zamerania Univerzitnej nemocnice Bratislava. Celkovo sme rozdali 62 dotazníkov a to tridsaťdva pre respondentov paliatívnej starostlivosti a 30 pre chirurgických respondentov. Na začiatku prebehol osobný rozhovor a respondentom sme vysvetlili význam dotazníkov. Pre zabezpečenie úplnej anonymity sme o vyzbieraní dotazníkov požiadali sprostredkujúcu osobu. Z celkového počtu rozdáných dotazníkov sa vrátilo 35 vyplnených dotazníkov, t.j. návratnosť 56,5%. Celková vzorka pozostávala z 35 účastníkov vo veku od 26 až 63 rokov ($M=40,9$; $SD= 11,09$). Išlo o 21 žien a 14 mužov. Kontrolná vzorka pozostávala zo 16 bežných respondentov, pracovníkov chirurgických odborov. Zvyšných 19 respondentov tvorilo experimentálnu skupinu paliatívnych pracovníkov. Žiaden subjekt nereferoval fyzické či psychické nezvyčajnosti, ktoré by mohli byť potenciálnou distorciou pre získané dáta

z hľadiska skúmanej, závislej veličiny - syndrómu vyhorenia. Okrem veku respondentov bola sledovaná veličina počet odpracovaných rokov, s minimom 3 roky, až po maximum 40 odpracovaných rokov ($M=17,79$; $SD= 10,11$), a takisto sme sledovali postoj k smrti dotazníkovou metódou uvedenou vyššie . Dvoch respondentov s počtom odpracovaných rokov menej ako 1 rok sme nezahrnuli do výskumu. Rozloženie vzorky z hľadiska práve spomínaných charakteristík je aj na nasledujúcich stĺpcových grafoch.

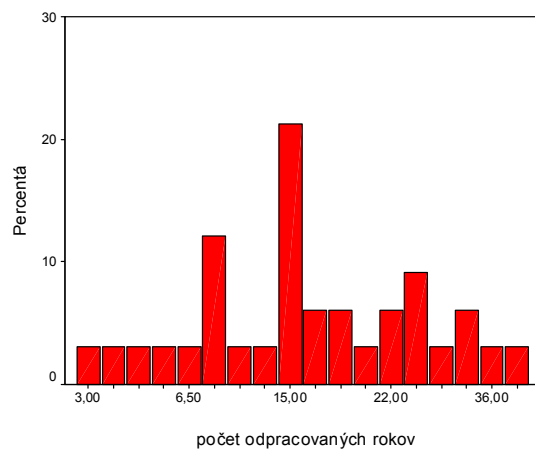
Obr. 1. Frekvenčné rozdelenie premennej vek



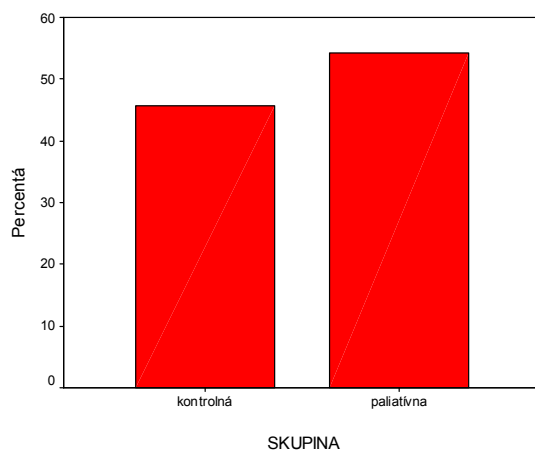
Obr. 2. Frekvenčné rozdelenie premennej pohlavie



Obr. 3. Frekvenčné rozdelenie premennej počet odpracovaných rokov



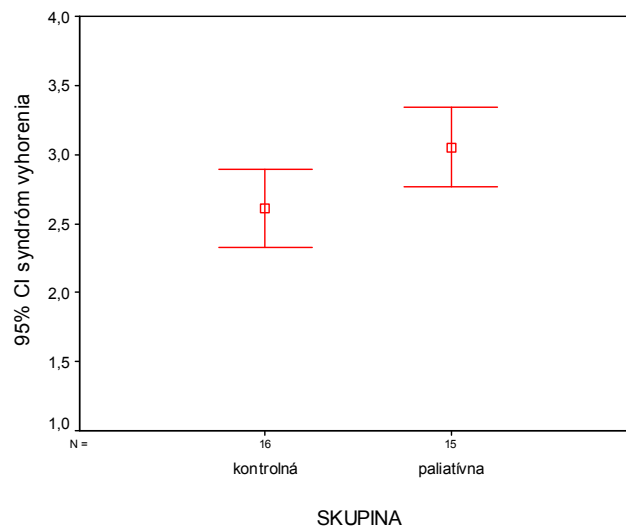
Obr. 4. Frekvenčné rozdelenie premennej skupina



Troch respondentov so syndrómom vyhorenia vyšším ako stredná hodnota plus dve štandardné odchýlky sme nezahrnuli do výskumu, takto dostaneme „očistený“ syndróm vyhorenia ($M=2,83$; $SD= 0,56$). V dodatku A uvádzame popisné štatistiky závislej premennej SQ – stupeň syndrómu vyhorenia a ostatných veličín, ako spokojnosť v rôznych typoch, a pre veličiny merajúce postoje k smrti pre chirurgických aj paliatívnych probandov. Reliabilita nášho pozorovania pomocou dotazníka syndrómu vyhorenia dosiahla hodnotu 0,91 vyjadrenú cez Cronbachov koeficient alfa, čo pokladáme za dostatočne vysokú hodnotu.

Pomocou t-testu pre nezávislé skupiny sme zistili, že syndróm vyhorenia paliatívnych probandov ($M=3,05$; $SD=0,517$; $N=15$) je signifikantne vyšší ($t=-2,38$; $sig=0,024$; $df=29$) ako u chirurgických probandov ($M=2,61$; $SD=0,52$; $N=16$). Na Obr. 5. uvádzame grafy intervalových odhadov pre relevantné skupiny subjektov – paliatívnych a chirurgických probandov.

Obr. 5. Intervaly spoľahlivosti pre syndróm vyhorenia



Pomocou t-testu pre nezávislé skupiny sme zistili, že syndróm vyhorenia mužov ($M=2,52$; $SD=0,53$; $N=11$) je signifikantne nižší ($t=-2,44$; $sig=0,021$; $df=29$)

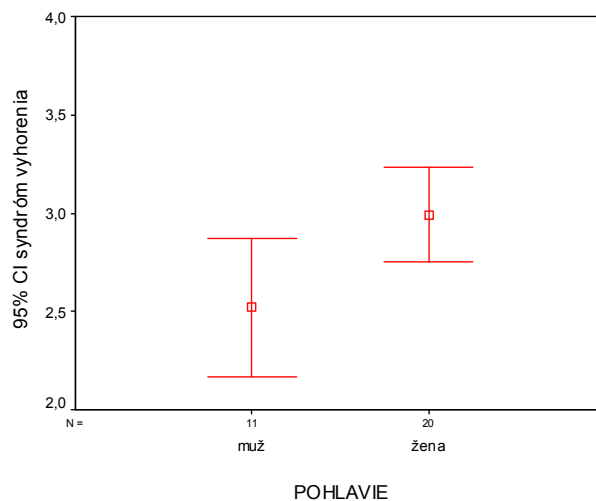
ako u žien ($M=2,99$; $SD=0,51$; $N=20$). V Tabuľke 1. sú uvedené stredné hodnoty a štandardné odchýlky pre syndróm vyhorenia mužov a žien.

Tabuľka 1. Nezávislý t- test pre syndróm vyhorenia vzhľadom k pohlaviu

syndróm vyhorenia	Pohlavie	N	M	SD
muž	11	2,5195	,5275	
žena	20	2,9929	,5120	

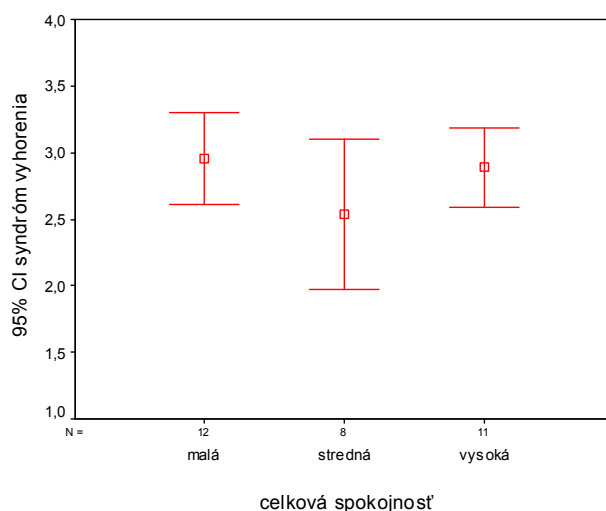
Na Obr. 6 uvádzame grafy 95 % intervalových odhadov spoľahlivosti pre mužov a ženy pre syndróm vyhorenia.

Obr. 6 Intervaly spoľahlivosti mužov a žien pre syndróm vyhorenia



Pomocou procedúry ANOVA sme zistili, že syndróm vyhorenia pre respondentov málo spokojných s prácou ($M=2,96$; $SD=0,55$; $N=12$) sa signifikantne nelíši od stredne spokojných respondentov ($M=2,54$; $SD=0,68$; $N=8$) a ani od vysoko spokojných subjektov ($M=2,82$; $SD=0,56$; $N=11$), pričom ANOVA($F=1,48$; $sig=0,246$; $df=2,28$). Na Obr. 7. uvádzame grafy intervalových odhadov pre relevantné skupiny subjektov rozdelené podľa vlastnosti spokojnosť.

Obr. 7 Intervaly spoľahlivosti syndrómu vyhorenia pre rôzne skupiny spokojnosti s prácou



Tabuľka 2. ANOVA test pre syndróm vyhorenia vzhľadom k spokojnosti s prácou

	Suma štvorcov	df	Stredný štvorec	F	Sig.
Medzi skupinami					
,892	2	,446	1,476	,246	
Vnútri skupín					
8,461	28	,302			
Celkovo					
9,353	30				

Korelačná analýza

Zvyšné predpoklady o vzťahoch medzi syndrómom vyhorenia a jednotlivými postojmi k smrti vyšetríme pomocou korelačnej analýzy a metód lineárneho modelovania a nelineárneho modelovania, úplný zoznam číselných výsledkov je uvedený v dodatku B, C a D. Vyšetrovanie predpokladov pomocou korelácií závisí od toho ako špecifikujeme relevantnú množinu ľudí. Z Tabuľky B1 vidíme, že na celej vzorke je medzi syndrómom vyhorenia a postojom neutrálneho prijatia stredný signifikantný nepriamoúmerný vzťah ($r=-0,501$; $sig=0,004$; $N=31$), medzi syndrómom vyhorenia a postojom priateľského prijatia je stredný signifikantný

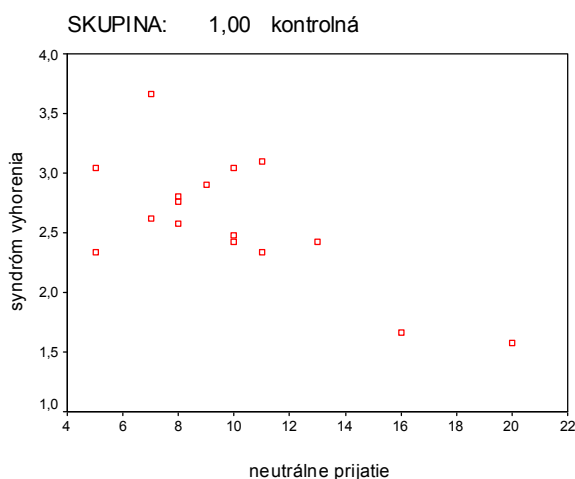
nepriamoúmerný vzťah ($r=-0,458$; $\text{sig}=0,010$; $N=31$), medzi zvyšnými postojoými veličinami sme nezistili významné vzťahy.

Aj vzhľadom k predpokladu, sme zistili stredný signifikantný priamoúmerný vzťah ($r=-0,437$; $\text{sig}=0,018$; $N=29$) medzi syndrómom vyhorenia a počtom odpracovaných rokov.

Na množine chirurgických respondentov je medzi syndrómom vyhorenia a postojom neutrálneho prijatia smrti nepriamoúmerný signifikantný vzťah ($r=-0,698$; $\text{sig}=0,003$; $N=16$), ostatné postojové veličiny nekorelujú signifikantne so syndrómom vyhorenia.

Na množine paliatívnych subjektov sa patern závislostí určitým spôsobom mení. Obr.8. Medzi syndrómom vyhorenia a postojom neutrálneho prijatia už je stredne korelovaný ale nesignifikantný nepriamoúmerný vzťah ($r=-0,328$; $\text{sig}=0,232$; $N=15$), a medzi syndrómom vyhorenia a ostatnými postojmi prijatia smrti sme nezistili významné vzťahy.

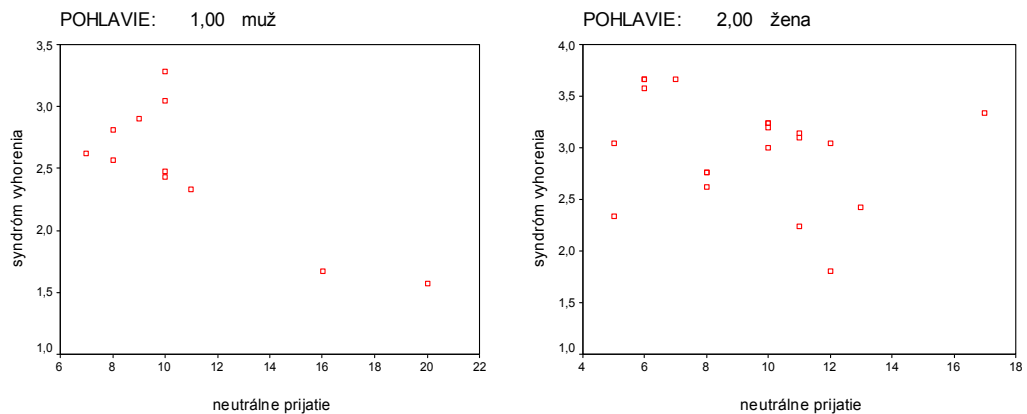
Obr.8. Závislosť medzi syndrómom vyhorenia a postojom neutrálneho prijatia smrti pre chirurgických respondentov



Analogicky patern korelácií pre mužov (bez ohľadu na skupinu – chirurgických alebo paliatívnych respondentov) sa podstatne nelíši od žien, Obr. 9.

Muži vykazujú silný signifikantný nepriamoúmerný vzťah ($r=0,797$; $\text{sig}=0,003$; $N=11$) medzi syndrómom vyhorenia a postojom neutrálneho prijatia smrti a slabé nesignifikantné vzťahy s postojmi strach zo smrti, vyhýbanie sa smrti, priateľské prijatie a únikové prijatie. Ženy vykazujú naopak stredne signifikantný priamoúmerný vzťah ($r=0,510$; $\text{sig}=0,022$; $N=20$) medzi syndrómom vyhorenia a postojom priateľského prijatia smrti ale žiadne signifikantné, aj keď slabé, vzťahy so zvyšnými postojovými veličinami.

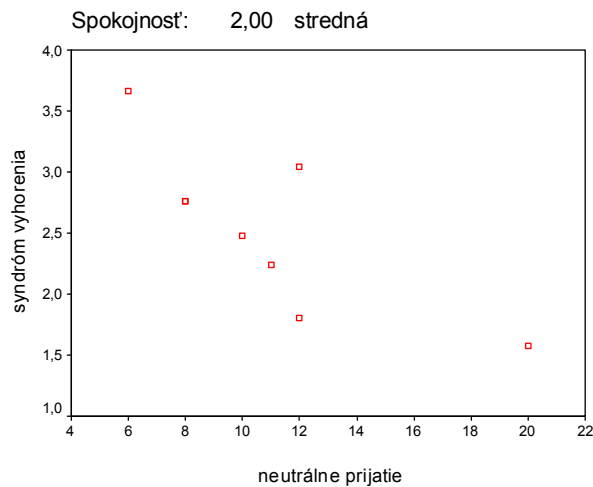
Obr.9. Závislosť syndrómu vyhorenia pre mužov a ženy



Na množine s prácou nízko spokojných probandov je medzi syndrómom vyhorenia a postojom neutrálneho prijatia smrti približne nulový nesignifikantný vzťah ($r=0,081$; $\text{sig}=0,812$; $N=11$), ostatné postojové veličiny taktiež nekorelujú s syndrómom vyhorenia.

Na množine s prácou stredne spokojných subjektov sa patern závislostí podstatným spôsobom mení. Obr.10. Medzi medzi syndrómom vyhorenia a postojom neutrálneho prijatia smrti je už vysoko korelovaný signifikantný nepriamoúmerný vzťah ($r=-0,797$; $\text{sig}=0,003$; $N=8$), medzi zvyšnými postojovými veličinami sme nezistili významné vzťahy.

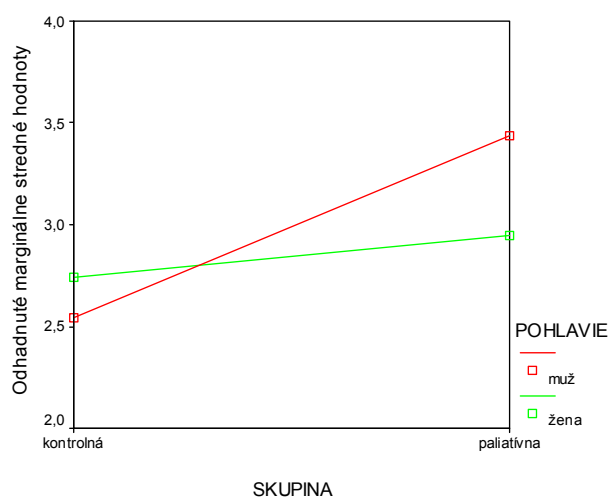
Obr.10. Závislosť medzi syndrómom vyhorenia a postojom neutrálneho prijatia smrti pre s prácou stredne spokojných respondentov



V prípade vzorky s prácou vysoko spokojných subjektov sme nezistili signifikantné korelácie medzi syndrómom vyhorenia a postojovými veličinami, inými slovami môžeme tvrdiť, že syndróm vyhorenia nezávisí od dimenzií postojov k smrti ak je subjekt v práci vysoko spokojný.

V ďalšom sa budeme venovať zovšeobecneniu predošlých postupov uvažovaním viacerých premenných naraz ako prediktorov pomocou SPSS metódy GLM (General linear Method). Ako závislú premennú si volíme syndróm vyhorenia, ako fixné faktory premenné SKUPINA a POHLAVIE a ako kovariácie si volíme postoj neutrálneho prijatia smrti, priateľského prijatia smrti a odpracovaných rokov, pozri Dodatok B Tab. B1, z predošlej korelačnej analýzy ako hlavné prediktory. Podrobné výsledky sú uvedené v dodatku C. Model sa dá graficky vyjadriť ako na Obr. 11. Na vodorovnej osi sú znázornené relevantné skupiny a farbou sú odlíšení muži a ženy.

Obr. 11 GLM model pre syndrómom vyhorenia

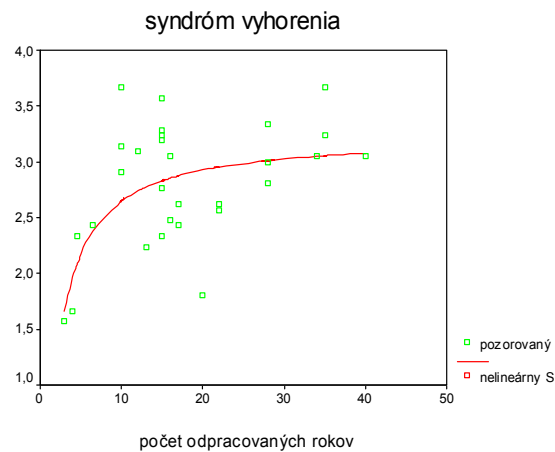


Na zvislej osi sú odhadnuté stredné hodnoty pre syndróm vyhorenia. Z Tabuľky 2 v dodatku C a z Obr. 9 vidíme, že správanie paliatívnych respondentov sa signifikantne nelíši pre mužov a ženy. Zároveň normálni respondenti sa líšia od paliatívnych respondentov, bez ohľadu na pohlavie. A nakoniec, dosiahnuté sily testov sú v Tabuľke C. Vidíme, že sme dosiahli relatívne slušné hodnoty. Podobne vysvetliteľnosť, daná parametrom adjustovaného štvorca R je rovná 0,525. Tento parameter nám hovorí, že približne 50 % variability syndróm vyhorenia je postihnuté postojmi neutrálneho prijatia smrti, priateľského prijatia smrti a odpracovanými rokmi, skupinou a pohlavím, čo je pre dotazníkovú metódu výskumu veľmi slušná hodnota. Vidíme, že chirurgickí respondenti majú menšiu tendenciu k syndrómu vyhorenia v porovnaní s paliatívnymi respondentmi. U žien je tendencia vyššia u chirurgických respondentov, pre mužov je to naopak. Efekt interakcie medzi SKUPINOU a POHLAVÍM nie je signifikantný.

Podobne ak si ako závislú premennú volíme syndróm vyhorenia, ako nezávislé premenné skupina, pohlavie, postoj neutrálneho a priateľského prijatia smrti a odpracované roky, z predošlej korelačnej analýzy, ako hlavný prediktor môžeme previesť nelineárnu analýzu – navrhnúť nelineárny model. Podrobné výsledky sú uvedené v dodatku D. Model sa dá graficky vyjadriť ako na Obr. 12. Na vodorovnej osi je znázornený iba hlavný prediktor - odpracované roky,

vzhľadom ku ktorému sa vzťah stáva nelineárnym, zelenými bodmi sú znázornené pozorovania, červenou model.

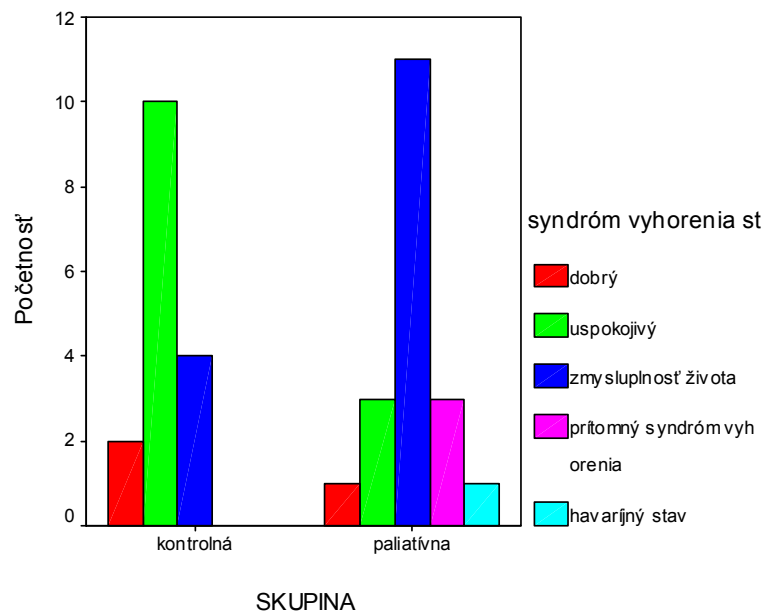
Obr. 12 Nelineárny model syndróm vyhorenia



Na zvislej osi je syndróm vyhorenia. Z Tabuľky 2 v dodatku D a z Obr. 12 vidíme, že správanie respondentov je podľa nášho modelu nelineárne. Táto nelinearita má lepšie zdôvodnenie ako priamoúmerný lineárny vzťah a lepšie vystihuje význam chovania premennej syndróm vyhorenia – efekt nasýtenia, s narastajúcimi rokmi sa syndróm vyhorenia nezvyšuje úmerne ale pomalšie. A nakoniec, dosiahnuté sily testov sú v Tabuľke D2, vidíme, že sa dosiahli relatívne slušné hodnoty.

Aby sme mali úplný pohľad na syndróm vyhorenia pozrieme sa na krížové tabuľky sténov syndrómu vyhorenia (kategorizácia ako v dotazníku vyhorenia) a premennej skupina. V Dodatku E Tabuľka E1 je číselné vyjadrenie.

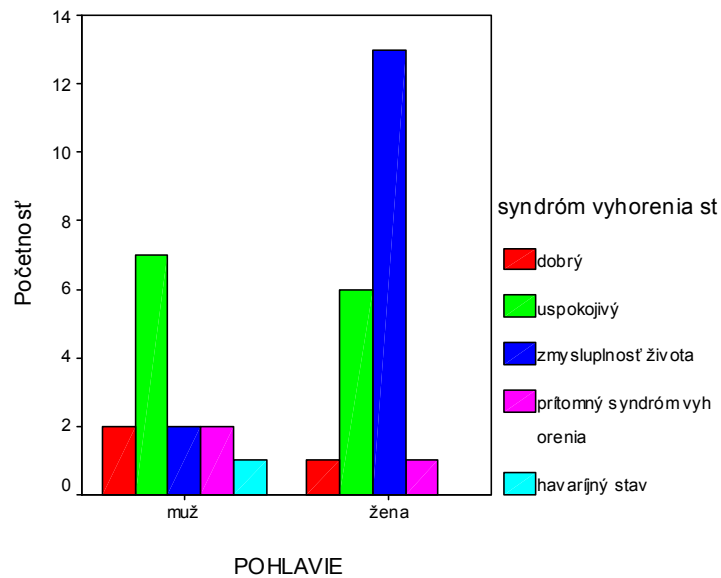
Obr. 13 Zhukový stípcový graf pre porovnanie syndrómu vyhorenia normálnych a paliatívnych probandov



Pomocou Chi-kvadrát testu sme zistili, že proporčné rozdelenie sténov pre skupinu chirurgických a paliatívnych probandov sa signifikantne líši ($\chi^2=11,194$; $\text{sig} = ,023$; $\text{df}=4$).

Podobne si znázorníme krížové tabuľky sténov syndrómu vyhorenia a premennej pohlavie. V Dodatku E Tabuľka E2 je číselné vyjadrenie krížovej tabuľky.

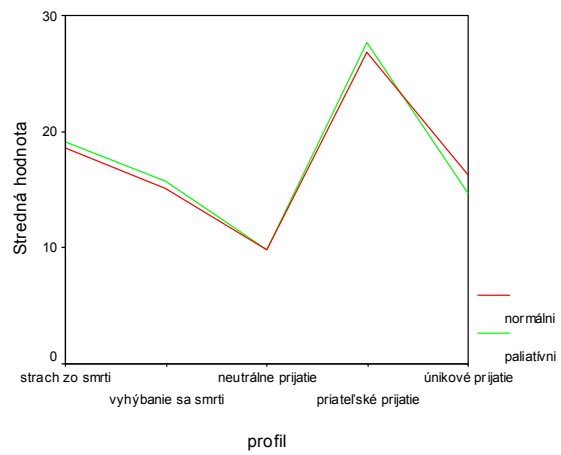
Obr. 14 Zhukový stĺpcový graf pre porovnanie syndrómu vyhorenia mužov a žien



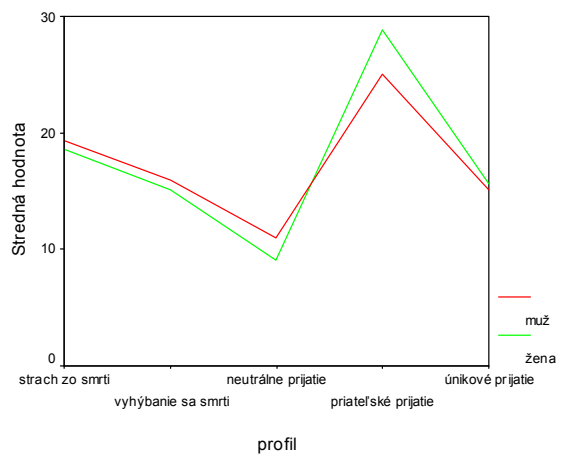
Pomocou Chi-kvadrát testu sme zistili, že proporčné rozdelenie stérov pre skupinu mužov a žien sa signifikantne nelíši ($\chi^2 = 8,761$; $\text{sig} = ,068$; $\text{df} = 4$).

Nakoniec uvádzame v grafickej forme postojoyé profily pre relevantné súbory subjektov, Obr. 15 pre porovnanie normálnych a paliatívnych probandov, Obr. 16 pre porovnanie mužov a žien a Obr. 17 porovnanie postojoyých profilov podľa spokojnosti s prácou.

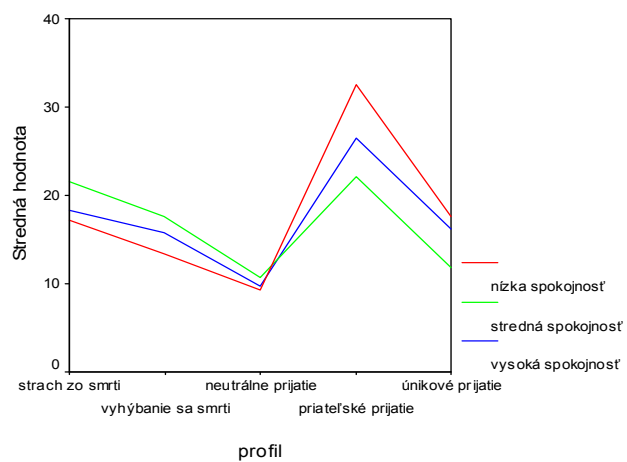
Obr. 15 porovnanie postojových profilov normálnych a paliatívnych probandov



Obr. 16 porovnanie postojových profilov mužov a žien



Obr. 17 porovnanie postojových profilov podľa spokojnosti s prácou



13 Diskusia

V žiadnej profesijnej skupine sa vlastné /psychické / poruchy nebagatelizujú a nezastierajú tak, ako v tej, ktorá má bezprostredne čo do činenia s ošetrovaním takýchto psychických porúch t.j. v medicíne. Slabosť, bezmocnosť a otvorené priznanie si emocionálnych problémov sú vítané a podporované iba u druhých, zatiaľ čo predstava o sebe samom má ostať ušetrená od takýchto „poškvrn“ .

Môžeme sa vrátiť až šesťdesiat rokov dozadu, keď americká farmaceutická spoločnosť Parke-Davis rozoslala dotazníky 10 000 lekárom. Dotazníky boli zamerané na zdravotný stav lekárov. Výsledok bol, tak ako je viac-menej typické pre podobné prieskumy, priamím reality . Iba pol percenta lekárov priznalo, že trpí psychickými poruchami. Ideálna predstava lekára schopného plniť všetky úlohy bola a je mocnejšia než skutočnosť. Pri spracovávaní údajov z medicínskeho prostredia s touto problematikou je potrebné s týmto faktom skresľovania výsledkov vždy kalkulovať. Pritom v skutočnosti lekári pomerne často trpia rozličnými psychiatrickými poruchami a sú prijímaní k pobytu na psychiatrických klinikách častejšie než priemer obyvateľstva, rovnako majú signifikantne vyššiu incidenciu alkoholizmu a suicídií. (Dunwoodie, 2007). K rovnakým záverom o pomerne vysokej incidencii psychologických porúch u zdravotných sestier dospeli Mealer a spol. v rámci sledovania prevalencie a dopadov posttraumatickej stresovej choroby a syndrómu vyhorenia u stredných zdravotníckych pracovníkov. (Mealer, 2009)

Neochotu zdravotníckych pracovníkov osobne participovať na prieskumoch týkajúcich sa incidencie syndrómu vyhorenia dokumentujú aj práce Asaia a spol. ktorí pri prierezovej celonárodnej štúdií výskytu syndrómu vyhorenia a iných psychiatrických ochorení u lekárov v Japonsku dosiahli z celkového počtu 1436 rozoslaných dotazníkov návratnosť len 697 dotazníkov t.j. 49,6 %. (Asaia, 2006)

K podobným výsledkom dospeli i Trufelli a spol. pri systematickom prehľade a meta-analýze 461 štúdií týkajúcich sa syndrómu vyhorenia u onkologických pracovníkov, z ktorých len 10 štúdií ktoré mohli byť vzhľadom na komplexnosť požadovaných údajov zahrnutých do štatistickej analýzy . V tomto súbore

návratnosť dotazníkov sa pohybovala v rozmedzí od 21% do 100%, priemer návratnosti bol 69,7 %.(Trufelli, 2008)

Podobný scenár návratnosti dotazníkov sa zopakoval i pri zostavovaní prezentovaného súboru . Zo 62 rozoslaných dotazníkov sa vrátilo 35 čo predstavovalo 56,5 % návratnosť. Z celkového počtu 35 vyplnených dotazníkov bolo 19 dotazníkov kompletizovaných probandmi experimentálnej skupiny z pracoviska paliatívnej medicíny, zvyšných 16 vyplnených dotazníkov odovzdali probandi kontrolnej skupiny ktorými boli zdravotnícky pracovníci chirurgických odborov fakultnej nemocnice.. Návratnosť dotazníkov na úrovni 56,5% potvrdzuje predpoklad, že aj na sledovaných pracoviskách sú postoje rovnako rezervované ako sa uvádza v literatúre a táto návratnosť už sama o sebe poskytla obraz o miere ochoty hovoriť o svojich pocitoch.

Zároveň je však potrebné uviesť, že sledované pracovisko paliatívnej medicíny je malou komunitou v ktorej sa všetci respondenti navzájom dobre poznajú. Už len jednoduché, v dotazníku požadované demografické údaje mohli viesť k obavám o možnosti porušenia anonymity, čo mohlo mať za dôsledok aj neúplné odpovede, resp. uvádzanie nie pravdivých skúseností . V tomto kontexte podozrenia z úniku informácií potom rovnaké obavy mohli vzbudzovať aj odpovede respondentov na spokojnosť so zamestnaním ako aj s uvedením odpovedí svedčiacich o vyhorení . Odhalenie týchto skutočností by mohlo v konečnom dôsledku viesť k sociálnej a pracovnej diskriminácii v porovnaní s pracovníkmi s nižšou hladinou distresu a vyhorenia. S takýmito deformáciami v odpovediach a následne aj vo výsledkoch treba počítať aj v tejto práci, podobné riziká a dôvody neúplných a nepresných odpovedí v danej problematike sú uvádzané aj v literatúre.(Dundwodie, 2007)

Predtým, než pristúpime k hodnoteniu dosiahnutých výsledkov je potrebné zdôrazniť, že syndróm vyhorenia nie je možné pokladať za akútnu udalosť, ale je ho treba chápať ako proces, pri ktorom sa symptómy objavujú po určitej prolongovanej perióde po expozícií stresujúcim udalostiam, teda prebiehajú v čase a predstavujú určité tendencie, resp. trendy. . Tento syndróm nie je permanentný, ale ako psycho-emocionálna modifikácia môže byť dočasný a prechodný. V tomto kontexte je potom i dôležité chápanie dynamiky vývoja syndrómu vyhorenia

reflektujúce sa v zhoršujúcom sa zaradení probandov do jednotlivých skupín podľa hodnoty BM indexu. (Italia, 2008)

Vyhodnotením jednotlivých dotazníkov boli probandi podľa BM indexu zaradení do jednotlivých skupín podľa hodnotiacej tabuľky. Hodnoty BM indexu do 1,9 a nižšie boli pokladané za dobrý výsledok bez prítomnosti syndrómu vyhorenia, hodnoty v intervale od 2 do 2,9 boli pokladané za uspokojivé. Pri hodnotách BM indexu v rozmedzí 3 až 3,9 sa už objavujú prvé náznaky, resp. tendencie smerovania k syndrómu vyhorenia a pre túto skupinu je doporučované ujasniť si rebríček hodnôt a zamyslieť sa nad zmyslupnosťou života. Hodnoty BM indexu v intervale od 4 do 4,9 už indikujú prítomnosť syndrómu vyhorenia vyžadujúceho si bezpodmienečne intervenciu psychológa. Hodnota BM indexu 5 a vyššia predstavuje havarijný stav s urgentnou potrebou konať a neodkladať riešenie problému.

V našom súbore, v kontrolnej skupine pracovníkov chirurgických odborov bolo z celkového počtu 16 probandov na základe BM indexu 14 probandov s maximálnou hodnotou BM indexu do 2,9 zaradených do prvej a druhej skupiny t.j. do skupín bez prítomnosti syndrómu vyhorenia. Len štyria probandi s indexom BM do 3,9 boli zaradení do skupiny s naznačenými tendenciami smerovania k vyhoreniu. Ani jeden proband z chirurgickej skupiny nespĺňal kritéria BM indexov pre zaradenie buď do skupiny manifestného syndrómu vyhorenia resp. do kategórie havarijný stav pri vyhorení.

V experimentálnej skupine pracovníkov paliatívnej starostlivosti bolo už rozloženie BM indexov svedčiace pre vyššiu tendenciu, resp. incidenciu syndrómu vyhorenia. Z celkového počtu 19 probandov boli len 4 probandi zaradení do prvých dvoch skupín hodnotenia BM indexu, t.j. ich hodnoty nepresahovali hodnotu indexu 2,9 čo svedčilo o dobrom, resp. uspokojivom výsledku. 13 respondentov s hodnotami BM indexu 3-3,9 bolo zaradených do skupiny s prvými náznakmi resp. tendenciami smerovania k syndrómu vyhorenia. Syndróm vyhorenia bol identifikovaný u troch respondentov experimentálnej skupiny, havarijný stav s indexom BM nad 5 bol identifikovaný u jedného respondenta tejto skupiny. Syndróm vyhorenia v skupine pracovníkov paliatívnej medicíny bol

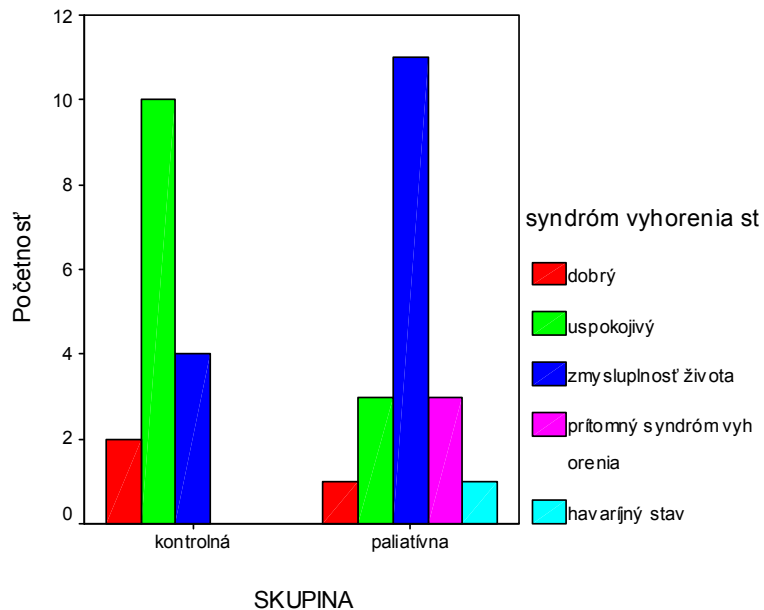
stanovený u 21,05 % respondentov. Vid' obr. č. 13 - Zhlukový stĺpcový graf pre porovnanie syndrómu vyhorenia chirurgických a paliatívnych probandov.

Štatistickým spracovaním pomocou t-testu pre nezávislé skupiny môžeme skonštatovať, že skóre syndrómu vyhorenia paliatívnych probandov ($M=3,05$; $SD=0,517$; $N=15$) je signifikantne vyššie ($t=-2,38$; $sig=0,024$; $df=29$) ako u probandov chirurgickej kontrolnej skupiny ($M=2,61$; $SD=0,52$; $N=16$). Na Obr. 5. sú uvedené grafy intervalových odhadov pre relevantné skupiny subjektov – paliatívnych a chirurgických probandov.

Podobne i pomocou Chi-kvadrát testu sme zistili, že proporčné rozdelenie sténov pre skupinu chirurgických a paliatívnych probandov sa signifikantne líši ($CHI-2= 11,194$; $sig =,023$; $df=4$).

Odvolávajúc sa na prvú časť diskusie týkajúcej sa úskalí získavania dostatočného počtu objektívnych podkladov pre hodnotenie tak citlivého problému ako je syndróm vyhorenia môžeme pri vyššie uvedených počtoch probandov v jednotlivých porovnávaných súboroch rozdelených do jednotlivých skupín závažnosti podľa BM indexu len skonštatovať nemožnosť štatistického spracovania týchto detailnejších údajov z dôvodu štatisticky nevýznamných čísiel. Avšak len vizuálnou komparáciou vyššie uvádzaného zhlukového stĺpcového grafu môžeme konštatovať nepochybne vyššiu incidenciu ako i stupeň závažnosti vyhorenia v skupine pracovníkov paliatívnej medicíny. (Obr. Č. 13)

Obr. 13 Zhlukový stĺpcový graf pre porovnanie syndrómu vyhorenia normálnych a paliatívnych probandov



V použitej literatúre nachádzame množstvo protichodných nálezov a konštatovaní o incidencii a závažnosti výskytu burn-out syndrómu v jednotlivých medicínskych oboroch.

Do prvej skupiny prác môžeme zaradiť práce, ktoré konštatujú vyšší výskyt syndrómu vyhorenia na pracoviskách paliatívnej starostlivosti, hlavne však na tých, kde paliatívna starostlivosť je zameraná na poskytovanie terminálnej starostlivosti pacientom s onkologickými ochoreniami. (Bragard, 2010, Italia 2008)

Asai a spol. vo svojej práci o burn-out syndróme a psychiatrických ochoreniach u lekárov poskytujúcich terminálnu starostlivosť o onkologických pacientov uvádzajú okrem všeobecne pôsobiacich stresorov aj špecifické stresory pôsobiace na poskytovateľov v „end-of-life“ starostlivosti o onkologických pacientov. Sumarizujú, že lekári poskytujúci terminálnu starostlivosť sú vystavení množstvu stresujúcich faktorov ktoré zvyšujú pravdepodobnosť vyhorenia. Medzi tieto špecifické stresory patria pocity zlyhania a frustrácie pri progresii onkologického ochorenia, zažívajú pocit bezmocnosti v boji s danou chorobou, registrujú straty, dostávajú sa do konfliktov, pocitov nerozhodnosti, pociťujú

zlyhanie pri zabezpečení „dobrej“ smrti. Terminálna starostlivosť má dve protichodné stránky: ak je vykonávaná nekvalitne stáva sa zdrojom závažného stresu, avšak vie byť vďačná, odmeňujúca ak je robená kvalitne. (Asai, 2007).

Na druhej strane však nachádzame nezriedkavé informácie o tom, že zdravotnícky pracovníci pracujúci na oddeleniach paliatívnej medicíny sú chránení pred syndrómom vyhorenia vyššou mierou satisfakcie z práce ktorá pôsobí ako salutor a má oslabujúci účinok na interakcie pracovný stres verzus syndróm vyhorenia. Rovnako sa uvádza, že zdravotnícky profesionáli s lepším mentálnym zdravím si vyberajú prácu na paliatívnych oddeleniach a tým sú títo pracovníci odolnejší voči stresu. Dokonca sa uvádza, že prístup k pacientom a kultúra poskytovania paliatívnej starostlivosti ochraňuje pracovníkov tejto odbornosti pred nadmernou hladinou distresu v porovnaní s lekármi a zdravotnými sestrami iných odborností. (Dundwoodie, 2007). Podobne zdravotnícky pracovníci v paliatívnej starostlivosti udávajú v porovnaní s inými odbornosťami menej stresu pri komunikácii s pacientmi a ich rodinnými príslušníkmi v komplikovaných situáciách, vykazujú aj rovnako menej stresu z liečenia pacientov s nevyliciteľnými ochoreniami. (Bragard, 2010)).

Rovnako Ramirez vo svojom klinickom prehľade uvádza, že stresujúce faktory práce na oddeleniach paliatívnej medicíny sú identické a všeobecne platné aj pre iné odbornosti. Patrí sem pracovné preťaženie a jeho vplyv na trávenie voľného času, uprednostňovanie pracovných povinností pred rodinnými, nekvalitný manažment, nedostatok finančných zdrojov, nezdravé interpersonálne vzťahy na pracovisku atď..(Ramirez, 1998)

Identifikácia syndrómu vyhorenia v našom súbore probandov na pracovisku paliatívnej medicíny vyjadrená podielom 21, 05 % je v súhlase v literárnych údajmi o incidencii tohto syndrómu na pracoviskách paliatívnej medicíny. Dunwoodie v súbore 43 zdravotníckych pracovníkov paliatívnej medicíny uvádza výskyt syndrómu vyhorenia v 24% (Dudwoodie, 2006), rovnako Ramirez v klinickom prehľade o paliatívnej starostlivosti udáva incidenciu psychiatrickej morbidity na úrovni 25 %, t.j. identickú ako v iných zdravotníckych profesiách. (Ramirez, 1998, Bragard, 2010) Trufelli sumarizuje výsledky desiatich štúdií zaoberajúcich sa syndrómom vyhorenia u 2375 pracovníkov onkologických odborností a udáva

výskyt syndrómu vyhorenia v jednotlivých štúdiách v rozmedzí 8% až 51 % .
(Trufelli, 2008)

V našom kontrolnom súbore 14 zdravotníckych pracovníkov chirurgických odborov sme v rozpore s literárnymi údajmi nezistili syndróm vyhorenia ani v jednom prípade. Tento fakt, okrem nižšie uvedených skutočností, možno nepochybné pripísať aj na vrub malého počtu členov kontrolného súboru. Pritom niektoré práce (Ramirez, 1998,) uvádzajú incidenciu syndrómu vyhorenia na chirurgických pracoviskách na rovnakej úrovni ako na pracoviskách paliatívnej starostlivosti. Verdon uvádza výskyt ťažkej formy syndrómu vyhorenia na chirurgických pracoviskách v 28 %. (Verdon 2008)

Nakoľko pomocou t-testu pre nezávislé skupiny sme zistili, že syndróm vyhorenia mužov ($M=2,52; SD=0,53; N=11$) je signifikantne nižší ($t=-2,44; sig=0,021; df=29$) ako u žien ($M=2,99; SD=0,51; N=20$). predpokladáme že vplyv pohlavia mal významný podiel na výsledkoch porovnávania oboch sledovaných súborov.

Otázky vplyvu pohlavia a názory na jeho vplyv na rozvoj syndrómu vyhorenia sú rovnako protichodné ako názory na väčšinu otázok týkajúcich sa tohto ochorenia. Graham a spol. popísali u žien pracujúcich na pracoviskách paliatívnej medicíny v porovnaní s mužmi na tých istých pracovných postoch signifikantne vyššiu incidenciu psychiatrických ochorení, pričom však špecificky nesledovali incidenciu vyhorenia pre jednotlivé pohlavia. (in Dunwoodie, 2007) .

Visinity a spol. naopak uvádzajú, že nenachádzajú signifikantnú asociáciu medzi syndrómom vyhorenia a premennými ako je napr. pohlavie, rodinný stav, atď. (Visinity, 1996)

V štúdií Alacacioglu a spol. ktorá sa zaoberala syndrómom vyhorenia zdravotných sestier a lekárov pracujúcich na onkologických oddeleniach autori dospeli k záveru, že výskyt emocionálnej exhauscie v rámci syndrómu vyhorenia je u zdravotných sestier signifikantne vyšší ako u lekárov. (Alacacioglu, 2009)

Nakoľko po očistení v súbore chirurgických probandov boli iba štyri ženy a desať mužov a naopak v súbore pracovníkov paliatívnej starostlivosti bol iba

jeden muž a 15 žien (viď tab. C1) možno na základe výsledkov predchádzajúceho t-testu vplyvu pohliava na syndróm vyhorenia a početného zastúpenia jednotlivých pohlaví v oboch súboroch suponovať, že významným faktorom ovplyvňujúcim incidenciu syndromu vyhorenia v porovnávaných súboroch bolo práve pohlavie .

Ďalším zo sledovaných možných premenných z etiopatogenézy syndrómu vyhorenia bol vzťah respondentov k práci. Pomocou procedúry ANOVA sme zistili, že syndróm vyhorenia pre probandov málo spokojných s prácou ($M=2,96$; $SD=0,55$; $N=12$) sa signifikantne nelíši od stredne spokojných probandov ($M=2,54$; $SD=0,68$; $N=8$) a ani od subjektov vysoko spokojných s prácou ($M=2,82$; $SD=0,56$; $N=11$), pričom ANOVA($F=1,48$; $sig=0,246$; $df=2,28$).

Vzťah respondenta k práci, jeho spokojnosť resp. nespokojnosť na pracovisku je výslednicou pôsobenia dvoch protichodných tendencií ktorými sú pracovný stres versus uspokojenie vyplývajúce z práce(job satisfaction) ktoré pôsobí ako salutor . (Ramirez, 1998)

Vyššie uvedené zistenie v rámci celého súboru 31 probandov vyplývajúce zo štatistického spracovania ktoré konštatuje, že spokojnosť resp. nespokojnosť v zamestnaní signifikantne neovplyvňuje výskyt a závažnosť syndrómu vyhorenia je zaujímavé v porovnaní s literárnymi údajmi.

Italia a spol. v práci o syndróme vyhorenia na onkologických pracoviskách definujú burn-out syndróm ako negatívnu emocionálnu reakciu individua na problémy ktoré vznikli na pracovisku. (Italia, 2008) Podobne v analýzach príčin vzniku syndrómu vyhorenia sa konštatuje že chronický pracovný stres v zmysle zlého manažmentu, zlých interpersonálnych vzťahov, nedostatku finančných zdrojov a nespravodlivého finančného ohodnotenia, nadmerného pracovného zaťaženia a prepracovania, nedostatok času na oddych, pokles mimopracovných sociálnych aktivít sú hlavnými príčinami vyhorenia. Dokonca zdravotné sestry popisujú vo vzťahu k vyhoreniu ako jeden z najzávažnejších problémov problémy a neporozumenie si v pracovných vzťahoch s ostatnými zdravotníckymi profesionálmi a ako jednu z hlavných príčin vyhorenia udávajú nejasnosti okolo funkčného zaradenia, resp. z toho vyplývajúcich úloh na pracovisku. (Maslach, 1977, Ramirez, 1998, Trufelli, 2008, Iglesias, 2010, Bragard, 2010) .

Zvyšné predpoklady o vzťahoch medzi syndrómom vyhorenia a jednotlivými postojmi k smrti vyšetrené pomocou relačnej analýzy a metód lineárneho modelovania a nelineárneho modelovania, vyústili v záver, že v celej vzorke je medzi syndrómom vyhorenia a postojom neutrálneho prijatia smrti stredný signifikantný nepriamoúmerný vzťah ($r=-0,501$; $\text{sig}=0,004$; $N=31$), medzi syndrómom vyhorenia a postojom priateľského prijatia smrti je stredný signifikantný nepriamoúmerný vzťah ($r=-0,458$; $\text{sig}=0,010$; $N=31$), medzi zvyšnými postojovými veličinami sme nezistili významné vzťahy.

Tak, ako sme predpokladali sa preukázal stredný signifikantný priamoúmerný vzťah ($r=-0,437$; $\text{sig}=0,018$; $N=29$) medzi syndrómom vyhorenia a počtom odpracovaných rokov.

Ako však možno vidieť na obrázku č. 12. ktorý zobrazuje nelineárny model syndrómu vyhorenia vo vzťahu k počtu odpracovaných rokov - táto nelinearita lepšie vystihuje význam správania sa premennej syndróm vyhorenia – efekt nasýtenia, s narastajúcim počtom odpracovaných rokov sa syndróm vyhorenia nezvyšuje úmerne ale pomalšie. Z grafu možno odčítať, že prevažná väčšina vyššieho skóre vyhorenia je u probandov ktorý odpracovali cca. 10 až 15 rokov.

V súhlase s našim zistením vyššiu incidenciu syndrómu vyhorenia v mladšom veku (s nižším počtom odpracovaných rokov) konštatujú vo svojich prácach viacerí autori. Mladý vek figuruje na prvom mieste medzi premennými ktoré vedú k syndrómu vyhorenia aj podľa práce Bragard a spol. (2010), ako jeden z hlavných rizikových faktorov ho uvádza aj Ramirez (1998). Podobne signifikantne vyššiu hladinu výskytu syndrómu vyhorenia u mladých lekárov konštatujú vo svojej práci aj Alacacioglu a spol. (2009) Podľa posledne menovaných autorov vek môže agravovať kumulatívnu povahu pracovného stresu a v dôsledku tejto skutočnosti starší zdravotnícky pracovníci menia pracovné zadelenie a unikajú od pacientov, čím dochádza k znižovaniu incidencie syndrómu vyhorenia v starších vekových skupinách. Ďalším vysvetlením nižšieho výskytu syndrómu v staršom veku môže byť skutočnosť, že zdravotnícky pracovníci postupom času sa dokážu efektívnejšie adaptovať a účinnejšie prekonávať z práce vyplývajúce, tzv. „work-related“ spúšťače symptómov vyhorenia ako to popisuje Mealer a spol. u zdravotných sestier. (Mealer, 2009)

Podľa dosiahnutej sily testov uvedených v Tabuľke D2, vidíme, že sa dosiahli relatívne slušné hodnoty. Podobne slušnú hodnotu má aj vysvetliteľnosť, daná parametrom adjustovaného štvorca R ktorá je rovná 0,57. Tento parameter potvrdzuje, že približne 57 % variability syndrómu vyhorenia je dané premennými skupina, pohlavie, s postojmi neutrálneho alebo priateľského prijatia smrti a s počtom odpracovaných rokov. Vyššie uvedená 57% variabilita je pre dotazníkovú metódu výskumu veľmi slušná hodnota.

Pri sledovaní ďalších súvislostí v rámci celého súboru sa dospelo k nasledujúcim povšimnutia hodným záverom týkajúcich sa vplyvu postoja probanda k smrti a incidencie syndrómu vyhorenia.

Analogicky patern korelácií pre mužov (bez ohľadu na skupinu – chirurgických alebo paliatívnych probandov) sa podstatne nelíši od žien, Obr. 9. Muži vykazujú silný signifikantný nepriamoúmerný vzťah ($r=0,797$; $\text{sig}=0,003$; $N=11$) medzi syndrómom vyhorenia a postojom neutrálneho prijatia smrti a slabé nesignifikantné vzťahy s postojmi strach zo smrti, vyhýbanie sa smrti, priateľské prijatie a únikové prijatie. Ženy vykazujú naopak stredne signifikantný priamoúmerný vzťah ($r=0,510$; $\text{sig}=0,022$; $N=20$) medzi syndrómom vyhorenia a postojom priateľského prijatia smrti, ale žiadne signifikantné, aj keď slabé vzťahy so zvyšnými postojovými veličinami.

Na množine chirurgických probandov je medzi syndrómom vyhorenia a postojom neutrálneho prijatia smrti nepriamoúmerný signifikantný vzťah ($r=-0,698$; $\text{sig}=0,003$; $N=16$), ostatné postojové veličiny nekorelujú signifikantne so syndrómom vyhorenia.

Na množine paliatívnych subjektov sa patern závislostí určitým spôsobom mení, Obr.8. Medzi syndrómom vyhorenia a postojom neutrálneho prijatia už je stredne korelovaný ale nesignifikantný nepriamoúmerný vzťah ($r=-0,328$; $\text{sig}=0,232$; $N=15$), a medzi syndrómom vyhorenia a ostatnými postojmi prijatia sme nezistili významný vzťahy.

Postoj k smrti ako prípadný zdroj pracovného stresu a následného vyhorenia je na prekvapenie nie tak závažným problémom ako sme predpokladali a to hlavne u pracovníkov v oblasti paliatívnej starostlivosti. Túto skutočnosť potvrdzujú

aj konštatovania v práci Ramirez a spol. Podľa týchto autorov zomieranie a smrť nepatria k hlavným pracovným stresom v paliatívnej medicíne, zomieranie a smrť sa stáva stresujúcou v prípadoch ak ide o mladého pacienta, v prípadoch ak medzi pacientom a zdravotníckym pracovníkom sa vytvorili bližšie vzťahy, alebo v prípadoch nakopenia sa viacerých prípadov úmrtí pacientov o ktorých sa zdravotnícky pracovník stará. (Ramirez, 1998, Motosso 2008.)

Podobný postoj k smrti a zomieraniu ako stresujúcemu faktoru vedúcemu k vyhoreniu u zdravotníckych pracovníkov paliatívnej starostlivosti zaujímajú aj Graham a spol. Podľa týchto autorov, lekári paliatívnej starostlivosti v porovnaní s lekármi iných odborností popisujú významne menšiu mieru stresu pri komunikácii v komplikovaných situáciách s pacientmi a rodinnými príslušníkmi pacientov, ktorí trpia nevyliciteľnou chorobou. Smrť a zomieranie nie je hlavným zdrojom pracovného stresu aj preto, že starostlivosť o pacientov na oddeleniach filantropicky orientovanej paliatívnej starostlivosti poskytuje množstvo pozitívnych odmien, ktoré sú protektívne. Chápanie smrti ako integrálnej súčasť života, pocit kompetencie, pocit schopnosti kontrolovať symptómy ochorenia a zabezpečiť kvalitný manažment tzv. „dying well“ patria medzi mohutné salutory zabraňujúce vzniku vyhorenia. (in Dunwoodie, 2007)

Avšak Moreno-Jimenez a spol. v štúdií pojednávajúcej o syndróme vyhorenia u lekárov v terminálnej a non-terminálnej starostlivosti z aspektu postoja k smrti a o vplyve postoja k smrti na rozhodovacie procesy konšatovali, že postoj k smrti, t.j. akceptácia alebo vyhýbanie sa smrti sú moderátorom, resp. regulátorom vo vzťahu k rozhodovaciemu procesu a tým aj k syndrómu vyhorenia. Pomocou regresných analýz dospeli k záveru, že obavy z rozhodovacích procesov patria medzi hlavné prekurzory syndrómu vyhorenia a že lekári poskytujúci terminálnu starostlivosť majú vyššie skóre exhauscie a horší postoj k akceptácii t.j. nižšie skóre akceptácie smrti. (Moreno-Jimenez, 2008)

Závery aktuálneho štatistického spracovania postojov k smrti a výskytu syndrómu vyhorenia v porovnávaných súboroch poskytli výsledky ktoré je

potrebné akceptovať s určitými výhradami vyplývajúcimi zo skutočnosti, že súbor neobsahoval dostatočný počet respondentov, ktorý by bol vhodný pre optimálne štatistické spracovanie. Z tohto dôvodu k otázke vplyvu postoja k smrti na vyhorenie sa nebudeme detailnejšie vyjadrovať aj keď naďalej predpokladáme významný vplyv týchto interakcií na výskyt vyhorenia.

14 Záver

V predloženej práci je diskutovaná a štatisticky spracovaná problematika výskytu syndrómu vyhorenia u pracovníkov oddelenia paliatívnej medicíny v porovnaní s kontrolnou skupinou zdravotníckych pracovníkov chirurgických odborov.

Výskumná vzorka pozostávala z 35 účastníkov vo veku od 26 až 63 rokov ($M=40,9$; $SD= 11,09$). Išlo o 21 žien a 14 mužov. Kontrolná vzorka pozostávala zo 16 probandov, pracovníkov chirurgických odborov, zvyšných 19 probandov tvorilo experimentálnu skupinu paliatívnych pracovníkov.

Pomocou t-testu pre nezávislé skupiny sme zistili, že syndróm vyhorenia paliatívnych probandov je signifikantne vyšší ako u chirurgických probandov rovnako pomocou t-testu sme zistili, že syndróm vyhorenia mužov je signifikantne nižší ako u žien .

Pomocou procedúry ANOVA sme zistili, že syndróm vyhorenia pre probandov málo spokojných s prácou sa signifikantne nelíši od probandov stredne spokojných s prácou a rovnako sa nelíši ani od probandou s prácou vysoko spokojných .

Aj vzhľadom k predpokladu, sme zistili stredný signifikantný priamoúmerný vzťah medzi syndrómom vyhorenia a počtom odpracovaných rokov.

V celej vzorke je medzi syndrómom vyhorenia a postojom neutrálneho prijatia smrti stredný signifikantný nepriamoúmerný vzťah medzi syndrómom vyhorenia a postojom priateľského prijatia smrti je stredný signifikantný nepriamoúmerný vzťah, medzi zvyšnými postojovými veličinami sme nezistili významné vzťahy. Na množine chirurgických probandov je medzi syndrómom vyhorenia a postojom neutrálneho prijatia smrti nepriamoúmerný signifikantný vzťah. Ostatné postojové veličiny nekorelujú signifikantne so syndrómom vyhorenia. Na množine paliatívnych subjektov sa patern závislostí určitým spôsobom mení, medzi syndrómom vyhorenia a postojom neutrálneho prijatia už

je stredne korelovaný, ale nesignifikantný nepriamoúmerný vzťah a medzi syndrómom vyhorenia a ostatnými postojmi prijatia sme nezistili významné vzťahy.

Podobne boli sledované a porovnávané rôzne kombinácie vzťahov ako napr. vzťahy postoja k smrti u mužov a žien, vzťahy medzi spokojnosťou v zamestnaní, postojom k smrti atď.

Zovšeobecnením predošlých postupov, uvažovaním viacerých premenných naraz ako prediktorov sme dospeli k záveru, že približne 50 % variability syndrómu vyhorenia je postihnuté postojmi neutrálneho prijatia alebo priateľského prijatia smrti, odpracovanými rokmi, skupinou a pohlavím, čo je pre dotazníkovú metódu výskumu veľmi slušná hodnota. Vidíme, že chirurgickí respondenti majú menšiu tendenciu k syndrómu vyhorenia v porovnaní s paliatívnymi respondentmi. Štatistický efekt interakcie medzi skupinou a pohlavím nie je signifikantný.

15 Súhrn

Už len v literatúre použité termíny pri popise syndrómu vyhorenia ako chorobnej jednotky, ktorá má multifaktoriálnu genézu, ktorá má polymorfný klinický obraz nakoľko v rámci syndrómu vyhorenia sa manifestuje viac ako stovkou symptómov, a ktorá si vyžaduje multidisciplinárny prístup v liečbe svedčia o rozsahu tejto problematiky, z ktorej len nepatrnú časť sme sa pokúsili analyzovať v tejto práci.

V prvej časti našej práce sme sa venovali teoretickému spracovaniu paliatívnej starostlivosti, paliatívnej medicíny, zadefinovali sme kvalitu života, venovali sme sa pohľadu na smrť. Dotkli sme sa aj témy ako je syndróm pomáhajúceho, motivácii k práci v tejto oblasti, pozreli sme sa čím všetkým prechádza samotný pacient, priblížili sme zložitosť vzťahov na jednotkách paliatívnej starostlivosti, zamerali sme sa na záťaž a stres ktorému sú zdravotníci vystavovaní, ďalej sme si zadefinovali syndróm vyhorenia a snažili sme sa vidieť viaceré pohľady, ktoré by nám priblížili túto jednotku. V závere teoretickej časti sme sa venovali potrebnej psychohygiene na týchto pracoviskách.

Vo výskumnej časti sme sledovali výskyt syndrómu vyhorenia v dvoch skupinách, a to na skupine zdravotníkov z paliatívneho oddelenia a kontrolnú vzorku tvorili zdravotníci chirurgických oddelení (neurochirurgie a jednotky intenzívnej starostlivosti). Sledovali sme výskyt u oboch pohlaví v závislosti od počtu odpracovaných rokov, v súvislosti s postojom k smrti.

Ochota zdravotníckych pracovníkov podieľať sa na prieskumoch v ktorých otázky sa dotýkajú ich psychického zdravia, ale aj ich stanovísk a postojov k ich zamestnaniu nebýva vysoká. Táto skutočnosť významne ovplyvnila návratnosť vyplnených dotazníkov i v našom súbore a tým i limitovala možnosti štatistického spracovania sledovaných ukazovateľov.

Napriek spomínaným limitáciám sa potvrdil náš predpoklad, že výskyt syndrómu vyhorenia na pracoviskách paliatívnej medicíny je vyšší ako na porovnávanom súbore pracovníkov neonkologických odborností, a že tomuto problému na pracoviskách paliatívnej medicíny je potrebné venovať zvláštnu

pozornosť. Pozornosť je potrebné venovať nie len detailnému sledovaniu faktorov prostredia vedúcich k syndrómu vyhorenia, ale aj ostatným premenným týkajúcich sa vulnerability zdravotníckych pracovníkov v súvislosti so syndrómom vyhorenia.

Do budúcnosti bude potrebné vypracovať kvalitné psychologické intervencie, ktoré by redukovali výskyt syndrómu vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov aj v oblasti onkológie a paliatívnej medicíny. Asociáciou s rozličnými typmi na osobu zameraných intervencií ako napr. tréning v zdokonaľovaní komunikačných schopností, manažmente stresu na jednej strane a intervencií zameraných na pracovné problémy, napr. zníženie pracovného zaťaženia, prepracovanosti, nadčasov, zmeny organizácie práce a ďalších postupov na druhej strane možno dosiahnuť podstatne zlepšené výsledky v prevencii vyhorenia u ohrozených pracovníkov.

Rovnako zaujímavým sa ukazuje aj využitie dotazníkov hodnotenia „osobnosti“ lekára na prípadne včasné odhalenie niektorých premenných (inklinácia k vyhoreniu, tzv. burnout-prone personality) ktoré by potenciálne mohli viesť k vzniku syndrómu vyhorenia a pri ktorých včasnom odhalení a použití vyššie uvedených intervencií možno očakávať pozitívne výsledky.

16 Zoznam literatúry

Agar, M., Currow, D.C., Shelby-James, T.M., Plummer, J., Sanderson, C., Abernethy, AP. (2008) Preference for place of care and place of death in palliative care: are these different questions. *Palliative Med.*;22: 787-795.

Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztop, I., Yilmaz, U. (2009) Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology*, 18: 543-548.

Al-Turki. H., Al-Turki. R., Ghareeb, B., et al. (2010) Burnout syndrome among multinational nurses working in Saudi Arabia. *Annals Of African Medicine [serial online]*. October 9(4):226-229.

Andrašiová. M. (2006) Syndróm vyhorenia v lekárskej praxi, možnosti jeho zvládanie a prevencie, *Via Pract.*;3 (12): 559-561.

Asai. M., Morita. T., Akechi. T., Sugawara. Y., Fujimori. M., Akizuki. N., Nakano. T., Uchytomi. Y. (2007) Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: A cross sectional nationwide survey in Japan. *Psycho-Onkology*, 16: 421-428.

Bauer. J., Stamm. A., Schaarschmidt. U., et al. (2006) Correlation between burnout syndrome and psychological and psychosomatic symptoms among teachers. *International Archives Of Occupational And Environmental Health [serial online]*. March;79(3):199-204.

Benevides-Pereira. A., Das Neves - Alves. R. (2007) A study on burnout syndrome in healthcare providers to people living with HIV. *AIDS Care [serial online]*. April;19(4):565-571.

Bragard. I., Libert. Y., Etienne. A.M., Merckaert. I., Delvaux. N., Marchal. S., Boniver. J., Klustersky. J., Reynawert. Ch., Scallit. P., Slachmuydler. J.L., Razavi. D. (2010) Insight on variables leading to burnout in cancer physicians. *J.Canc.Educ.*;25: 109-115.

Brand. S., Holsboer-Trachsler. E. (2010) The burnout syndrome--an overview. *Therapeutische Umschau. Revue Thérapeutique* [serial online]. November;67(11):561-565.

Cabrera – Gutiérrez. L., López – Rojas. P., Salinas – Tovar. S., Ochoa – Tirado. J., Marín- Cotoñieto. I., Haro – García. L. (2005) Burnout syndrome among Mexican hospital nursery staff. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social* [serial online]. January;43(1):11-15.

Carlson. M.D.A., Morrison. R.S. (2007) Evaluating palliative care programs: Let's do it right. *J.Palliative Med.*;10: 17-18.

Coulehan. J., Clary. P. (2005) Healer and healer: Poetry in palliative care, *J.Palliat. Med.*, 8, 2 : 382-387.

Curiel-García. J., Rodríguez-Morán. M., Guerrero-Romero. F. (2006) Burnout syndrome among health staff . *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social* [serial online].;44(3):221-226.

Černá. R., Kožíková. Z. (2004) Syndrom vyhoření (Burn-out syndrom) u zdravotních sester. *Urologie pro praxi*; 6: 265.

de los Ríos-Castillo. J., Barrios-Santiago. P., Ocampo-Mancilla. M., Avila-Rojas. T.. (2007) Burnout syndrome in licensed nurses. Approaches for a debate. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social* [serial online].;45(5):493-502.

Dunwoodie. D.A., Auret. K. (2007) Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia, *Int.Med.J.*, 37: 693-698.

Durkin. I., Kearney. M., O'Siorain. L. (2003) Psychiatric disorder in palliative care unit. *Palliat. Med* ; 17: 212-218.

Esquivel-Molina. C., Buendía-Cano. F., Martínez-García. O., Martínez-Mendoza. J., Martínez-Ordaz. V., Velasco-Rodríguez. V. (2007) Burnout syndrome in medical staff affiliated to a tertiary care hospital. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social* [serial online].;45(5):427-436.

- Fitzsimons. D. (2007) Commentary on Jocham HR et al. Quality of life in palliative care cancer patients : a literature review. J.Clin.Nurs.;15:1583-1584.
- Freundenberger. H.J. (1997) Burnout: occupational hazard of the child care worker. Child Care Quarterly; ;56:90-99.
- Gutierrez. L.S.C., Rojaz. P.L., Tovar. S.S., Tirado. O., Araceli. I., Cotonieto. M., Garcia. M.H. (2005) Burnout syndrome among Mexican hospital nursery staff, Rev.Med. IMSS, 43 (1) : 11-15.
- Hartl. P., Hartlová. H. (2004) Psychologický slovník , Praha, Portál , 776.
- Haškovcová, H. (1975) Rub života, líc smrti. Praha, 60-65.
- Hatoková,M.(2009).Sprevádzanie chorých a zomierajúcich.Don Bosco
- Higginson. I.J., Donaldson. N. (2004) Relationship between three palliative care outcome scales. Health and Quality of Life;2: 1-8 .
- Hosák. L., Hosáková .J., Čermáková. E. (2005) Syndrom profesionálního vyhoření zdravotnických pracovníků. Psychiatrie pro praxi, 4: 205-206.
- Hulbert. N.J., Morrison. V.L. (2006) A preliminary study into stress in palliative care: Optimism, self-efficacy and social support., Psychology,Health,Med. 11,(2):246-254.
- Iglesias. M.E.L., de Bengoa –Valejo. R.B., Fuentes. P.S. (2010) Reflection on the burnout syndrome and its impact on health care providers.Ann.Afric.Med. 9: 197-198.
- Italia. S., Favara-Scacco. C., Di Cataldo. A., Russo. G. (2008)Evaluation and art therapy treatment of the burnout syndrome in oncology units. Psycho-Oncology .17(7):676-680.
- Jabłkowska. K., Borkowska. A. (2005) Evaluation of the intensity of stress at work and burnout syndrome in the managers. Medycyna Pracy . 56(6):439-444.
- Kelly. B., McClement. S., Chochinov. H.M. (2006) Measurement of psychological distress in palliative care. Palliative Med. 20: 779-789.

Kite .S., Tate, T. (2005) Choice and palliative care: what do we mean?. Palliative Med. 19:267-269.

Křivohlavý.J. (1998) Jak neztratit nadšení, Praha, Portál, 1. vyd.: 36-39.

Kulka. J. (2005) Syndrom vyhoření. Psychologie, 8, 9: 355-356.

Legassie. J., Zibrowski. E.M., Goldszmidt. M.A. (2008) Measuring resident well-being: Importism and burnout syndrome in residency. J.Gen.Int.Med23,(7): 1090-1094.

López-Morales. A., González-Velázquez. F., Morales-Guzmán. M., Espinoza-Martínez. C. (2007) The burnout syndrome in medical residents working long periods. Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social .45(3):233-242.

los Rijos-Castillo. J.L., Barrios-Santiago. M., Ocampo-Manilla. M., Avila-Rojas. T.L. (2007) Desgaste profesional en personal de enfermería. Rev.Med.Inst. Mex.Segm Soc. 45 (5): 493-502.

Losa Iglesias. M., Becerro de Bengoa Vallejo. R, Fuentes.S. P. (2010) Reflections on the burnout syndrome and its impact on health care providers. Annals Of African Medicine . 9(4):197-198.

Magnusson. A., Gooding.S. (1997) Syndrom vyhoření. In: Lemon 3, Učební texty pro sestry a porodní asistentky, Brno, IDVPZ.

Maslach. Ch., Jackson. S.E., Leiter. M.P. (1977) Maslach Burnout inventory,(3rd ed.) Palo Alto,Ca, Consulting psychologist press : 191-218.

Maslach. M., Schaufeli. W.B., Leiter. M.P. (2001) Job burnout, Annu.Rev . Psychol. 52: 397-422.

Masopust. J. (2003) Syndrom profesionálního vyhoření, Practicus, 2: 16-17.

Mealer. M., Burnham. E., Goode. C., Rothbaum. B., Moss. M..(2009) The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. Depression And Anxiety . 26(12):1118-1126.

- Mock. E., Chiu. P.Ch . (2004) Nurse-patient relationship in palliative care. J.Adv.Nurs. 48, (5): 475-483
- Moreno–Jiménez, B., Rodríguez–Carvajal, R., Hernández. G. E., Benadero. E. M. (2008) Terminal *versus* non–terminal care in physician burnout: the role of decision–making processes and attitudes to death, Salud Ment 31 (2) , 93-101
- Moreno-Egea. A., Latorre-Reviriego. I., Morales-Cuenca. G., Campillo-Soto. A., Bataller-Peñafiel. E., Sáez-Carreras. J. (2009) How to avoid burnout syndrome in a general surgical service. Cirugia Y Cirujanos .77(2):149-155.
- Montero-Marín. J., García-Campayo. J., Mosquera Mera. D., López del Hoyo. Y. (2009) A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal. Journal Of Occupational Medicine And Toxicology . 4:31.
- Monterosso. L., Kristjanson. L.J. (2008) Supportive and palliative care needs of families of children who die from cancer: an Australian study. Palliative med. 22: 59-69
- Mystakidou. K., Tsilika. E., Parpa. E., Smyrniotis. V., Glanos. A., Vlahos. L. (2007) Beck depression inventory: exploring its psychometric proprieties in a palliative care population of advanced cancer patients. European Journal of Cancer Care , 16: 244-250
- Noble. S., Nelson. A., Finlaz .I.G., (2008) Challenges faced by palliative care physicians when caring for doctors with advanced cancer. Palliative Med. 22: 71-76
- Ogresta J, Rusac S, Zorec L. (2008) Relation between burnout syndrome and job satisfaction among mental health workers. Croatian Medical Journal . 49(3):364-374.
- Paley. J. (2008) Philosophy and palliative care , Nurs. Philosoph, 9: 75-76
- Palmer-Morales. Y, Prince-Vélez. R., Searcy-Bernal .R.(2007) Burnout syndrome associated factors in gynecologists. Ginecología Y Obstetricia De México; 75(7):379-383.

Pavlakis. A., Raftopoulos. V., Theodorou. M. (2010) Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. *BMC Health Services Research* . 10 : 63.

Payenová,S., Seymourová.,j.,Ingletonová, CH., (2007) Princípy a praxe paliativní péče, Brno: Společnost pro odbornou literaturu. str. 137 – 651

Popa-Velea. O, Cernat. B.,Tambu. A. (2010) Influence of personalized therapeutic approach on quality of life and psychiatric comorbidity in patient with advanced colonic cancer requiring palliative care. *J.Med.Life*, 3: 343-347

Ramirez. A., Addington – Hall . J., Richards .M. (1998) ABC of palliative care. *The Carers.*, *BMJ*,316: 208-211

Rehnsfeldt. A., Arman. M.(2008) A pilgrimage on the road to understanding of life in experiences of cancer and burnout syndrome. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*. 22(2):275-283.

Seymour. J., Ingleton. Ch., Payne. S., Beddow. V. (2003) Specialist palliative care: patients experiences. *J.Adv.Nurs*. 44 (1): 24-33

Schaufeli.. W.B., Van Dierendonck. D. (1993) The construct validity of two burnout measures. *J.Org,Behavior*. 14: 631-647

Schmidbauer, W.: Psychická úskalí pomáhajících profesí. Portál, 2000,

Schmidbauer. W. (2008) Syndrom pomocníka. Portál, 1. vyd. 15-234

Schneider. N., Ebeling. H., Amelung. V.E., Buser. K. (2006) Hospital doctor's attitudes towards palliative care in Germany, *Palliative Med*. 20: 499-506

Steindl, R. (2000) O smrti. Praha Iris, 7-22, 123-126

Tress. W., Kruse. J., Ott. J.. (2008) Základní psychosomatická péče, Praha, Portál; 371-378

Trufelli.D.C., Bensi. G.C., Garcia .J.B., Narahara. J.L., Abrano. M.N., Diniz. R.V., Da Costa Miranda. V, Soarez. H.P., Del Giglio. A. (2008) Burnout in cancer professionals: a systemic review and meta-analysis. , *Eu.J.Cancer Care*, 17 : 524-531

Vadůrová, H., Mühlpachr. P. (2005) Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska. Brno: Pedagogická fakulta MU:

Verdon. M., Merlani. P., Perneger. T., Ricou. B. (2008) Burnout in a surgical ICU team, *Intensive Care Med.* 34: 152-156

Visintini. R., Campanini. E., Fossati. A., Bagnato. M., Novella. L., Maffei. C.. (1996) Psychological stress in nurses' relationships with HIV-infected patients: the risk of burnout syndrome. *AIDS Care* 8(2):183-194.

von Känel ..R. (2008) The burnout syndrome: a medical perspective. *Praxis*, 97(9):477-487.

Vorlíček. A., Adama .Z., Pospíšilová. Y.(2004) Paliativní medicína, Praha, Grada publishing, 19-29

Williams .M.L. Payne. S. (2003) A qualitative study of clinical nurse specialists' views on depression in palliative care patients. *Palliat. Med.* 17: 334-338

Woods. S., Beaver. K., Luker. K. (2000) Users views of palliative care services: Ethical implication. : *Nursing Ethics*, 7, (4): 314-326.

Yalom. I.D. (2006) Existenciální psychoterapie, Portál, Str.37-69, Str.168-218/

Zacharová. E. (2008) Syndrom vyhoření – riziko ohrožující zdravotnícké pracovníky. *Interní medicína pro praxi*, 10,(1): 41-42

17 Přílohy

Příloha č. 1

Dotazník BM – psychického vyhoření

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

1 - nikdy

2 - jednou za čas

3 - zřídka kdy

4 - někdy

5 - často

6 - obvykle

7 - vždy

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Byla jsem unavena prací. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Byla jsem v depresi (tísni). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Prožívala jsem krásný den. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Byla jsem tělesně vyčerpaná. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Byla jsem citově vyčerpaná. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Byla jsem šťastná. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Cítila jsem se vyřízena (zničena). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Nemohla jsem se vzchopit a pokračovat dále. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Byla jsem nešťastná. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Cítila jsem se uhoněná a utahaná. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Cítila jsem se jako by uvězněna v pasti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Cítila jsem se jako bych byla nula (bezpečná). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Cítila jsem se utrápená. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Tížily mne starosti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Cítila jsem se zklamaná a rozčarovaná. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Byla jsem slabá a na nejlepší cestě k onemocnění. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Cítila jsem se beznadějně. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. Cítila jsem se odmítnutá a odstrčená. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. Cítila jsem se plná optimismu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. Cítila jsem se plná energie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. Byla jsem plná úzkosti a obav. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Jak vyhodnocovat tento dotazník?

Vypočítejte nejprve položku A a to tím , že sečtete hodnoty, které jste uvedli u otázek číslo:

1,2,4,5,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18, a 21,23

A =

Potom vypočítejte položku B a to tak, že sečtete hodnoty, které jste uvedli u otázek číslo:

3,6,19 a 20

B =

Nyní vypočítejte položku C a to tím, že odečtete od hodnoty 32 položku B

C = 32 – B

Vypočítejte položku D a to tím, že sečtete hodnoty A a C,

D = A+C

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

BQ=D:21

BQ je hodnota vašeho psychického vyhoření.

Průměrná hodnota BM = 3,3.

Otazník BM má dobrou míru shody s výsledky jiných psychologických vyšetření:

Se spokojeností v práci, s vlastním životem a se sebou samým

S fluktuací- snahou odejít ze zaměstnání

S fyzickými zdravotními problémy

S množstvím vypitého alkoholu

S pocity beznaděje

Jak interpretovat výsledek dotazníku BM?

BM=2 a nižší – dobrý výsledek

BM=3 – uspokojivý výsledek

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

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

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

Priloha č. 2

DEATH ATTITUDE PROFILE – REVISED

PROFIL POSTOJE KE SMRTI (Wong, Reker, & Gesser , 1994)

Instrukce: Tento dotazník obsahuje výroky, které se vztahují k rozdílným postojům ke smrti. Přečtete si pečlivě každý výrok a potom označte míru Vašeho souhlasu či nesouhlasu s ním. Například výrok: „Smrt je přítel.“. Označte, jak moc s ním souhlasíte či nesouhlasíte zakroužkováním jednoho z následujících: S = souhlasím; SS = spíše souhlasím; NR = nemohu se rozhodnout; SN = spíše nesouhlasím; N = nesouhlasím. Jestliže souhlasíte s výrokem, zakroužkujte S. Pokud jste nesouhlasili, zakroužkujte N. Pokud jste nerozhodný/á, zakroužkujte NR. Přesto se, prosím, snažte používat kategorii NR zřídka.

Je důležité, abyste prošel / prošla všechny výroky a na všechny odpověděl/a. Některé výroky se Vám mohou zdát podobné, ale přesto ukazují na jemné rozdíly v postojích.

- | | | | | | |
|---|---|----|----|----|---|
| 1. Smrt je bezpochyby nepříjemný zážitek | S | SS | NR | SN | N |
| 2. Představa vlastní smrti ve mně vzbuzuje úzkost | S | SS | NR | SN | N |
| 3. Snažím se vyvarovat myšlenek na smrt za každou cenu | S | SS | NR | SN | N |
| 4. Věřím, že po smrti přijdu do nebe | S | SS | NR | SN | N |
| 5. Smrt ukončí všechny mé problémy | S | SS | NR | SN | N |
| 6. Smrt by měla být nahlížena jako přirozená, nepopiratelná a nevyhnutelná událost. | S | SS | NR | SN | N |
| 7. Rozrušuje mě konečnost smrti | S | SS | NR | SN | N |
| 8. Smrt je vstup do místa konečného uspokojení | S | SS | NR | SN | N |
| 9. Smrt nabízí únik z tohoto strašného světa | S | SS | NR | SN | N |
| 10. Kdykoli do mé mysli vstoupí myšlenka na smrt, snažím se jí vypudit | S | SS | NR | SN | N |
| 11. Smrt je oproštění od bolesti a utrpení | S | SS | NR | SN | N |
| 12. Vždy se snažím nepřemýšlet o smrti | S | SS | NR | SN | N |

13. Věřím, že nebe bude mnohem lepší místo než tento svět	S SS NR SN N
14. Smrt je přirozená součást života	S SS NR SN N
15. Smrt je sjednocení se s Bohem a věčnou blažeností	S SS NR SN N
16. Smrt s sebou nese příslib nového a blaženého života	S SS NR SN N
17. Smrti bych se ani nebál/a, ani ji nevítal/a	S SS NR SN N
18. Mám intenzivní strach ze smrti	S SS NR SN N
19. Přemýšlení o smrti se zcela vyhýbám	S SS NR SN N
20. Otázka posmrtného života mi dělá starosti	S SS NR SN N
21. Děsí mě fakt, že smrt bude znamenat konec všeho tak, jak to znám	S SS NR SN N
22. Těším se na opětovné shledání s mými milovanými poté, co zemřu	S SS NR SN N
23. Vnímám smrt jako úlevu od pozemských strádání	S SS NR SN N
24. Smrt je jednoduše součást života	S SS NR SN N
25. Vnímám smrt jako přesun do věčného a blaženého místa	S SS NR SN N
26. Snažím se nemít co dočinění s tématem smrti	S SS NR SN N
27. Smrt nabízí úžasné uvolnění duše	S SS NR SN N
28. Jednou z věcí, která mi umožňuje utěšeně čelit smrti, je má víra v posmrtný život.	S SS NR SN N
29. Vnímám smrt jako úlevu od těžkosti tohoto života	S SS NR SN N
30. Smrt není dobrá ani špatná	S SS NR SN N
31. Těším se na život po smrti	S SS NR SN N
32. Nejistota toho, že nevím, co se stane po smrti, mě trápí	S SS NR SN N

DEATH ATTITUDE PROFILE - body od 1 do 5, souhlasím = 5 bodů.....nesouhlasím = 1 bod; tenhle test v originále od 1 - silně nesouhlasím po 7 - silně souhlasím. Pro každou dimenzi zvlášť se spočítá skór:

strach ze smrti	body za 1, 2, 7, 18, 20, 21, 32
vyhýbání smrti	3, 10, 12, 19, 26
neutrální přijetí	6, 14, 17, 24, 30
přátelské přijetí	4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31
únikové přijetí	5, 9, 11, 23, 29

18 Dodatky

DODATOK A

V dodatku A uvádzame popisné charakteristiky M a SD závislej premennej miery syndrómu vyhorenia a postojov k smrti – strach zo smrti, vyhýbanie sa smrti, neutrálne prijatie, priateľské prijatie a únikové prijatie pre celú vzorku, a komparatívne vzhľadom k pohlaviu, spokojnosti a skupine probandov.

Tabuľka A1. Deskriptívne štatistiky pre celú vzorku

	syndróm vyhorenia	strach zo smrti	vyhýbanie sa smrti	neutrálne prijatie	priateľské prijatie	únikové prijatie	
M	2,8249	18,8857	15,4571	9,8571	27,3143	15,4286	
SD	,5584	5,2791	6,0651	3,6067	9,5879	5,7614	

Tabuľka A2. Komparatívne deskriptívne štatistiky pre mužov a ženy

POHLAVIE		syndróm vyhorenia	strach zo smrti	vyhýbanie sa smrti	neutrálne prijatie	priateľské prijatie	únikové prijatie
muž	M	2,5195	19,2857	15,9286	11,0000	25,0714	15,0714
	SD	,5275	5,4973	6,5804	4,0762	9,9805	6,6154
žena	M	2,9929	18,6190	15,1429	9,0952	28,8095	15,6667
	SD	,5120	5,2486	5,8420	3,1290	9,2554	5,2757
Celkovo	M	2,8249	18,8857	15,4571	9,8571	27,3143	15,4286
	SD	,5584	5,2791	6,0651	3,6067	9,5879	5,7614

Tabuľka A3. Komparatívne deskriptívne štatistiky pre skupinu normálnych a paliatívnych probandov

SKUPINA		syndróm vyhorenia	strach zo smrti	vyhýbanie sa smrti	neutrálne prijatie	priateľské prijatie	únikové prijatie
normálni	M	2,6101	18,5625	15,0625	9,8750	26,8750	16,3125
	SD	,5223	6,3453	6,1261	3,8966	9,9256	6,4469
paliatívni	M	3,0540	19,1579	15,7895	9,8421	27,6842	14,6842
	SD	,5166	4,3495	6,1606	3,4523	9,5513	5,1753
Celkovo	M	2,8249	18,8857	15,4571	9,8571	27,3143	15,4286
	SD	,5584	5,2791	6,0651	3,6067	9,5879	5,7614

Tabuľka A4. Komparatívne deskriptívne štatistiky pre spokojnosť – nízku, strednú a vysokú

spokojnosť		syndróm vyhorenia	strach zo smrti	vyhýbanie sa smrti	neutrálne prijatie	priateľské prijatie	únikové prijatie
nízka	M	2,9563	17,2500	13,3333	9,3333	32,5000	17,5833
	SD	,5465	3,4145	4,3345	2,6054	9,7188	6,4872
stredná	M	2,5417	21,6000	17,6000	10,7000	22,1000	11,8000
	SD	,6753	4,9933	6,8993	4,4485	8,1165	4,2635
vysoká	M	2,8874	18,3077	15,7692	9,6923	26,5385	16,2308
	SD	,4453	6,3559	6,5467	3,8597	8,6180	5,0523
Celkovo	M	2,8249	18,8857	15,4571	9,8571	27,3143	15,4286
	SD	,5584	5,2791	6,0651	3,6067	9,5879	5,7614

DODATOK B

V dodatku B uvádzame korelácie závislej premennej miery syndrómu vyhorenia a postojov k smrti – strach zo smrti, vyhýbanie sa smrti, neutrálne prijatie, priateľské prijatie a únikové prijatie pre celú vzorku, a komparatívne vzhľadom k pohlaviu, spokojnosti a skupine probandov.

Tabuľka B1. Korelácie na celej vzorke

Pearson		strach zo smrti	vyhýbanie sa smrti	neutrálne prijatie	priateľské prijatie	únikové prijatie	roky	
syndróm vyhorenia	Korelácia	-,227	-,165	-,501	,458	,123	,437	
	Sig. (2-stranná)	,220	,375	,004	,010	,509	,018	
	N	31	31	31	31	31	29	

Tabuľka B2. Korelácie v skupine spokojní nízko

Spearman		strach zo smrti	vyhýbanie sa smrti	neutrálne prijatie	priateľské prijatie	únikové prijatie	roky	
syndróm vyhorenia	Korelácia	-,253	-,327	-,242	,492	,105	,425	
	Sig. (2-stranná)	,428	,300	,448	,104	,746	,192	
	N	12	12	12	12	12	11	

Tabuľka B3. Korelácie v skupine spokojní stredne

Spearman		strach zo smrti	vyhýba nie sa smrti	neutrál ne prijatie	priateľs ké prijatie	únikové prijatie	roky	
syndróm vyhorenia	Korelácia	,000	,361	-,703	,892	-,127	,214	
	Sig. (2- stranná)	1,000	,379	,052	,003	,765	,645	
	N	8	8	8	8	8	7	

Tabuľka B4. Korelácie v skupine spokojní vysoko

Spearman		strach zo smrti	vyhýba nie sa smrti	neutrál ne prijatie	priateľs ké prijatie	únikové prijatie	roky	
syndróm vyhorenia	Korelácia	-,101	-,264	,081	,034	-,175	,292	
	Sig. (2- stranná)	,768	,433	,812	,920	,607	,384	
	N	11	11	11	11	11	11	

Tabuľka B5. Korelácie v skupine muž

Pearson		strach zo smrti	vyhýba nie sa smrti	neutrál ne prijatie	priateľs ké prijatie	únikové prijatie	roky	
syndróm vyhorenia	Korelácia	-,410	,081	-,797	,366	,067	,642	
	Sig. (2- stranná)	,211	,812	,003	,268	,846	,033	
	N	11	11	11	11	11	11	

Tabuľka B6. Korelácie v skupine žena

Pearson		strach zo smrti	vyhýba nie sa smrti	neutrál ne prijatie	priateľs ké prijatie	únikové prijatie	roky	
syndróm vyhorenia	Korelácia	-,114	-,313	-,238	,510	,177	,205	
	Sig. (2- stranná)	,633	,180	,312	,022	,455	,414	
	N	20	20	20	20	20	18	

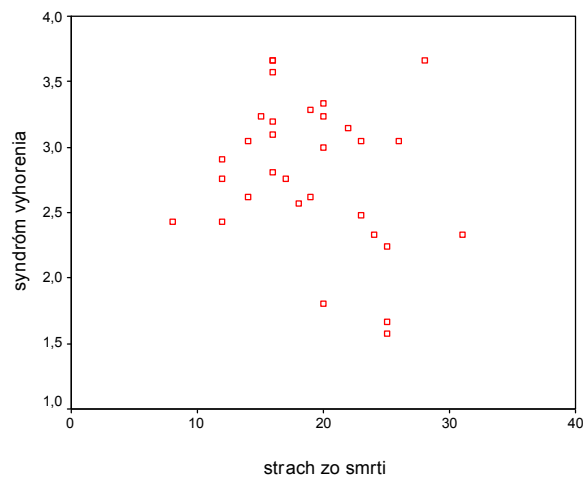
Tabuľka B7. Korelácie v skupine normálnych probandov

Pearson		strach zo smrti	vyhýba nie sa smrti	neutrál ne prijatie	priateľs ké prijatie	únikové prijatie	roky	
syndróm vyhorenia	Korelácia	-,414	-,177	-,698	,446	,249	,609	
	Sig. (2- stranná)	,111	,511	,003	,083	,353	,021	
	N	16	16	16	16	16	14	

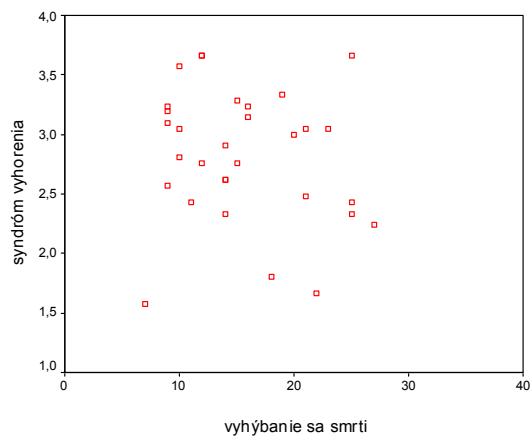
Tabuľka B8. Korelácie v skupine paliatívnych probandov

Pearson		strach zo smrti	vyhýba nie sa smrti	neutrál ne prijatie	priateľs ké prijatie	únikové prijatie	roky	
syndróm vyhorenia	Korelácia	-,083	-,284	-,328	,452	,060	,149	
	Sig. (2- stranná)	,768	,304	,232	,091	,831	,597	
	N	15	15	15	15	15	15	

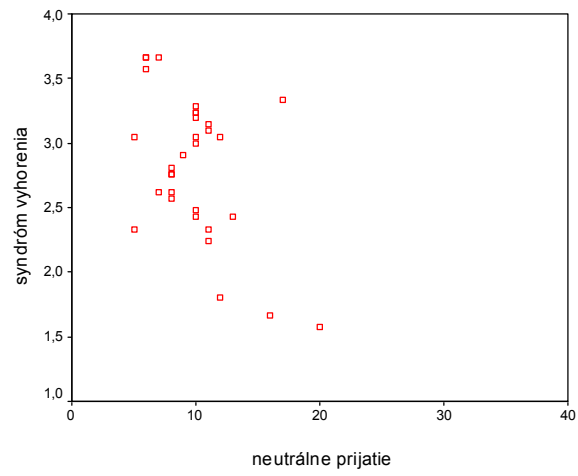
Graf B1. Závislosť syndrómu vyhorenia a strachu zo smrti na celej vzorke



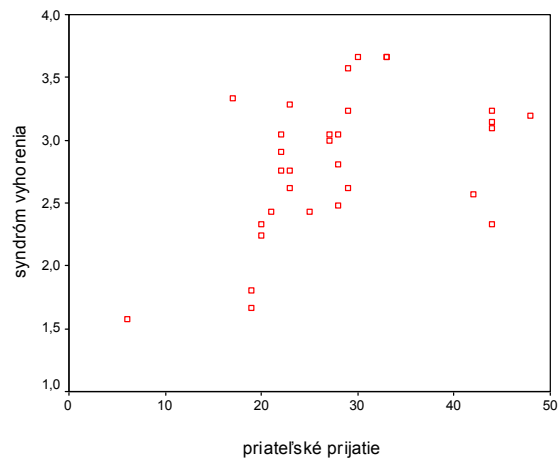
Graf B2. Závislosť syndrómu vyhorenia a vyhýbania sa smrti na celej vzorke



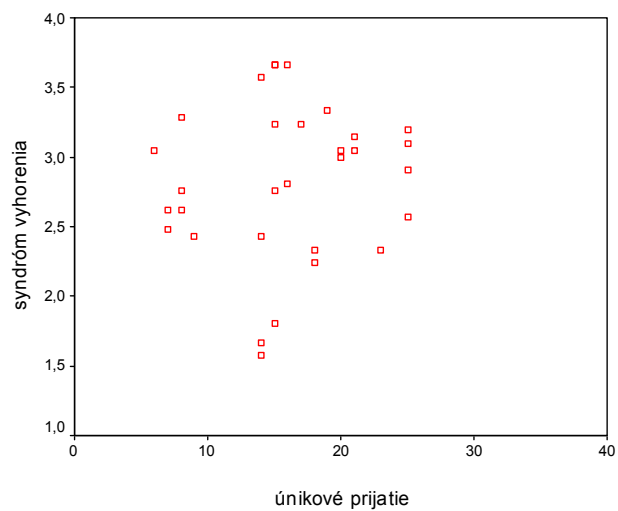
Graf B3. Závislosť syndrómu vyhorenia a neutrálneho prijatia na celej vzorke



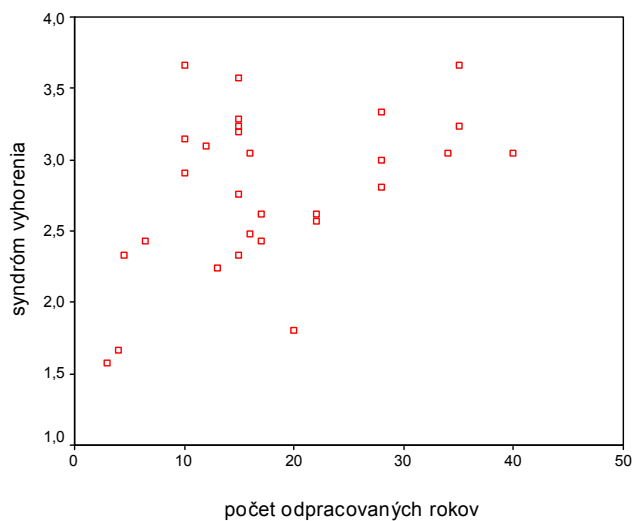
Graf B4. Závislosť syndrómu a priateľského prijatia na celej vzorke



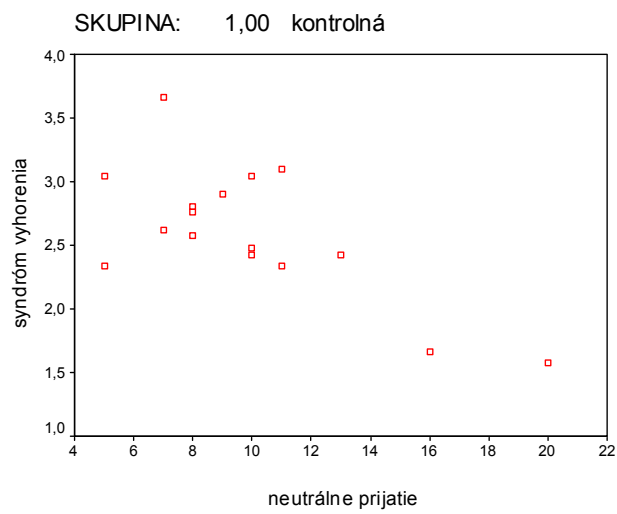
Graf B5. Závislosť syndrómu vyhorenia a únikovému prijatie na celej vzorke



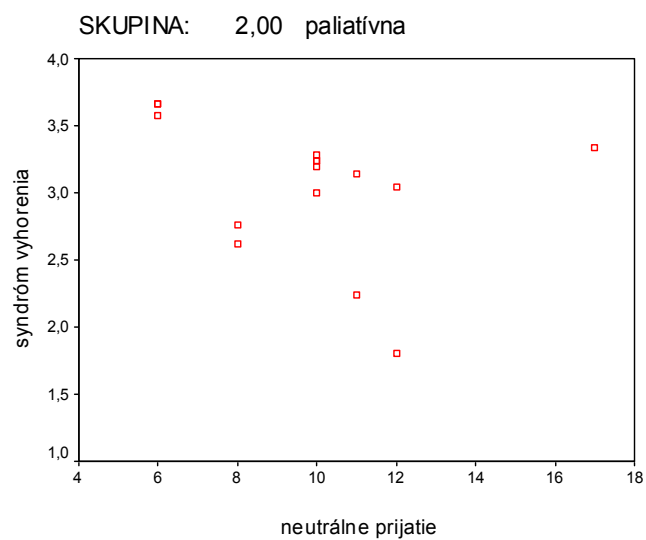
Graf B6. Závislosť syndrómu vyhorenia a odslúžených rokov na celej vzorke



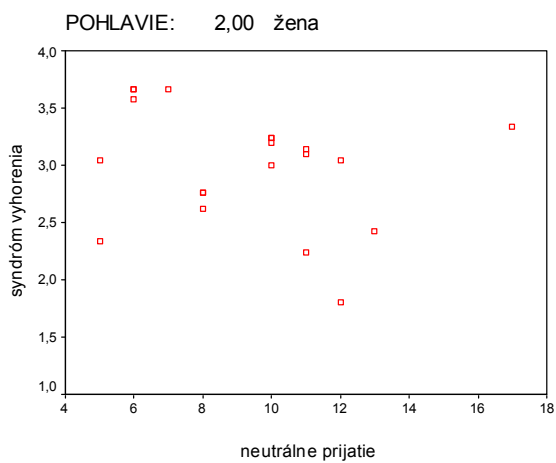
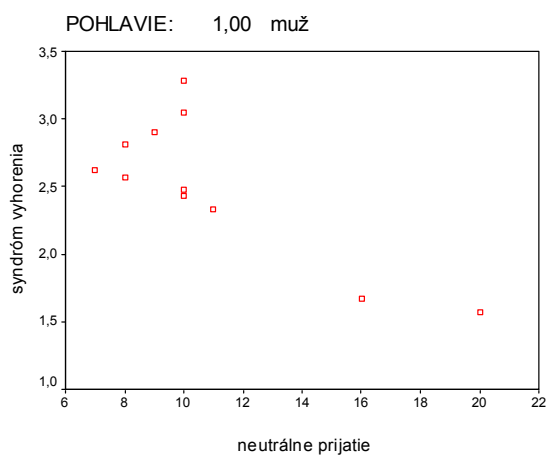
Graf B7a. Závislosť syndrómu vyhorenia a a neutrálneho prijatia na vzorke normálnych probandov



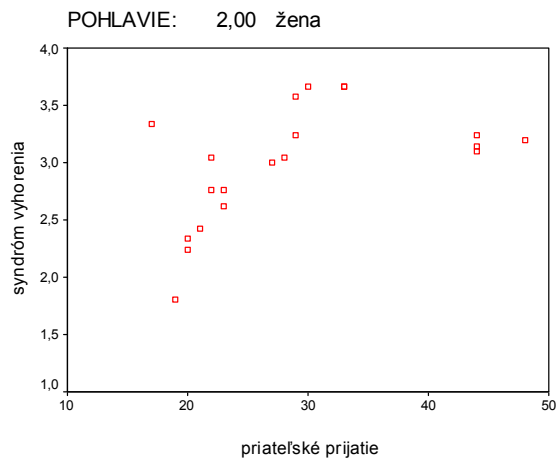
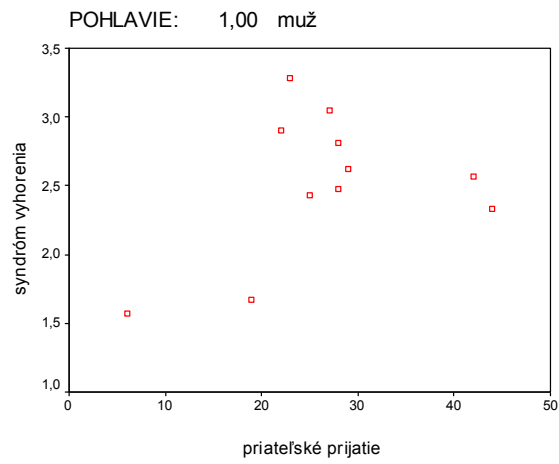
Graf B7b. Závislosť syndrómu vyhorenia a a neutrálneho prijatia na vzorke paliatívnych probandov



Graf B8. Závislosť syndrómu vyhorenia neutrálneho prijatia na vzorke mužov a žien



Graf B9. Závislosť syndrómu vyhorenia a priateľského prijatia na vzorke mužov a žien



DODATOK C

V dodatku C uvádzame číselné výsledky GLM analýzy pre modely syndrómu vyhorenia.

Tabuľka C1. Marginálne štatistiky pre závislú premennú syndrómu vyhorenia

SKUPINA	POHLAVIE	M	SD	N
kontrolná	muž	2,4429	,4872	10
	žena	2,7262	,4010	4
	Celkovo	2,5238	,4681	14
paliatívna	muž	3,2857	,	1
	žena	3,0374	,5320	14
	Celkovo	3,0540	,5166	15
Celkovo	muž	2,5195	,5275	11
	žena	2,9683	,5124	18
	Celkovo	2,7980	,5548	29

Tabuľka C2. Testy medzi subjektami pre syndróm vyhorenia

Zdroj	df	F	Sig.	Pozorovaná sila testu
Odpracované roky	1	4,872	,038	,560
Neutrálne prijatie	1	3,203	,087	,402
Priateľské prijatie	1	6,060	,022	,653
SKUPINA	1	5,788	,025	,633
POHLAVIE	1	,394	,537	,092
SKUPINA * POHLAVIE	1	2,125	,159	,286

Adjustovaný štvorec $R = ,525$

DODATOK D

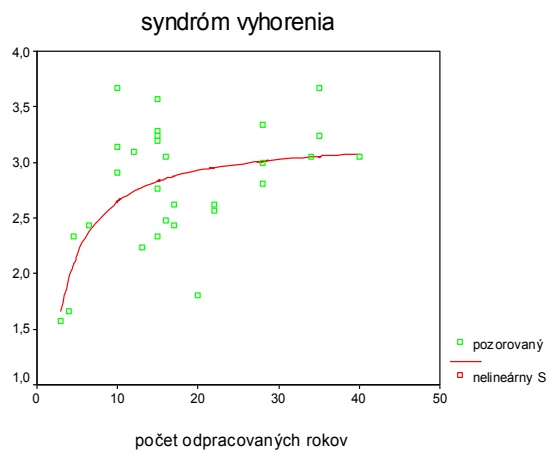
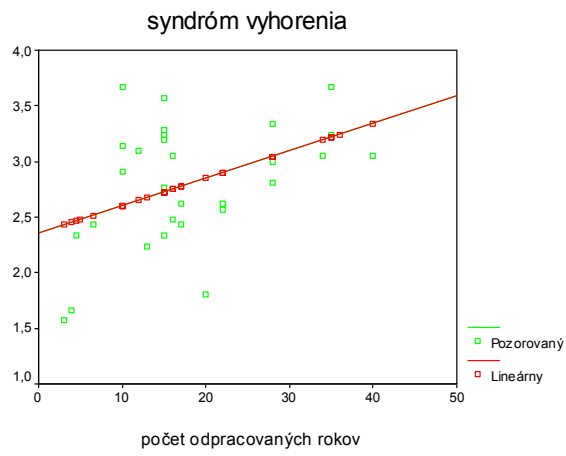
V dodatku D uvádzame lineárny a nelineárny model pre syndróm vyhorenia v závislosti od opracovaných rokov.

Lineárny model:

Tabuľka D1. ANOVA lineárny model syndróm vyhorenia

	Suma štvorcov	df	Stredný štvorec	F	Sig.	
Regresia	5,088	4	1,272	8,642	,000	
Rezidúa	3,532	24	,147			
Celkovo	8,620	28				

Graf D1. Lineárny a nelineárny model pre syndróm vyhorenia



Tabuľka D2. Modely pre závislú premennú syndróm vyhorenia

Zdroj	df	F	Sig.	Štvorec R
Lineárny	28	8,64	,000	,222
Exponenciálny S	28	38,67	,000	,575

Rovnice vyjadrujúce naše modely.

Lineárny

$$SV = 1,918 + ,016 * roky +$$

$$0,392 * skupina + 1,92 * neutrálne prijatie + ,017 * priateľské prijatie$$

Exponenciálny S

$$SV = (A0 + A1 * skupina + A2 * neutrálne prijatie + A3 * priateľské prijatie) *$$

$$EXP(B0 + B1 / roky).$$

$$B0 = -,070$$

$$B1 = -1,052$$

$$A0 = 2,454$$

$$A1 = ,411$$

$$A2 = -,040$$

$$A3 = ,020$$

DODATOK E

V dodatku E uvádzame križové tabuľky pre syndróm vyhorenia a skupinu (normálni a paliatívni probandi) a pohlavie.

Tabuľka E1. Križová tabuľka pre závislú premennú syndróm vyhorenia a skupinu

			syndróm vyhorenia a stény					Celkovo	
			dobry	uspokojivý	zmysluplnosť života	prítomný syndróm vyhorenia	havarijný stav		
SKUPINA A	kontrolná	Početnosť	2	10	4			16	
		% v SKUPINA	12,5%	62,5%	25,0%			100,0%	
		% v syndróm vyhorenia stény	66,7%	76,9%	26,7%			45,7%	
	paliatívna	Početnosť	1	3	11	3	1	19	
		% v SKUPINA	5,3%	15,8%	57,9%	15,8%	5,3%	100,0%	
		% v syndróm vyhorenia stény	33,3%	23,1%	73,3%	100,0%	100,0%	54,3%	
Celkovo		Početnosť	3	13	15	3	1	35	
		% v SKUPINA	8,6%	37,1%	42,9%	8,6%	2,9%	100,0%	
		% v syndróm vyhorenia stény	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabuľka E2. Krížová tabuľka pre závislú premennú syndróm vyhorenia a pohlavie

			syndróm vyhorenia a stény					Celkovo	
			dobrý	uspokojivý	zmysluplnosť života	prítomný syndróm vyhorenia	havarijný stav		
SKUPINA	muž	Početnosť	2	7	2	2	1	14	
		% v SKUPINA	14,3%	50,0%	14,3%	14,3%	7,1%	100,0%	
		% v syndróm vyhorenia stény	66,7%	53,8%	13,3%	66,7%	100,0%	40,0%	
	žena	Početnosť	1	6	13	1		21	
		% v SKUPINA	4,8%	28,6%	61,9%	4,8%		100,0%	
		% v syndróm vyhorenia stény	33,3%	46,2%	86,7%	33,3%		60,0%	
Celkovo		Početnosť	3	13	15	3	1	35	
		% v SKUPINA	8,6%	37,1%	42,9%	8,6%	2,9%	100,0%	
		% v syndróm vyhorenia stény	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Abstrakt magisterskej diplomovej práce

Meno: Daša Ciprichová

Vedúci práce: Mgr. Martin Kupka PhD.

Počet strán: 120

Názov:

Stres a syndróm vyhorenia v paliatívnej starostlivosti

Syndróm vyhorenia sa spája so zníženou angažovanosťou v zamestnaní, zníženým pracovným výkonom a spokojnosťou s povoláním. Je predzvesťou zdravotných problémov spôsobených stresom. Špecifickým cieľom našej štúdie bolo zhodnotenie stupňa závažnosti syndrómu vyhorenia, sledovanie vzájomných vzťahov medzi demografickými charakteristikami, postojom zdravotníckych pracovníkov k smrti a syndrómom vyhorenia lekárov a zdravotných sestier pracoviska paliatívnej medicíny v porovnaní s podobnými údajmi od zdravotníckych pracovníkov chirurgických odborností.

Dotazníková štúdia zahrňovala 19 zdravotníckych pracovníkov paliatívnej starostlivosti Národného onkologického ústavu a 16 zdravotníckych pracovníkov chirurgických odborov Univerzitnej nemocnice v Bratislave. Dáta boli zbierané pomocou dotazníka Burnout Measure (Dotazník BM) autorov Pinesová, Aronson a dotazníka profilu postoja k smrti - Death Attitude Profile-Revised, od autorov Wong, Reker, & Gesser (1994).

Zdravotnícky pracovníci v paliatívnej starostlivosti mali signifikantne vyššie skóre syndrómu vyhorenia, syndróm vyhorenia bol signifikantne častejší

u žien ako u mužov. Najvyšší výskyt syndrómu vyhorenia zdravotníckych pracovníkov bol v skupine s dĺžkou výkonu práce 10 až 15 rokov. Viac ako 50 % variability syndrómu vyhorenia je postihnuté postojmi neutrálneho prijatia alebo priateľského prijatia smrti, odpracovanými rokmi, skupinou a pohlavím .

Výskyt syndrómu vyhorenia na pracovisku paliatívnej medicíny je porovnateľný s literárnymi údajmi, v súbore pracovníkov chirurgických odborov atypicky nezistený žiadny prípad syndrómu vyhorenia.

Kľúčové slová: paliatívna starostlivosť, syndróm vyhorenia, stres, postoj k smrti

University: Palackého univerzita Olomouc

Faculty: philosophy

Department: psychology

School of year:2010/2011

Abstract of master graduation Theses

Name and surname: Daša Ciprichová

Discipline: Psychology

Advisor: Mgr. Martin Kupka PhD.

Number of pages: 120

Title of the master graduation theses:

Stress and burn-out syndrome in palliative care

Burnout is associated with low career satisfaction, decreased job performance and commitment. Burnout syndrome is a good predictor of stress-related health problems. Specific objectives in our study were to assess the levels of burnout and to investigate the interrelationships between sociodemographic characteristics, death attitude profile and burnout of physicians and nurses working in palliative care compared with the same characteristics of health care professionals working in surgical specializations.

A questionnaire-based study was conducted in 19 health care workers in palliative care of National oncological institute and 16 health professionals working in surgical departments of University hospital. Data were collected using Burnout Measure questionnaire (Pines, Aronson) and Death Attitude Profile- Revised (Wong, Reker, & Gesser).

Health care professionals in palliative care had significantly higher score of burnout syndrome, burnout syndrome was significantly higher in women compared with men. Highest incidence of burnout syndrome was associated with years of work in specializations, the highest was in

professionals working 10 to 15 years. More than 50% of variabilities of burnout syndrome is affected with neutral acceptance or approach (friendly) acceptance of death, years of work in specialization, group and gender .

Incidence of burnout syndrome in palliative care professionals in our study is identical with results of most studies, in a group of surgical physicians and nurses atypically no burnout syndrome was identified.

Key words: palliative care, burn-out syndrome, stress, death attitude