

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Bakalářská práce



David Lamač

**Souvislost únavy ze soucitu s tendencí k odchodu
u dobrovolníků v hospicových službách**

**The association of compassion fatigue with the tendency
to drop out among hospice volunteers**

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Karolína Vlčková, Ph.D.

2024

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Karolíně Vlčkové, Ph.D. za podporující odborné vedení a její velkou pomoc při distribuci dotazníků k výzkumu.

Děkuji koordinátorům hospicových služeb, a především všem účastníkům za jejich pomoc a ochotu se do studie zapojit.

Závěrem děkuji všem známým a přátelům, kteří mi poskytli cenné rady v procesu psaní bakalářské práce, především Michaele Hájkové.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 24.04. 2024

David Lamač

Abstrakt

Bakalářské práce si klade za cíl prozkoumat jakou souvislost má únava ze soucitu a uspokojení ze soucitu s tendencí k odchodu dobrovolníků v hospicových službách.

Teoretická část bakalářské práce se zaměřuje zejména na vysvětlení pojmů paliativní a hospicová péče. Dále jsou krátce vymezeny rozdíly mezi lůžkovým a mobilním hospicovým zařízením. Probráno je i obecné chápání dobrovolnictví, které je následně zasazeno do kontextu paliativní a hospicové péče. Detailně se bakalářská práce zaměřuje především na zkušenost dobrovolníků, tedy přínosy, možná rizika a důvody, proč někteří dobrovolníci ze služeb odchází. Teoretická část je uzavřena představením konceptu profesionální kvality života a jeho dílčích částí, tedy uspokojení ze soucitu, vyhoření a sekundárního traumatického stresu.

Empirická část bakalářské práce je převážně kvantitativního rázu. Jejím hlavním cílem je prozkoumat, jestli má únava ze soucitu a uspokojení ze soucitu nějakou souvislost s tendencí k odchodu dobrovolníků z hospicových služeb. Druhý cíl byl převážně explorační, zaměřující se na to, jakých hodnot únavy ze soucitu a uspokojení ze soucitu dosahují čeští dobrovolníci v hospici. Nalezen byl statisticky signifikantní vztah mezi uspokojením ze soucitu a tendencí k odchodu. Výsledky korelační a explorační analýzy byly dále diskutovány v kontextu studií uvedených v teoretické části spolu s limity práce.

Klíčová slova: Paliativní péče, hospicová péče, dobrovolnictví, uspokojení ze soucitu, únava ze soucitu

Abstract

The aim of this bachelor thesis is to explore how compassion fatigue and compassion satisfaction are related to the tendency of volunteers to leave hospice services.

The theoretical part of the bachelor thesis mainly focuses on explaining the concepts of palliative and hospice care. Furthermore, the differences between inpatient and mobile hospice are briefly defined. The general understanding of volunteering is also discussed, which is then placed in the context of palliative and hospice care. In detail, the thesis focuses mainly on the volunteers' experience, i.e. the benefits, possible risks and reasons why some volunteers leave the services. The theoretical section concludes by introducing the concept of professional quality of life and its subcomponents, i.e. compassion satisfaction, burnout and secondary traumatic stress.

The empirical part of the bachelor thesis is mainly quantitative. Its main aim is to explore whether compassion fatigue and compassion satisfaction have any relationship with the tendency of volunteers to leave hospice services. The second aim was mainly exploratory, focusing on what values of compassion fatigue and compassion satisfaction are achieved by Czech hospice volunteers. A statistically significant relationship was found between compassion satisfaction and tendency to drop out. The results of the correlational and exploratory analyses were further discussed in the context of the studies presented in the theoretical section along with the limitations of the thesis.

Key words: Palliative care, hospice care, volunteering, compassion satisfaction, compassion fatigue

Obsah

Úvod.....	9
I. Teoretická část.....	10
1. Paliativní péče	10
2. Hospicová péče	12
2.1. Historie paliativní a hospicové péče.....	12
2.2. Mobilní hospic a lůžkový hospic	13
2.3. Postoje veřejnosti ke smrti a hospicové péči v ČR	14
3. Dobrovolnictví	15
3.1. Dobrovolnictví jako globální fenomén	16
3.2. Dobrovolnictví v České republice.....	17
3.3. Dobrovolnictví v hospicových službách	18
3.4. Benefity dobrovolnictví v hospici	19
3.5. Rizika dobrovolnictví v hospici	20
3.6. Odchod dobrovolníků z hospicových služeb	21
3.7. Dobrovolníci v paliativní a hospicové péči v době pandemie Covid-19	23
4. Profesionální kvalita života.....	25
4.1. Soucit, empatie a spoluutrpení	25
4.2. Únava ze soucitu	26
4.3. Syndrom vyhoření	26
4.3.1. Průběh syndromu vyhoření	27
4.3.2. Vyhoření u dobrovolníků v hospici.....	28
4.4. Sekundární traumatický stres	29
4.5. Uspokojení ze soucitu	30
II. Empirická část.....	31
5. Cíl výzkumu	31
5.1. Výzkumné otázky a hypotézy	31

6.	Metodika.....	32
6.1.	Výzkumný soubor	32
6.2.	Měřicí nástroje.....	32
6.3.	Procedura.....	34
6.4.	Statistická analýza	35
6.5.	Etika výzkumu.....	35
7.	Výsledky.....	37
7.1.	Výsledky deskriptivní statistiky	37
7.2.	Výsledky dotazníku ProQOL	40
7.3.	Výsledky hypotéz.....	43
7.4.	Výsledky otevřených otázek	44
8.	Diskuse	46
8.1.	Limity	47
9.	Závěr.....	49
	Reference.....	50
	Seznam příloh.....	55
	Přílohy	56
	Příloha 1 – Informovaný souhlas	56
	Příloha 2 – Dotazník pro dobrovolníky	57
	Příloha 3 – Poster k bakalářské práci	66

Seznam zkratk

WHO	Světová zdravotnická organizace
ČR	Česká republika
WGI	World Giving index
ProQOL	Profesionální kvalita života
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
SD	Směrodatná odchylka
DASS	Depression Anxiety Stress Scales

Úvod

Mnoho hospicových zařízení hojně využívá práce dobrovolníků, kteří jsou schopni zastat řadu činností, které by jinak musel vykonávat již tak často zahlcený personál. Dobrovolníci mohou být obzvláště důležití pro pacienty, kteří z různých důvodů trpí samotou, potřebují výpomoc s drobnými činnostmi nebo by si jen rádi s někým promluvili. I přes to, že o této službě dobrovolníci často mluví pozitivně a zmiňují především smysl, který jim dobrovolnictví přináší, může být tato služba také velice náročná. Dobrovolník se může setkat s bolestí, strachem, nejistotou, beznadějí a ztrátou kontroly, kterou zažívá pacient i jeho blízcí. Všechny tyto starosti se mohou částečně přenést na dobrovolníka a negativně se na něm odrazit. Zůstává otázkou, jestli se tato negativní zkušenost může promítnout i do uspokojení ze soucitu, únavy ze soucitu a tendence k odchodu samotných dobrovolníků.

Výzkumů zkoumajících vnitřní prožitek dobrovolníků a jejich tendence k odchodu z hospicových služeb je zatím velice málo. V zahraniční literatuře je zkoumána především dobrovolnická zkušenost při nástupu do služeb. V českém prostředí je výzkumů ještě méně a tato souvislost zůstává v podstatě neprozkoumána. I z těchto důvodů si tato bakalářská práce klade za cíl prozkoumat jakou souvislost má únava ze soucitu a uspokojení ze soucitu s tendencí k odchodu dobrovolníků v hospicových službách.

K výběru tématu mě motivovala práce dobrovolníka v hospicové organizaci Cesta domů, kde jsem se s některými dobrovolníky mohl setkat a promluvit si s nimi o jejich zkušenostech. Z této aktivity vyvstal zájem prozkoumat téma dobrovolnické zkušenosti v hlubším kontextu.

Teoretická část bakalářské práce popisuje téma paliativní péče, hospicové péče, dobrovolnictví, uspokojení ze soucitu a únavu ze soucitu. Empirická část se zaměřuje především na explorační analýzu, popsání vzorku, ověření hypotéz, představení výsledků a diskusi.

I. Teoretická část

1. Paliativní péče

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje paliativní péči jako „*přístup, zlepšující kvalitu života pacientů (dospělých i dětí) a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních i duchovních problémů*“ (World Health Organization, 2020).

Další definice, tentokrát podle Tomeš et al. (2015, s. 38) zní: „*paliativní péče je aktivní a na kvalitu života orientovaná péče o nevyлéčitelně nemocné a o jejich blízké. Jejím základem je holistický, multiprofesní přístup, který umožňuje doprovázet pacienta a jeho rodinu v jeho vlastním prostředí a zohledňuje tělesnou, psychologickou, sociální a spirituální dimenzi člověka*“. Existují i jiné definice, žádná z nich se ovšem od zmíněných definic příliš neliší. Mění se pouze důraz, který je kladen na jednotlivé části paliativní péče.

Základní principy paliativní péče respektují autonomii pacienta. S tím souvisí i pacientovo právo odmítnout resuscitaci, farmaka nebo zbytečné zásahy lékařů, které již nemají kurativní ráz. Pokud pacient není svéprávný, lékaři se v první řadě obrací na rodinné příslušníky, známé, až v poslední řadě se rozhodují podle vlastního svědomí a vědomí (Munzarová, 2005). Tento proces lze zdravotnímu personálu také ulehčit tím, že si pacient předem ustanoví opatrovníka, který za něj bude činit rozhodnutí v případě, že toho pacient sám již nebude schopen. Představu o své léčbě může pacient předem formulovat prostřednictvím dokumentu zvaného dříve vyslovené přání. Tento dokument obsahuje popis léčby, kterou si pacient do budoucna přeje nebo naopak nepřeje (například nechce být držen v kómatu) (Vollandes & Kapsová, 2015). Je důležité ovšem zmínit, že paliativní péče nikdy nesmí vést ke zkrácení života nebo dokonce usmrcení pacienta. Paliativní péče není nijak časově ohraničena a pacienti v ní mohou být i po mnoho let, v tom se odlišuje od péče hospicové.

Podle metastudie od Kavalieratos et al. (2016), která zahrnovala převážně pacienty s onkologickým onemocněním v různých stádiích nemoci, můžeme zaznamenat statisticky signifikantní zlepšení kvality života u pacientů v souvislosti s paliativní péčí, která jim byla poskytována. Mezi konkrétními výsledky a zlepšeními můžeme pozorovat zlepšení plánování předběžné péče, větší spokojenost pacienta a jeho pečovateli s péčí, která jim byla poskytnuta a menší využití zdravotnické péče. Mezi výsledky, které byly nejednoznačné (v některých

studiích vyšly signifikantně, v některých nikoli), můžeme pozorovat například místo smrti, náladu pacienta, zdravotnické náklady na pacienta, zlepšení symptomatického zatížení pacienta. Ze studie tedy vyplývá, že paliativní péče poskytuje signifikantní zlepšení alespoň v některých aspektech pacientova života.

Paliativní péče se dá dále dělit na obecnou a speciální. Obecná paliativní péče je poskytována zdravotníky v jednotlivých odvětvích lékařství. Náleží k základům, které by měl ovládat každý člen nemocničního týmu. Obecná paliativní péče je postavena na základní léčbě symptomů, respektu k autonomii pacienta a efektivní komunikaci. Specializovaná paliativní péče probíhá na interdisciplinární úrovni a věnuje se jí tým odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče odborně vzděláni. Ke specializované paliativní péči se zpravidla přistupuje v momentě, kdy nástroje obecné paliativní péče již nejsou dostatečné. Organizačně se specializovaná paliativní péče dále dělí na mobilní paliativní péči, lůžková zařízení (hospice), ambulance paliativní medicíny, denní stacionář paliativní péče, oddělení paliativní péče v nemocnici a další (Bužgová, 2015).

Je obtížné porozumět potřebám pacientů, pokud bychom se na ně dívali pouze jedním úhlem pohledu. Proto do typického modelu poskytování specializované paliativní péče v nemocnicích náleží také multidisciplinární tým, který má za cíl porozumět pacientům v co nejkomplexnějším rozsahu. Do multidisciplinárního týmu řadíme lékaře, sestry, sociální pracovníky, kaplany, psychology, psychiatry a další odborníky (Bužgová, 2015). Do tohoto týmu řadíme také dobrovolníky, pokud je paliativní tým využívá. Podle dat Ministerstva zdravotnictví z roku 2020 se nacházelo na území České republiky 40 nemocnic, které měly tým paliativní péče. Dále respondenti z nemocnic, ve kterých paliativní tým zatím nevznikl, avizovali zájem o jeho zavedení (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022). Z těchto dat můžeme usuzovat, že se paliativní péče v ČR rozvíjí a občané o ni projevují zájem.

2. Hospicová péče

Hospicová péče je jednou z forem speciální paliativní péče. Do hospicové péče se dostávají pacienti v terminálním stádiu nemoci. Termín „terminální“ je v tomto případě poněkud zavádějící, protože pro něj neexistuje jasná definice a není vymezen ani v české legislativě. Za terminální fázi onemocnění se zpravidla považují poslední týdny, dny, případně hodiny pacientova života. Průměrná délka pacientova pobytu v lůžkovém hospici se pohybuje kolem 4 týdnů (Sláma & Kabelka, 2022). Hospicová péče se vymezuje od ostatních speciálních paliativních zařízení jejím důrazem na sociální a duchovní složky péče (Tomeš et al., 2015). Hospicová péče neustává ani po smrti pacienta. Značná část péče je totiž po smrti pacienta poskytována pozůstalým, pro které je často situace stejně těžká nebo i těžší než pro samotného pacienta.

Pro přehlednost tedy stručně shrňme hlavní rozdíly paliativní a hospicové péče. Paliativní péče je přístup, který se zaměřuje na kvalitu života pacienta s nevléčitelným onemocněním. Časově není omezena a její intenzita se může měnit podle potřeby pacienta (nemoc se může například na chvíli stabilizovat nebo dojde naopak k náhlému zhoršení pacientova stavu). Hospicová péče je speciální typ paliativní péče, ke kterému se přistupuje v momentě, kdy se pacient dostává do „terminálního stádia nemoci“, které zpravidla trvá dny až týdny před úmrtím pacienta a vyžaduje intenzivní péči. Princip péče se ovšem nemění. Hlavním cílem stále zůstává kvalita života pacienta s nevléčitelnou nemocí.

2.1. Historie paliativní a hospicové péče

Počátky moderní hospicové péče začínají rokem 1859. Angličan Willam Rathbon přišel s myšlenkou domácí péče a založil první školu pro sestry, které poskytovaly péči nemocným, potřebným a chudým lidem. Skutečně přelomovým bodem je ovšem až rok 1967, kdy Cecily Saundersová zakládá v Londýně první moderní lůžkový hospic s názvem Hospic sv. Kryštofa, který si klade za cíl udržet důstojnost života pacientů s nevléčitelnou nemocí, a to převážně těch, kteří se nacházejí v terminální fázi (Tomeš et al., 2015). Cecily Saundersová přichází s novým konceptem celkové bolesti. Součástí této bolesti je bolest tělesná, sociální a psychospirituální (Sláma & Kabelka, 2022). V ČR se specializovaná hospicová péče začala objevovat teprve v roce 1989, k jejímu významnému prosazení přispěla MUDr. Marie Opatrná. K prvnímu otevření lůžkového hospice došlo v ČR až v roce 1996 pod vedením MUDr. Marie Svatošové (Tomeš et al., 2015). Od té doby dochází k významnému rozvoji v oblasti lůžkových

hospiců. K rozvoji mobilního hospice dochází až po roce 2000. V roce 2021 působilo v ČR 18 lůžkových hospiců s celkovou kapacitou kolem 500 lůžek (Sláma & Kabelka, 2022).

2.2. Mobilní hospic a lůžkový hospic

Krátce zde budou představeny dvě formy hospicové péče, a to mobilní hospic a lůžkový hospic. Existují samozřejmě i další formy hospicové služby, například na odděleních paliativní péče a v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení.

Mobilní nebo také domácí hospic se zaměřuje na péči o pacienta v jeho domácím prostředí. Cílem je, aby pacient mohl trávit poslední chvíle svého života na bezpečném, známém a příjemném místě se svou rodinou. Dalším cílem je zamezit potencionální hospitalizaci v nemocnici. Tým mobilního hospice se skládá ze sester, lékařů, sociálních pracovníků, psychologů a dobrovolníků, pokud je organizace využívá. Péče je poskytována 24 hodin každý den v týdnu. Personál hospice je dostupný skrze mobilní telefon nebo za pacientem přímo vyjíždí (Sláma & Kabelka, 2022). Koncept mobilního hospice se stále rozvíjí a v ČR ho zdaleka neposkytují všechny hospicové organizace. Kapacitní možnosti mobilních hospicových služeb jsou stále omezené. Mezi poskytovatele mobilního hospice na území Prahy patří například Cesta domů nebo Most k domovu. Tato forma hospicové péče je velice náročná, a to v prvé řadě pro rodinné příslušníky, kteří zastávají hlavní část práce s pacientem. Podmínkou umožnění mobilní hospicové péče je totiž přítomnost pečovatele, který se o pacienta bude starat v čase, kdy nejsou přítomni pracovníci hospicové péče (Cesta domů, 2024). Z kapacitních, finančních nebo jiných důvodů je významná část domácí paliativní péče poskytována praktickým lékařem ve spolupráci s domácí ošetrovatelskou službou. Tato forma je dostačující pro pacienty s klidným průběhem umírání. Pokud situace pacienta vyžaduje komplexní péči, je třeba se obrátit přímo na mobilní hospic, lůžkový hospic nebo jinou formu specializované pomoci (Sláma & Kabelka, 2022).

Lůžkový nebo také kamenný hospic je další možnou variantou pro pacienty v terminálním stádiu života. Jedná se o zdravotnické zařízení, které řadíme pod specializovanou formu paliativní péče. Stejně jako obdobná paliativní zařízení i lůžkový hospic má svůj multidisciplinární tým, který poskytuje pacientovi nepřetržitou péči 24 hodin každý den v týdnu. Pacient v tomto zařízení může pobývat až několik měsíců a o jeho potřeby se stará rovněž specializovaný paliativní tým. Lůžkový hospic představuje možnou formu pomoci pro rodinné nebo jiné opatrovníky, kteří si nemohou z časových nebo finančních důvodů dovolit s pacientem zůstat doma a využívat pouze služby mobilního hospice.

2.3. Postoje veřejnosti ke smrti a hospicové péči v ČR

V roce 2013 uveřejnila Cesta domů data dotazníkového šetření od agentury STEM/MARK. Data popisují postoje české veřejnosti v otázkách smrti, umírání, péče o umírající a také informovanosti veřejnosti o možnosti služeb v této oblasti. V otázce tabuizace smrti odpovědělo 74 % dotazovaných, že se o smrti a umírání dostatečně nemluví, 91 % zdravotnického personálu se domnívá, že prezentace témat spojených se smrtí a umíráním je nedostatečná. V otázce místa umírání preferovalo 78 % dotazovaných umírání v domácím prostředí s pomocí profesionálů. Nemocnice preferovalo pouhých 11 %. Hospic a jiná sociální zařízení (například domov seniorů) preferovalo pouhých 9 %, což může být dáno i stigmatizací, se kterou se hospicové prostředí potýká. Mezi nejčastější obavy mezi dotazovanými patřily například ztráta důstojnosti, soběstačnosti, bolest, odloučení od blízkých, osamocení nebo duševního strádání. K dobrému umírání patřilo u 90 % dotazovaných nebýt přítěží pro příbuzné, u 84 % nebýt závislý na ostatních, u 84 % moci se rozloučit se svými blízkými, u 82 % moci rozhodovat o léčbě a péči. Co se týče oblasti péče o pacienta doma, třetina dotazovaných odpověděla, že považuje za možné pečovat o nemocného v domácím prostředí. 77 % respondentů tuto možnost připustilo. Čtvrtina z nich ji odmítla. Mezi hlavní důvody, proč respondenti odmítli patřily strach ze selhání, finanční náročnost, psychická a fyzická náročnost situace (STEM/MARK, 2013).

3. Dobrovolnictví

Dobrovolnictví je důležitou součástí většiny sociálních zařízení a neziskových organizací. Dobrovolníci vykonávají velké množství činností od administrativní práce po samotný kontakt s pacienty. Věkově se pohybují od čerstvých středoškoláků až po ty nejstarší z nás. Dobrovolníci se také různí v povolání, které vykonávají mimo dobrovolnictví. Někteří z nich pracují v sociálním sektoru, někteří ovšem přicházejí ze zcela jiných odvětví. Také z hlediska temperamentu, způsobu komunikace a chování se jedná o velice různorodou skupinu. Existují například dobrovolníci, kteří jsou velice aktivní, extravertní a průbojní, jiní jsou naopak tišší a své dobrovolnictví vykonávají s náležitým klidem. I přes tuto vysokou různorodost se dobrovolníci shodují v základních rysech a definicích.

Základní definice dobrovolnictví není zcela jasná, na jejích dílčích aspektech totiž nepadne úplná shoda. Tošner a Sozanská (2006, s. 35) definují dobrovolníka jako „*člověka, který bez nároků na finanční odměnu poskytuje svůj čas, svoji energii, vědomosti a dovednosti ve prospěch ostatních lidí či společnosti*“. V této definici ovšem není jasně vymezeno, koho si čtenář má představit pod slovy „ostatní lidé“. Mezi „ostatní lidi“ totiž můžeme, ale také nemusíme, zahrnovat blízké osoby a rodinu. Za přesnější definici lze považovat například Pennerovu: „*dobrovolnictví je dlouhodobé, plánované a svobodně zvolené prosociální chování ve prospěch cizích druhých osob, které se odehrává v kontextu organizace*“ (Frič & Pospíšilová, 2010, s. 10). Tato definice klade větší důraz na to, že se dobrovolnictví odehrává mezi osobou dobrovolníka a osobou, kterou dobrovolník přímo nezná. Jinými slovy se dobrovolnictví musí odehrávat ve vztahu k cizím lidem. Kdyby se totiž odehrávalo mezi blízkými osobami, existoval by zde značný nátlak na reciprocitu vůči dobrovolníkovi. Dále definice klade důraz na dlouhodobost a plánovanost dobrovolnictví a odlišuje ho například od okamžité pomoci člověku v nesnázích. Kontext organizace pak odlišuje dobrovolnictví formální od neformálního. Co se týká definic dobrovolnictví, většina autorů se ovšem shodne na několika základních bodech, ve kterých se definice protínají. Pod tyto základní body můžeme zahrnout to, že dobrovolnictví je nepovinné, neplacené a jeho cílem je prospěch druhých. V některé literatuře se dočteme i o čtvrtém bodě, a tím je organizační kontext, který dále objasňuje formu komunikace a setkání s cizími lidmi v rámci dobrovolnictví. Je třeba ovšem zmínit, že ani interpretace těchto základních bodů není zcela jasná. Dobrovolníkům bývá například často propláceno stravování nebo náklady za cestu. Podle některých autorů ovšem takové chování již nesplňuje podmínku, že dobrovolnictví je zcela neplacené

(Frič & Pospíšilová, 2010). V kontextu této bakalářské práce je proplácení cesty a stravy považováno za přijatelné.

Závěrem je nutné od sebe odlišit pojmy neformální dobrovolnictví a formální dobrovolnictví. Neformální dobrovolnictví se odehrává mimo organizace, bez striktních pravidel a dozoru. Jedná se například o pomoc mezi sousedy. Formální dobrovolnická činnost se odehrává v rámci neziskových organizací, klubů nebo jiných skupin. (Frič & Pospíšilová, 2010). V kontextu formálního dobrovolnictví je na místě také zmínit, že se může odehrávat na úrovni státu nebo bez jeho podpory (viz. kapitola Dobrovolník podle české ústavy). Tato bakalářská práce se zaměřuje pouze na dobrovolnictví formální.

3.1. Dobrovolnictví jako globální fenomén

Pomoc druhým bez očekávání zisku, zjednodušeně dobrovolnictví, se vyskytuje po celém světě. Jedná se tedy o globální fenomén. I když se základní definice dobrovolnictví nemění, její dílčí části se mohou různit v závislosti na několika faktorech. Bylo například zjištěno, že individuální bohatství, finanční zabezpečení a vzdělání pozitivně korelují s mírou individuálního dobrovolnictví. Další rozdíly můžeme pozorovat na úrovni hodnotového systému dané kultury. Příkladem můžou být vysoce náboženské státy (například některé americké státy), které mají ve většině případů vyšší míru dobrovolnictví než státy, kde převažuje ateismus. Dále se můžeme domnívat, že liberálně demokratické státy, které kladou důraz na vzájemnou spolupráci a rozhodování, mohou své obyvatele více podněcovat k dobrovolnické činnosti. Je také možné, že přechod od neformálního k formálnímu dobrovolnictví v zemích, které řadíme pod vyspělé, může souviset s důrazem na individuální hodnoty a sebevyjádření. Jinými slovy lidé v těchto zemích mohou vykonávat dobrovolnictví kvůli vlastnímu pocitu smyslu, sociálnímu statutu nebo výhodám s dobrovolnictvím spojených (Butcher & Einolf, 2017).

Podle autorů Butchera a Einolfa (2017), je neformální dobrovolnictví univerzální kvalitou všech lidských společenství a v nějaké míře se tedy objevuje v každé části světa. Autoři dále zmiňují, že rozdíly mezi vyspělými a rozvojovými zeměmi je možné pozorovat právě na úrovni rozvoje formálního dobrovolnictví. Konkrétně čím vyspělejší země je, tím více bude rozvinuté i formální dobrovolnictví. Otázka míry formálního, a především neformálního dobrovolnictví zůstává ovšem poněkud nejasná a takto zjednodušeným vysvětlením není možné pojmut tento komplexní fenomén.

Na základě dat nasbíraných ve 152 zemích pomocí Gallup World Giving Index (WGI) můžeme vidět rozdíly ve formálním dobrovolnictví v jednotlivých částech světa. Konkrétně Severní Amerika 37 %, západní Evropa 24,2 %, Afrika 21,7 %, Latinská Amerika 21,4 %, Asie 20,4 %, východní Evropa 17,3 % (respondenti ve výzkumu byli dotazováni, jestli v předchozích měsících vykonávali formální dobrovolnictví) (Butcher & Einolf, 2017). Můžeme vidět, že „vyspělé“ části světa mají ve většině případů větší podíl formálního dobrovolnictví.

Čísla neformálního dobrovolnictví podle WGI jsou už více chaotická a jejich interpretace je obtížná. Předpokládali bychom, že části světa s velkou mírou formálního dobrovolnictví budou mít méně neformálního dobrovolnictví, protože není tolik potřeba. Data ovšem tento trend zcela nepotvrzují. Konkrétně bylo zjištěno, že míra neformálního dobrovolnictví je v Severní Americe 66,5 %, na Středním východě 50,8 %, v Africe 50 %, Latinské Americe 47,6 %, západní Evropě 45,7 %, Asii 36,6 %, východní Evropě a ve státech Commonwealthu 35,2 % (Butcher & Einolf, 2017).

3.2. Dobrovolnictví v České republice

Z dat Ministerstva vnitra České republiky (2022), která byla publikována v roce 2022, se můžeme dočíst, *„že v roce 2021 mělo 23 % obyvatel ČR (1,5 milionu lidí) zkušenost s dobrovolnickou činností, ať už minulou nebo současnou. Aktuálně se dobrovolnictví přímo věnuje 7 % obyvatel ČR (600 tisíc lidí). Dobrovolníci svou činností vytvořili v roce 2021 hodnoty dosahující výše až 38 miliard korun českých“*.

Dobrovolnické služby v České republice upravuje zákon o dobrovolnické službě. Poslední novela tohoto zákona je z roku 2014 a mění tak zákon z roku 2002. Podle tohoto zákona *„je dobrovolník osoba starší 15 let“* (případně 18 let, jestliže dobrovolník svou dobrovolnickou činnost vykonává mimo území České republiky) (Zákon o dobrovolnické službě, 2014). Zákon dále definuje dobrovolnickou službu jako *„činnost, při níž dobrovolník poskytuje své služby specifickým skupinám obyvatel, které jsou v zákoně jasně vymezeny“*. Mezi těmito skupinami najdeme i osoby sociálně slabé, zdravotně postižené a seniory (Zákon o dobrovolnické službě, 2014). Zmíněné skupiny mohou být cílovou skupinou hospicové péče, a tedy i dobrovolníků, pracujících v těchto službách. *„Za dobrovolnickou činnost se dále nepovažuje činnost za účelem uspokojování osobních zájmů, vykonávaná v rámci podnikatelské nebo jiné výtěžné činnosti, v pracovněprávním vztahu, služebním poměru nebo členském poměru“* (Zákon o dobrovolnické službě, 2014). Podle zákona je *„dobrovolnická služba podle své povahy krátkodobá nebo dlouhodobá, je-li vykonávána po dobu delší než 3 měsíce“* (Zákon o dobrovolnické službě,

2014). Zákon dále specifikuje vysílající organizaci jako „*veřejně prospěšnou právnickou osobu se sídlem v České republice, která dobrovolníky vybírá, eviduje, připravuje pro výkon dobrovolnické služby a uzavírá s nimi smlouvy o výkonu dobrovolnické služby za podmínky, že má udělenou akreditaci*“ (Zákon o dobrovolnické službě, 2014). Je důležité zmínit, že tento zákon se vztahuje pouze na dobrovolnické programy, které jsou státem akreditovány. Dobrovolnická služba může být ovšem provozována i mimo rámec akreditovaných organizací. Důvody, proč organizace nemá akreditovaný program, mohou být různé. Dobrovolnická organizace například nesplňuje podmínky dobrovolnického programu, jak ho vymezuje stát, nebo nemusí mít zájem se o akreditaci ucházet z důvodů komplikovanosti a nedostatečných přínosů programu pro organizaci. Tato práce se zaměřuje jak na dobrovolnictví státem akreditované, tak na dobrovolnictví neakreditované.

3.3. Dobrovolnictví v hospicových službách

Dále je uvedena náplň dobrovolníků, jak ji popisují některé dobrovolnické nebo hospicové organizace u nás. Cesta domů (2024) popisuje hlavní náplň činnosti svých dobrovolníků jako pomáhání v přímé péči u klientů domácího hospice a odlehčovacích službách, pomoc s přesunem materiálu, administrativní činnost a pochůzky, prodávání v dobročinném obchodě a podílení se na vzdělávacích, benefičních a děkovných akcích. Hospic Anežky České (2023) na svých stránkách zmiňuje, že náplň dobrovolníka v jejich hospici je například rozhovor s pacienty, služba v recepci, péče o pokoje, spravování prádla a pomoc při jednorázových akcích. Organizace ADRA popisuje náplň práce dobrovolníků v hospici jako lidskou podporu, která je zprostředkována pomocí osobních návštěv a sdílení společných okamžiků. Náplň dobrovolníka je potěšit a povzbudit nemocného. Je možné s nemocným mluvit, ale také je zde prostor pro mlčení a tiché sdílení společného času (Hölblingová, 2014).

Hospicové dobrovolnictví se v zahraničí liší od situace v ČR především v kulturních aspektech. Základní podstata dobrovolnictví ovšem zůstává stejná. Americká společnost Amedisys (2023), která se mimo jiné zabývá i paliativní a hospicovou péčí, popisuje náplň dobrovolníka v hospicové péči v několika bodech: například trávení času s pacientem, čtení, pouštění písniček, hraní deskových her, vaření, vykonávání lehkých domácích prací, poskytování pomoci, aby si rodinní příslušníci mohli odpočinout, ale například i asistence na mobilu. Hospic sv. Kryštofa (St. Christopher's hospice) operující v Londýně například na svých stránkách uvádí, že se dobrovolníci mohou zapojit při pomoci pacientům například prostřednictvím peer skupin, uměleckých skupin nebo večerních skupin, kde se probírají témata jako je umírání, ztráta blízkých a smrt. Dále se dobrovolníci mohou zapojit na recepci

při kontaktu s pacienty a jejich rodinami. Dobrovolníci tak poskytují informace, asistenci, případně emoční podporu (St. Christopher's, 2024). Jiné zahraniční zdroje popisují dobrovolnickou činnost velmi podobně.

Studie kolektivu Scott et al. (2021) rozděluje samotnou dobrovolnickou péči o pacienta na trávení času s pacientem, jeho rodinou a pomáhání s praktickými úkony. Trávení času s pacientem se může odehrávat skrze rozhovor, sdílení společných aktivit, povzbuzení pacienta nebo také skrze klidné momenty ticha. Praktickými úkony je míněno například krmení pacienta, pomoc s hygienou, pomoc s pohybem u pacientů, kteří jsou méně pohybliví, nebo třeba nákup potravin. Klíčovým aspektem dobrovolnictví v hospicové péči je čas. Dobrovolníci mají většinou více času věnovat se emocím a myšlenkám pacientů než zdravotnický personál, který je obzvláště v České republice velmi zahlcen a přetížen.

Dobrovolníci mohou docházet do lůžkového hospicového zařízení, nebo v rámci služby mobilního hospice posílají některé organizace své dobrovolníky i do domácího prostředí pacientů. V takových případech je ovšem nutné, aby měl dobrovolník náležitý výcvik. Cesta domů (2016) například požaduje, aby její dobrovolníci v přímé péči (mobilní hospicová péče) absolvovali nejprve výcvik trvající 34 hodin a minimálně třídní praxi v lůžkovém hospici předtím, než je organizace vyšle mezi své klienty. Takto dlouhý a náročný výcvik ovšem u většiny hospicových zařízení není vyžadován.

Dobrovolníci tedy představují nepostradatelnou součást hospicové péče. Jejich aktivity se v některých organizacích netýkají pouze samotné péče o pacienty, ale také přispívání k dobrému chodu hospicové služby a dané organizace. Aktivity mohou být různorodé - jsou závislé na konkrétní organizaci a zodpovědnosti, kterou tato organizace svým dobrovolníkům dává. Hlavní náplň dobrovolnictví ale ve většině případů můžeme rozdělit na péči o pacienta (rozhovor, sdílení společného času, povzbuzení pacienta atd.) a pomoc organizaci (pomoc s osvětou, úklidem, administrativní činností atd.). Vyškolení dobrovolníků také může představovat značnou finanční a časovou investici. Ze zmíněných důvodů může být pro hospicové organizace, které využívají dobrovolnické služby, důležité zmapovat, proč dobrovolníci ze služeb odchází a jak je možné si je udržet.

3.4. Benefity dobrovolnictví v hospici

Dobrovolnictví v hospicové péči může být emočně velmi vypjaté a náročné. Dobrovolníci se setkávají s pacienty v době umírání a může se jim stát, že jsou přítomni i v momentě smrti pacienta. Ze studie Scott et al. (2021) vyplývá, že někteří dobrovolníci mluví například

o uvědomění si své vlastní smrtelnosti, což může představovat velice negativní zážitek. I přes to všechno většina dobrovolníků mluví o radosti, kterou při své práci pocítují. Radost z toho, že se mohou starat a pomáhat ostatním. V rámci studie dobrovolníci zmiňují také pocit naplnění a smyslu, který jim dobrovolnictví přináší. Naplnění vychází například z toho, že mohou pacienty a jejich rodiny skutečně poznat a být jim nablízku i v těžkých chvílích života. Mnoho dobrovolníků mluví zároveň o vlastní proměně, která se odehrává skrze setkání s lidmi v terminálním stádiu života. Častá je i změna vnímání světa a klíčových hodnot v životě. Mnozí popisují své dobrovolnictví jako obohacení jejich života - vnímají dobrovolnictví jako důležitou součást toho, kým jsou.

Coleman a Walshe (2021) zmiňují, že dobrovolnictví může být pro dobrovolníka také příležitost překonávat překážky, poskytuje prostor pro neustálý seberozvoj. Je pochopitelné, že se dobrovolník ve své roli zpočátku nemusí cítit příliš jistě, ale v průběhu času se tato jistota ve vlastní schopnosti buduje, dobrovolník se stává silnějším (po psychické stránce), zároveň z toho může pramenit dobrovolníková radost. Velice důležité a naplňující je pro dobrovolníky také vytváření osobního vztahu s pacientem. Tento emoční vztah může dosahovat různé intenzity. Někteří dobrovolníci se s pacienty velice dobře znají, formují se mezi nimi skutečná přátelství. O to těžší pro dobrovolníka potom může být moment, kdy pacient umře. Proto někteří dobrovolníci zmiňují, že se při vytváření osobního vztahu s pacientem uměle brzdí, aby je konec života pacienta tolik nezasáhl. K formování osobního vztahu přispívá i to, že mnoho dobrovolníků se se svými pacienty stýká pravidelně, nejedná se tedy už o neznámé osoby, které dobrovolník potkává.

3.5. Rizika dobrovolnictví v hospici

I přesto, že dobrovolníci v hospicových službách popisují svou činnost velmi pozitivně, rizik při této formě působení může být mnoho. Coleman a Walshe (2021) ve své studii například identifikují několik úskalí, kterým dobrovolníci mohou čelit. Zaprvé může dobrovolník pocítovat vnitřní konflikt, který vychází z nejasnosti jeho role v organizaci, případně z konfliktu s touto rolí. Dobrovolník se například může ocitnout v situaci, kdy mu jeho instinkty a emoce říkají, že by měl konat (například podat lék pacientovi), ale jeho role mu to neumožňuje (podávat léky může pouze zdravotnický personál, pokud není jinak specifikováno). Dobrovolník tak může pocítovat bezmoc a nejistotu v tom, jak by se měl v určitých situacích zachovat. Pocit nejistoty může být také spojen s tím, že dobrovolník neví, jestli dělá pro pacienta dost, jestli vykonává svou činnost správně a jestli pacientovi naopak neublíží. Pocit nejistoty může být v některých případech ještě umocněn kontaktem s interdisciplinárním

týmem. Dobrovolník si může například připadat zmatený svou rolí v tomto týmu, případně si může připadat zastíněný a nedoceněný ostatními členy (Hayslip et al., 2021).

Zadruhé může dobrovolník pociťovat vnější konflikt. Tento konflikt může nastávat v momentech, kdy se role dobrovolníka neslučuje s představou, kterou o této roli má pacient nebo jeho rodina. Dobrovolník tak může být pacientem nebo rodinou odmítnut, případně po něm může být požadováno něco, co není náplní jeho práce. Dobrovolníci také popisují frustraci týkající se toho, jak celý zdravotnický systém funguje, k tomu náleží i nedostatečné informace o pacientovi a jeho stavu, které by dobrovolník dostal s předstihem. Neočekávané silné emoce, které mohou dobrovolníka zasáhnout, mohou být dalším možným rizikem (pacient například trpí, nechce už žít, rodina celou situaci silně prožívá atd.) (Coleman & Walshe, 2021). V této souvislosti je třeba zmínit, že pro mnoho dobrovolníků je rovněž těžké přijmout to, že nemají žádnou kontrolu nad vývojem pacientovi nemoci a pacient na konci svého pobytu v hospici umírá (pokud se jeho stav nezlepší a není ze služby propuštěn, to se ovšem stává velmi málo) (Hayslip et al., 2021).

Ze zmíněných důvodů je důležité, aby dobrovolník měl velkou resilienci, případně disponoval řadou copingových strategií, jak se se situacemi v hospicové péči vyrovnat. Jedním z možných preventivních opatření je dobrovolnický výcvik, který by měl dobrovolníkovi pomoci v seberozvoji a připravit ho na obtížné situace, které při jeho činnosti mohou nastat. Je ovšem otázkou, kolik takto propracovaných výcviků v České republice existuje. Další možností, jak dobrovolníkům pomoci se vypořádat s jejich obtížemi, mohou být pravidelné intervize nebo supervize.

3.6. Odchod dobrovolníků z hospicových služeb

Jak již bylo uvedeno, dobrovolníci v paliativní péči pomáhají s řadou činností a mohou pro organizace představovat značnou investici. Na rozdíl od běžných pracovních poměrů je dobrovolnická činnost nepovinná a neplacená. Dá se tedy předpokládat, že dobrovolníci mají méně závazků vůči organizacím, pod kterými vykonávají dobrovolnickou činnost, zároveň u nich existuje větší pravděpodobnost, že služby opustí. Pro organizace může být velice důležité se zajímat o to, kolik dobrovolníků v jakém časovém horizontu služby opouští, jaké jsou jejich důvody (Hayslip et al., 2021).

Z výzkumů zmíněných například ve článku od Claxton-Oldfield a Claxton-Oldfield (2012) vyplývá, že téměř polovina dobrovolníků, kteří prošli dobrovolnickým výcvikem, odešla

z paliativních a hospicových služeb v prvním roce po nástupu. Tato bakalářská práce se zaměřuje především na delší časový rámec (několik let), jak bude ukázáno v empirické části.

Příčin odchodu dobrovolníků může být mnoho, dají se ovšem zařadit do tří hlavních kategorií. První kategorií bychom mohli nazvat problémy v individuálním životě. Tedy problémy, které dobrovolník zažívá v rodině, práci (mimo dobrovolnictví), případně problémy spojené se zdravím, ať už psychickým nebo fyzickým, které dobrovolníkovi znemožňují dobrovolnictví vykonávat. (Claxton-Oldfield & Claxton-Oldfield, 2012).

Druhou kategorií je geografická poloha. Někteří dobrovolníci musí v rámci dobrovolnictví dojíždět mnoho kilometrů. Problémem může být také v nedostatečném pokrytí veřejnou dopravou v místě dobrovolníkovy bydliště. V takovém případě může být pro dobrovolníka velice náročné se na místo dobrovolnictví dostat, i kdyby například motivaci k výkonu měl. Do této kategorie spadá i změna místa bydliště (Claxton-Oldfield & Claxton-Oldfield, 2012).

Třetí kategorií jsou problémy spojené přímo s hospicovým prostředím nebo paliativní organizací a nepříjemnostmi, které dobrovolník zažívá při vykonávání dobrovolnictví. Na rozdíl od dvou předešlých kategorií je možné tuto kategorii ovlivnit a zamezit tak alespoň části odchodů dobrovolníků. Z výzkumů vyplývá, že tato kategorie tvoří jednu pětinu až čtvrtinu celkového odchodu dobrovolníků ze služeb (Claxton-Oldfield & Claxton-Oldfield, 2012).

Krátce zde uvedme podrobnější příčiny, které mohou vést k odchodu dobrovolníků ze služeb. Hayslip (2021) s odchodem spojuje především externí locus of control (v češtině těžiště kontroly), vyšší úzkost spojenou se smrtí a umíráním, vyšší sklon k vyhoření. Roli může hrát také míra dobrovolníkovi resilience a vulnerability. Studie od Jo et al. (2020) se například zmiňuje o existujícím vztahu mezi mírou resilience u dobrovolníků v hospicových službách a mírou jejich úzkostí, případně deprese. Podle výzkumu od Claxton-Oldfield a Claxton-Oldfield (2012), ve kterém se výzkumníci dobrovolníků dotazují, co by se muselo stát pro to, aby s dobrovolnictvím skončili, respondenti udávají například krizi v rodině, emocionální vyčerpání/vyhoření, vysoký věk, jiné povinnosti v životě, nedostatek příležitostí/povolání do služby, problémy s osobním zdravím nebo špatná zkušenost v rámci dobrovolnictví.

3.7. Dobrovolníci v paliativní a hospicové péči v době pandemie Covid-19

Na přelomu roku 2019 a 2020 se ve světě poprvé objevil Covid-19. V důsledku toho musely mnohé státy v krátké době v různé míře přijmout opatření, která měla zamezit dalšímu rozšíření viru Covid-19. Opatření se týkala ve velké míře i hospicových služeb a dobrovolníků, kteří se museli přizpůsobit. V době propuknutí pandemie Covid-19 se dobrovolnická činnost v hospicových službách radikálně snížila. Dobrovolníkům bylo často zakázáno vykonávat dobrovolnickou činnost ve formě, v jaké ji vykonávali před propuknutím pandemie (přímý kontakt s pacienty, docházení do domovů nebo speciálních hospicových zařízení). Podle studie Walshe et al. (2021) bylo některým paliativním nebo hospicovým dobrovolníkům doporučováno, aby zůstali doma z důvodů rizika nákazy a potenciálních následků nemoci (velká část paliativních nebo hospicových dobrovolníků patří ke starším jedincům, u kterých hrozí riziko těžkého průběhu nemoci). Organizace se také obávaly o svou reputaci, která by se mohla zhoršit v případě, že by dobrovolníky vyslaly na místo dobrovolnictví a oni by poté onemocněli virem Covid-19.

Dobrovolnictví se tak muselo přizpůsobit době. Dobrovolnické organizace přicházely s upravenými nebo zcela novými způsoby, jak dobrovolníky začlenit i mimo rámec přímého kontaktu s pacienty a jejich rodinami. Někteří dobrovolníci poskytovali například podporu prostřednictvím online platforem (Zoom, Google meet a jiné) nebo telefonní podporu (Walshe et al., 2021). Podle článku od Lachance (2021, s. 2) „*můžeme mluvit o nové formě dobrovolnictví prostřednictvím online platforem, takzvaném virtuálním dobrovolnictví*“. Virtuální prostředí je v mnohých ohledech nevyhovující, protože lidé potřebují fyzickou přítomnost a kontakt druhých. Zároveň ale virtuální prostředí představuje řadu výhod. Díky virtuálnímu prostředí se například dobrovolníci mohou spojit s pacienty a jejich rodinami nehledě na fyzickou vzdálenost, která je od sebe dělí. Do dobrovolnictví se mohou díky virtuálnímu prostředí zapojit také dobrovolníci, kteří mají sníženou mobilitu nebo je pro ně dojíždění problematické z jiných důvodů. Dobrovolnické organizace mohou také zvětšit své pole působnosti a do své péče zahrnout pacienty a rodiny i z dalekých míst nebo pacienty, kteří kvůli závažnosti jejich stavu dříve nebyli schopni využívat přímé nebo kontaktní dobrovolnické pomoci. Je možné se domnívat, že virtuální dobrovolnictví má potenciál přilákat také dobrovolníky z řad mladších generací, kterým je tento způsob komunikace bližší (Lachance, 2021).

Tím, že v době pandemie zmizela nebo se velmi proměnila dobrovolnická podpora některých organizací, zvětšila se zároveň zátěž hospicového personálu, pacientů, i jejich

příbuzných. Podle výzkumu v USA od Kates et al. (2021) například 70 % dotazovaných hospicových pracovníků mluví o zvýšení zátěže v oblasti speciální paliativní péče. Pracovníci hospiců dále mluvili o zvýšené izolaci a zátěži pro pacienty, jejich rodiny i pracovníky hospiců. Výzkumu se účastnilo 36 hospiců v USA. Hospicová péče v USA se tedy musela vypořádat s větší zátěží v situaci, kdy byla dobrovolnická podpora značně snížena nebo zcela eliminována.

4. Profesionální kvalita života

Profesionální kvalita života v kontextu manuálu profesionální kvality života (dále jen ProQOL) je termín, který se používá k popisu toho, jak se daný pracovník cítí ve své práci v pomáhajících profesích. Vztah pracovníka k jeho profesi je ovlivněn jak pozitivními, tak negativními aspekty dané práce. Pozitivní vztah a aspekty práce se promítají v podobě uspokojení ze soucitu. Negativní vztah a aspekty práce se projevují v podobě vysílení ze soucitu, které se dále dělí na vyhoření a sekundární traumatický stres (Hudnall Stamm B., 2010). Spokojení ze soucitu je tedy jakousi vyvažující silou k únavě ze soucitu. Pokud je uspokojení malé, hrozí větší riziko propuknutí únavy ze soucitu.

4.1. Soucit, empatie a spoluutrpení

Od zdravotníků očekáváme, že budou vůči pacientům projevovat soucit, případně empatii. To samé předpokládáme i u hospicových pracovníků a dobrovolníků. Není ovšem vždy jasné, co je těmito pojmy myšleno a do jaké míry by je pracovník měl projevovat.

„Soucit v nás vzniká jako reakce na utrpení druhého“ (Rohwetter, 2022, s. 38). Soucit znamená vcítit se do druhého člověka, ale netrpět společně s ním. Na osobu a životní situaci druhého člověka se neustále díváme skrze vlastní pohled a úsudek. Z této definice je zřejmé, že se soucit odlišuje od spoluutrpení. Spoluutrpení je ve své podstatě škodlivé jak pro pracovníka, tak i pro samotného pacienta, i když si to pacient nemusí vždy uvědomovat a někdy by si dokonce přál, aby na pracovníka mohl přenést část své bolesti. Pokud pracovník prožívá utrpení pacienta jako své vlastní, je to z dlouhodobého hlediska neudržitelné. Je totiž velice nepravděpodobné, že by pracovník dokázal ustát psychickou zátěž všech pacientů, se kterými se setkává. Spoluutrpení může vést až k únavě za soucitu (Rohwetter, 2022).

Dále je třeba rozlišit soucit a empatii. Empatie je na rozdíl od soucitu, jehož hlavními částmi jsou vlastní pohled a úsudek, schopnost představit si situaci z pohledu druhého člověka. Je to schopnost si představit situaci tak, jak ji pravděpodobně vnímá druhý. Empatie je založená na zkušenosti. Dokážeme si představit, co druhý člověk zažívá, protože jsme to již zažili. Utrpení nebo libé pocity tak můžeme zažívat nepřímou skrze empatické vcítění. Pokud nemáme naši zkušenost dobře zpracovanou, je možné, že v nás empatické vcítění vyvolá negativní odezvu. Tato negativní odezva může být blízká spoluutrpení, i když tyto termíny není možné zaměňovat (Rohwetter, 2022).

4.2. Únava ze soucitu

Na definici únavy ze soucitu nepanuje příliš velká shoda. Pojmy jako syndrom vyhoření, únava ze soucitu, sekundární traumatický stres, předané trauma a jiné jsou si v mnohém podobné, proto není lehké je od sebe odlišit. Mnoho autorů mezi sebou tyto pojmy zaměňuje a používá je k popisování podobných negativních efektů.

Nejčastěji se k popsání tohoto negativního jevu používají termíny únava ze soucitu, sekundární traumatický stres a zástupné trauma (anglicky vicarious traumatization). Definice těchto pojmů se v malé míře liší, neexistují mezi nimi ovšem jasné rozdíly a hranice (Hudnall Stamm B., 2010). Izzo a Miller (2019, s. 16) například únavu ze soucitu považují de facto za syndrom vyhoření. *„Dlouhodobé vyčerpání a snížený zájem o vlastní práci. Obvykle zahrnuje postupné ubývání empatie v důsledku námahy způsobené poskytováním soucitu potřebným.“*. Jinou definici poskytuje Rohwetterová (2022, s 21-22): *„únava ze soucitu je vymizení popudu pomáhat, podporovat nebo jakkoliv přivodit úlevu. Již nejsme dále schopni vcítit se do utrpení svých klientů, místo toho začínáme jejich potíže zlehčovat. Pocity netrpělivosti, nudy, stresu a přetěžování jsou citelné.“*. Rohwetterová (2022) od sebe jasně odděluje únavu ze soucitu, syndrom vyhoření, sekundární traumatický stres a depresi.

V kontextu ProQOL je únava ze soucitu považována za *„sníženou schopnost pečovat v důsledku opakovaného vystavení utrpení pacientů a pečovatelova vědomí o traumatických zážitcích, které tito pacienti zažívají. Únava ze soucitu je důsledkem poskytování péče pacientům a je častěji považována za důsledek mnoha událostí, i když může vzniknout na základě péče o jednoho pacienta nebo v důsledku jedné události.“* (Cavanagh et al., 2020, s. 640). S touto definicí se bude pracovat i v této bakalářské práci. Na vzniku únavy ze soucitu se podílí hlavně sekundární traumatický stres, který je úzce spojen s visceriálním traumatem. Dále se na vzniku může podílet i syndrom vyhoření. Sekundární traumatický stres i syndrom vyhoření jsou součástí dotazníku ProQOL, který měří únavu ze soucitu. Skóre sekundárního traumatického stresu a syndromu vyhoření nelze sčítat a není jasné, který z těchto efektů se na únavě ze soucitu podílí více (Hudnall Stamm B., 2010).

4.3. Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření, anglicky burn-out nebo také vyhasnutí či vypálení, je podle oficiálního ProQOL manuálu jedna ze dvou složek, ze kterých je tvořeno vysílení ze soucitu. V kontextu manuálu ProQOL je chápána jako *„pocit beznaděje, který je spojen s těžkostmi při vykonávání práce nebo při vykonávání práce efektivně. Tyto negativní pocity se ve většině případů budoují*

postupně. Mohou reflektovat pracovníkův pocit, že jeho snaha nic nezmění a nemá tedy žádný význam. Tyto pocity mohou být také způsobeny pracovním přetížením nebo nepodporujícím pracovním prostředím“ (Hudnall Stamm B., 2010, s. 13).

Různé definice se v některých aspektech mírně liší, všechny se ale v zásadě shodují na tom, „že vyhoření je psychický stav, který se projevuje vyčerpáním a snížením pracovní výkonnosti v důsledku dlouhodobého a intenzivního stresu, a vyskytuje se hlavně u osob, jež pracují s lidmi“ (Pešek & Praško, 2016, s. 16). Podle Elizabeth Maslach, přední odbornice na toto téma, se syndrom vyhoření dá charakterizovat především emocionálním vyčerpáním, depersonalizací a sníženým myšlením o vlastní pracovní účinnosti. Mezi další projevy mohou patřit například snížené kognitivní schopnosti nebo narušení postojů daného člověka (negativní postoje k práci, pacientům, spolupracovníkům, pracovní roli) (Edú-Valsania et al., 2022). Vyhoření se ovšem neprojevuje pouze v psychické rovině (v myšlenkách, postojích a emocích), ale také v rovině tělesné a skrze chování daného jedince. Mezi typické projevy patří například změna nálady, vysílení, nespavost, snížená imunita nebo bolesti hlavy (Pešek & Praško, 2016).

4.3.1. Průběh syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření nevzniká náhle, jde spíše o postupnou gradaci a reakci na stres související s prací, který se může později stát až chronickým. Vývoj syndromu vyhoření můžeme rozdělit do několika fází, z nichž některé jsou dobře pozorovatelné a jiné se mohou projevovat pouze lehkými náznaky (Venglářová, 2011). Vyhoření může trvat týdny, měsíce, roky. Existuje mnoho různých členění fází vyhoření, některé z nich mají až 12 fází. V této bakalářské práci bude uveden pouze jeden nejpoužívanější model, který zahrnuje 5 fází, a to idealistické nadšení, stagnaci, frustraci, apatii a samotný syndrom vyhoření.

Idealistické nadšení je časté u nových pracovníků, kteří mohou mít zkreslené představy o tom, jak jejich práce v realitě vypadá. Nebo mohou mít například představu, že se systém změní a budou práci dělat podle svých představ. V této fázi je častá velká motivace, úsilí, odpovědnost a snaha pomoci co nejvíce lidem. Mnozí lidé v práci také hledají seberealizaci. Stagnace připomíná jakési „vystřízlivění“. Pracovník je konfrontován s realitou. Dochází k názoru, že není možné vše stihnout, že mnohé věci se nedají změnit, a že není možné dostat všem požadavkům. V této fázi je časté vyhybání se rozhodování, únava, nižší produktivita, podrážděnost, stres, zanedbávání osobních potřeb. Mohou se vyskytovat i psychosomatické příznaky například bolest hlavy, narušení spánku nebo zapomnětlivost. Frustrace je vlastně dlouhodobé pokračování fáze stagnace. Pracovník ve své práci nevidí smysl. Práce nenaplňuje

jeho potřeby a tím vzniká frustrace. V této fázi je častý hněv a cynické postoje k lidem kolem frustrované osoby. Stres se pomalu stává chronickým. Časté jsou i depresivní myšlenky. Apatie je stav obrany. Pracovník neví, jak se vyrovnat s frustrací, a tak se jí snaží alespoň vyhnout. Postupně se čím dál více stahuje do sebe. Rezignuje na většinu povinností a dělá jen to nejnnutnější. Rezignuje na těžší úkoly. Pracovník v této fázi již většinou zažívá těžší psychosomatické příznaky, například bolest zad, hlavy, kožní onemocnění a značnou únavu. Finálním stádiem je samotný syndrom vyhoření. Jedná se o celkové vyčerpání všech dostupných zdrojů. Nastává ztráta úcty k hodnotě druhých i té své, dále ztráta smyslu práce i samotného života. Často nastávají intenzivní depresivní stavy. Pracovník velmi často odchází ze zaměstnání nebo mění pozici, někdy se ovšem stává, že ve své práci zůstává (Pešek & Praško, 2016).

4.3.2. Vyhoření u dobrovolníků v hospici

Mezi prvními skupinami, u kterých byl popsán syndrom vyhoření, byly zdravotní sestry v hospicových zařízeních. Dále například onkologická oddělení nebo jednotky intenzivní péče, na kterých byla smrt pacienta poměrně častou událostí (Křivohlavý, 1998). Je tedy pravděpodobné, že hospicová zařízení kladou poměrně velký nápor na své pracovníky a tento nápor se v určité míře může promítnout i na dobrovolníky.

Syndrom vyhoření nastává pod vlivem velkého stresu, který působí delší čas. Jinými slovy nevzniká náhle. Dobrovolníci tráví v hospicových zařízeních ve většině případů méně času než hospicový personál, jsou tedy přirozeně k rozvoji syndromu vyhoření méně náchylní. To ovšem neznamená, že by na dobrovolníky stres vůbec nepůsobil a k rozvoji syndromu vyhoření by nemohlo dojít i tak (Claxton-Oldfield & Claxton-Oldfield, 2008). Ve studii od Claxton-Oldfield a Claxton-Oldfield (2016), která proběhla v Americe, například dobrovolníci uvádí, že mezi hlavní stresory, které při dobrovolnictví zažívají, patří nejasnost pravomoci a zodpovědnosti, kterou v organizaci nesou. Zároveň řada z nich cítila stres z toho, kde je jejich místo z hlediska organizační hierarchie, a jestli nepůsobí spíše mimo organizaci, a tedy i mimo hospicový tým. Samozřejmě se u dobrovolníků objevoval stres spojený s tím, že nejsou schopni udělat pro pacienta a jeho rodinu více. Dobrovolníci také zmiňovali, že může být stresující, pokud nemají o pacientovi dostatek informací a nemohou se podle nich řídit. V neposledním je stresující samotná smrt pacienta. Se smrtí pacienta se dobrovolníci i další hospicový pracovníci vyrovnávají například rituály, které jsou spojené s úmrtím pacienta. Mezi tyto rituály můžeme zařadit například pohřeb, kondolence, zapálení svíčky za zemřelého nebo jednoduché popřání hodně štěstí na další cestě (Montross-Thomas et al., 2016).

Ve zvládání stresu a smrti pacienta by dobrovolníkům měl pomoci především výcvik, který dobrovolníci podstupují před tím, než se setkávají se skutečnými pacienty. V průběhu výcviku si dobrovolníci osvojí, jak zacházet se smrtí u sebe a u druhých. Měli by se dozvědět jaké jsou jejich povinnosti a co naopak dělat nesmí. Jak se zachovat v situacích, které nejsou zcela jasné, a že je možné volit z několika možností. Kvalitní dobrovolnický výcvik by tedy měl předejít výskytu syndromu vyhoření u většiny dobrovolníků.

Dobrovolníci mají malou šanci vyhoření, a to pravděpodobně především kvůli velké míře uspokojení ze soucitu, kterou většina z nich zažívá. Ze studií dobrovolníků a hospicových pracovníků vychází, že hodnoty uspokojení ze soucitu se u většiny dobrovolníků pohybují v průměru nebo ve vyšších oblastech. Zatímco hodnoty syndromu vyhoření jsou spíše nižší. Studie se ovšem neúčastnili dobrovolníci z České republiky (Montross-Thomas et al., 2016).

4.4. Sekundární traumatický stres

Podle oficiálního manuálu ProQOL je sekundární traumatický stres druhou složkou únavy ze soucitu. Sekundární traumatický stres je v kontextu práce v manuálu popisován jako „*sekundární vystavení lidem, kteří zažili extrémní nebo traumatické události. Mezi negativní důsledky sekundárního traumatického stresu mohou patřit problémy se spánkem, intrusivní představy nebo myšlenky na traumatickou událost, vyhýbaní se věcem a situacím, které člověku traumatickou událost připomínají. Sekundární traumatický stres je úzce propojen se zástupným traumatem (vicarious trauma)*“ (Hudnall Stamm B., 2010, s. 13). Sekundární traumatický stres se může vyskytnout najednou, stačí k tomu pouze jedno setkání s pacientem nebo jeho rodinou. Zástupné trauma (vicarious trauma) se objevuje postupně důsledkem dlouhodobého vystavení utrpení pacienta nebo jeho rodiny (Venice Family Clinic, 2021).

Jinou, ale velmi podobnou, definici poskytuje například Rohwetterová (2022): „*sekundární traumatizaci můžeme označit také jako zástupnou traumatizaci. K vytvoření symptomů posttraumatického stresového syndromu nevedlo vlastní prožívání, nýbrž prožívání traumatizovaných osob, s nimiž se pracovník setkává v rámci výkonu profese*“. Definice je téměř identická, autorčina definice se liší především v tom, že sekundární traumatický stres nepovažuje za součást únavy ze soucitu.

Sekundární traumatický stres se v průběhu času může rozvinout do některých příznaků posttraumatické stresové poruchy (dále jen PTSD) (Rauvola et al., 2019). PTSD se projevuje ve třech hlavních rovinách. Mezi tyto roviny řadíme znovuprožívání události ve formě flashbacků nebo nočních můr, vyhýbaní se situacím/spouštěčům, které trauma způsobily

nebo ho připomínají (tyto spouštěče mohou být vnější i vnitřní), nadměrné nabuzení ve formě zvýšené úlekové reakce nebo ostražitosti (Vojtová, 2023). V těchto rovinách a podobným způsobem se může projevovat i sekundární traumatický stres.

Jak již bylo zmíněno, dobrovolníci v hospici mohou často zažívat utrpení pacientů a jejich rodin skrze pouhou komunikaci, případně neverbální komunikaci s nimi. Pacient například velmi trpí a o svém utrpení s dobrovolníkem hovoří, může tak de facto přenést část svého utrpení na dobrovolníka. Zdrojem sekundárního stresu může být i kontakt s rodinnými příslušníky, kteří celou situaci rovněž mohou prožívat velice těžce. V neposledním případě je zde téma umírání a truchlení, které se opět může do dobrovolníkovi psychiky promítnout (Coleman & Walshe, 2021).

4.5. Uspokojení ze soucitu

Podle oficiálního ProQOL manuálu je uspokojení ze soucitu chápáno jako *„pocit, který vychází z toho, že je pracovník schopný svou práci dělat dobře. Pracovník může například zažívat příjemný pocit, když pomáhá ostatním skrze svou práci. Může se cítit pozitivně ohledně svých kolegů nebo toho, že přispívá do pozitivní pracovní atmosféry. Pracovník může dokonce cítit, že přispívá k vyššímu dobru společnosti.“* (Hudnall Stamm B., 2010, s. 12).

Hospicovní dobrovolníci mohou dosahovat vysokého skóre na škále uspokojení ze soucitu. To může být dáno například výcvikem nebo rozvinutou self-care (Hotchkiss, 2018). Jednou z dalších možných interpretací může být, že hospicovní dobrovolníci sice svou práci považují za těžkou, ale zároveň velice přínosnou a smysluplnou. Tyto závěry nelze vztáhnout na hospicové dobrovolníky v České republice, protože v rámci České republiky pro zodpovězení této otázky nemáme dostatečná data. Mezi nejčastější aspekty, které dobrovolníci v hospicové péči zmiňují jako pozitivní nebo přínosné, patří například možnost pomáhat ostatním, pocit naplnění smyslu, autentické poznání pacienta a jeho rodiny, vlastní seberozvoj díky situacím, se kterými se dobrovolník při svém dobrovolnictví setkává, změna vnímání světa nebo možnost překonávat sám sebe a další překážky (Coleman & Walshe, 2021).

II. Empirická část

5. Cíl výzkumu

Primárním cílem výzkumu bylo prozkoumat pomocí navrženého dotazníku jakou souvislost má únava ze soucitu a uspokojení ze soucitu s tendencí k odchodu u dobrovolníků v hospicových službách v České republice. Konkrétně bylo cílem prozkoumat, jestli se mezi faktory, kvůli kterým dobrovolníci služby opouští, nevyskytuje také únava ze soucitu a uspokojení ze soucitu (ať už kvůli jejich vysokým hodnotám nebo naopak nízkým, v případě uspokojení ze soucitu).

Druhotný cíl byl převážně explorační. Cílem bylo zjistit, jakých skóre čeští dobrovolníci v hospicích ve zmíněných konstruktech dosahují. V případě, že by dobrovolníci dosahovali negativních výsledků (vysoké skóre únavy ze soucitu, nízké skóre uspokojení ze soucitu), je možné se zamyslet nad tím, proč tomu tak je. V případě kladných hodnot (nízké skóre únavy ze soucitu, vysoké skóre uspokojení ze soucitu) je možné se zamyslet, díky jakým aspektům si dobrovolníci vedou dobře a případně tyto aspekty ještě podpořit. V obou případech bude ovšem třeba dalších výzkumných prací, které budou dále prozkoumávat tento konstrukt mezi hospicovými dobrovolníky nebo dobrovolníky obecně.

5.1. Výzkumné otázky a hypotézy

V bakalářské práci byly položeny následující výzkumné otázky:

V1: Má únava ze soucitu a uspokojení ze soucitu nějakou souvislost s tendencí k odchodu dobrovolníků v hospicových službách?

V2: Jakých hodnot únavy ze soucitu a uspokojení ze soucitu dosahují čeští dobrovolníci?

Výzkumné otázky byly testovány prostřednictvím následujících hypotéz:

H1: Skóre vyhoření (compassion fatigue – burn out) bude mít pozitivní vztah se skóre tendence k odchodu.

H2: Skóre sekundární traumatický stres (compassion fatigue – secondary traumatic stress) bude mít pozitivní vztah se skóre tendence k odchodu.

H3: Skóre uspokojení ze soucitu (compassion satisfaction) bude mít negativní vztah se skóre tendence k odchodu.

6. Metodika

6.1. Výzkumný soubor

Podmínky pro vstup do výzkumu byly následovné: osoba musí být starší 18 let a zároveň musí v době vyplňování dotazníku patřit mezi aktivní dobrovolníky lůžkového nebo mobilního hospicového zařízení (případně obojí), kteří se dostávají do přímého kontaktu s pacienty.

Výzkumu se účastnilo celkem 88 osob, z toho 3 osoby byly vyřazeny v souvislosti s nedodržením podmínek pro zahrnutí do výzkumu. Konkrétně 1 osoba v době vyplňování již nebyla aktivním dobrovolníkem a 2 osoby uvedly, že pracují jako recepční v hospici a nedostávají se tedy do přímého kontaktu s pacienty. Finální soubor tedy zahrnoval 85 osob. Za pomoci programu GPower 3.1, ve kterém byla velikost účinku nastavena na 0,3, šance na alfa chyby nastavena na 0,05 a síla testu nastavena na 0,8, bylo spočítáno, že minimální počet respondentů pro provedení korelační analýzy je 84.

6.2. Měřicí nástroje

První část dotazníku zahrnovala především demografické otázky (věk, pohlaví, kraj, příjem, doba služby v hospici, doba dojezdu a jiné) a dvě otázky na tendenci k odchodu z hospicových služeb. Ze dvou otázek, které zkoumaly tendenci k odchodu, byla nakonec popsána pouze jedna, a to ta s vyšší citlivostí k rozdílům v odpovědích mezi jednotlivými respondenty. Konkrétně se jedná o otázku: „*Jak pravděpodobné je, že skončíte s dobrovolnictvím v hospicových službách v následujícím roce?*“. Demografická část dotazníku tedy obsahovala celkem 15 otázek, z toho 7 otázek bylo povinných s uzavřenou odpovědí (zaškrtnout bylo možné vždy pouze jednu variantu), 5 otevřených otázek bylo povinných a 3 otázky s otevřenou odpovědí byly nepovinné.

Pro změření únavy ze soucitu a uspokojení ze soucitu u dobrovolníků v hospicové péči byla v druhé části dotazníku použita 5. verze škály Profesionální kvality života (dále jen ProQOL 5) z roku 2010. ProQOL 5 je v anglické verzi volně přístupná. V této práci byla použita česká verze, která byla přeložena výzkumným týmem Oddělení lékařské psychologie 3. lékařské fakulty v Praze. Článek obsahující tento překlad je ovšem v procesu publikace. Oslovil jsem autory tohoto překladu, zda mohu tento překlad použít ve své bakalářské práci. Jeho užití mi bylo schváleno.

Základ škály ProQOL vytvořil prof. Charles R. Figley, Ph.D. na konci 80. let minulého století. V tuto dobu se škála jmenovala Compassion Fatigue Self Test a zaměřovala se pouze

na únavu ze soucitu. V roce 1988 začal Ch. R. Figley spolupracovat s Dr. Beth Hudnall Stamm, která v roce 1993 přidala i část zabývající se uspokojením ze soucitu, jméno škály se tedy změnilo na Compassion Satisfaction and Fatigue Test (v této době existovalo několik různých druhů škály). Později, na základně vzájemné dohody, se výhradní autorkou škály stala B. H. Stamm. Finální verze škály byla pojmenována Professional Quality of Life Scale (v češtině škála profesionální kvality života nebo také ProQOL) (Hudnall Stamm B., 2010).

Škála se skládá ze 30 položek, které měří tři odlišné konstrukty. Každý konstrukt má své vlastní měřené skóre, které má rovněž odlišnou interpretaci a může nabývat hodnot od 0 do 50. Konstrukty, které jsou škálou měřeny, jsou uspokojení ze soucitu, vyhoření a sekundární traumatický stres (vyhoření a sekundární traumatický stres mohou být také označovány pod zastřešujícím pojmem únava ze soucitu). Každá položka představuje tvrzení, na které participant může odpovědět prostřednictvím Likertovi škály, a to buď nikdy (1), málokdy (2), občas (3), často (4), velmi často (5). U některých položek je před sečtením nejprve třeba přehodit bodování (tedy 1=5, 5=1). U pěti položek bylo slovo práce zaměněno za dobrovolnictví, aby škála lépe odpovídala dané cílové skupině (jedná se o položky 8, 10, 18, 19 a 22).

Validizace česká verze ProQOL-5 dosud nebyla publikována. Ve světě ovšem existuje řada studií, které prozkoumávají validitu a reliabilitu tohoto dotazníku, a to především na vzorku zdravotních sester. Z výzkumu z Austrálie a Kanady například vyplývá, že dotazník má přijatelnou reliabilitu. Cronbachovo alfa se pohybovalo u všech subškál kolem hodnoty 0,8 (Hemsworth et al., 2018). Jiný výzkum udává rovněž Cronbachovo alfa kolem 0,85 (Heritage et al., 2018). Další výzkum ovšem upozorňuje, že se reliabilita a validita dotazníku napříč výzkumy může poněkud lišit (Keesler & Fukui, 2020).

Co se týče validity ProQOL-5 byl například porovnáván s Depression Anxiety Stress Scales (DASS). Konvergenční validity v tomto případě dosáhla pouze subškála uspokojení ze soucitu (nejhůře vyšla subškála vyhoření). Konstruktové a diskriminační validity dosáhly všechny subškály (Hemsworth et al., 2018). Podle jiného výzkumu prováděného na pracovnících v přímé péči subškály vyhoření a sekundární traumatický stres konstruktovou validitu nesplnily (Heritage et al., 2018). V oficiálním manuálu ProQOL-5 se dočteme, že autoři počítají s tím, že jednotlivé subškály měří odlišné konstrukty. Jsou si ovšem vědomi, že subškály vyhoření a sekundárního traumatického stresu sdílí značnou část variance (manuál udává kolem 34 %). Tento fakt autoři komentují tak, že subškály vyhoření a sekundárního

traumatického stresu mohou mít částečně stejné projevy tísně, ale liší se v kauzální příčině těchto projevů (Hudnall Stamm B., 2010).

Autorka oficiálního manuálu ProQOL zmiňuje, že i přesto, že škála ProQOL poskytuje poměrně spolehlivé výsledky, je vhodné prozkoumat rovněž i demografické faktory, které by do těchto výsledků potenciálně mohly zasahovat a zkreslovat je. Mezi tyto individuální faktory patří například pohlaví, věk, příjem, počet let a měsíců strávených danou činností, případně počet let a měsíců strávených danou činností pro konkrétní organizaci. Ve studii zmíněné v manuálu ProQOL sice tyto proměnné nevyšly statisticky signifikantní, autorka ale nemůže vyloučit, že v případě velice specifického vzorku by tomu nemohlo být jinak (Hudnall Stamm B., 2010). Důležité může být například i prozkoumání těžké životní události nebo obtížné situace, ve které se zkoumané osoby mohou, ale také nemusí, vyskytovat.

Celý dotazník vyplňovali respondenti na svých vlastních zařízeních prostřednictvím platformy Google Forms, ve které byl v rámci bakalářské práce dotazník vytvořen. Nebylo třeba žádného konkrétního nastavení počítače, tabletu případně mobilního telefonu.

6.3. Procedura

Výzkum probíhal formou online dotazníků. K vytvoření dotazníku byla použita platforma Google Forms. K distribuci výzkumu byly využity platformy e-mail a Facebook. Oslovení respondentů probíhalo třemi způsoby. V prvním případě byly skrze web Umírání.cz nalezeny příslušné adresy všech lůžkových a mobilních hospiců na území České republiky. Následně byl e-mail obsahující formulář týkající se výzkumu a plakát se stručným popsáním výzkumu, rozeslán jednotlivým koordinátorům dobrovolníků, případně sociálním pracovníkům lůžkových hospiců. Tito koordinátoři (případně sociální pracovníci) byli v e-mailu požádáni, aby dotazník dále rozeslali mezi své hospicové dobrovolníky. V druhém případě bylo osloveno Fórum mobilních hospiců, pod které patří mnoho mobilních hospiců v České republice. Skrze Fórum byli opět požádáni jednotliví koordinátoři dobrovolníků mobilních hospiců o sdílení dotazníku mezi své hospicové dobrovolníky. Ve třetím případě byl dotazník šířen skrz platformu Facebook. Byly nalezeny příslušné facebookové skupiny, které zahrnují dobrovolníky. V těchto skupinách byl dotazník vyvěšen i s plakátem a hospicovní dobrovolníci ho mohli sami vyplnit, případně sdílet mezi další dobrovolníky, kteří ve službách pracují. Aby se zamezilo opětovnému vyplnění dotazníků stejným respondentem (v případě, že by prosbu o vyplnění například obdržel dvakrát), bylo hned na začátku dotazníku jasně napsáno, že pokud respondent dotazník už jednou vyplnil, nemá ho vyplňovat znovu.

Po vstupu do dotazníku byl respondentům nejprve představen informovaný souhlas, který museli odsouhlasit. V opačném případě nebylo možné v dotazníku pokračovat. Následovalo několik demografických otázek (zaměřených na věk, mzdu, dobu dojezdu aj.). Ve druhé části dotazníku byly respondenti požádáni o vyplnění škály profesionální kvality života. Před odesláním a ukončením dotazníku si respondent mohl prohlédnout své výsledky v dané škále a byla mu poskytnuta interpretace jeho skóre, pokud si ji chtěl přečíst. Výzkum obsahoval rovněž otázku na zpětnou vazbu od respondentů, ať už se tato zpětná vazba týkala samotného dotazníku nebo respondent chtěl výzkumníkům sdělit něco jiného. Respondent rovněž obdržel kontakt na výzkumníky. Mohl se tedy s jakýmkoliv dotazem případně obrátit na samotné výzkumníky.

Celkový čas vyplnění dotazníku byl odhadován na 10 až 15 minut. Jak už bylo uvedeno, respondenti si na konci dotazníků mohli prohlédnout výsledky škály profesionální kvality života. Tyto výsledky pro ně mohli představovat zajímavý podnět k rozvoji, protože se dozvěděli, jestli jim test vyšel „pozitivně“ (dosahovali nižšího skóre únavy ze soucitu a vyššího skóre uspokojení ze soucitu) nebo „negativně“ (dosahovali vyššího skóre únavy ze soucitu a nižšího skóre uspokojení ze soucitu), případně některou z jiných kombinací (například vysoké skóre únavy ze soucitu, ale zároveň vysoké skóre uspokojení ze soucitu).

6.4. Statistická analýza

Vstupními daty použitými ve statistické analýze byly „demografické údaje“, skóre tendence k odchodu a výsledné skóre dotazníku ProQOL, které se dá dělit na 3 subskóre. Nejprve byla data zpracována v programu Excel. Ke statistické analýze byl následně využit program Jamovi (verze 2.3.26). Poté byla provedena explorační analýza dat. Účelem explorační analýzy bylo prozkoumání normálního rozložení a šikmosti analyzovaných dat. Použity byly i další popisné statistiky (průměr, medián, SD a jiné). Induktivní analýza proběhla pomocí korelačního matrixu. K vyhodnocení byl použit Spearmanův korelační koeficient z důvodu narušení normálního rozložení dat, které bylo testováno pomocí Shapiro-Wilkova testu. Při veškerém statistickém testování byla hladina významnosti nastavena na 0,05. K vyhodnocení dvou otevřených otázek byla použita induktivní tematická analýza (Braun & Clarke, 2019).

6.5. Etika výzkumu

Při vstupu do dotazníku byl každému respondentovi představen informovaný souhlas (bez jehož potvrzení nebylo možné ve vyplňování dotazníku pokračovat). Na začátku informovaného souhlasu byl respondentům krátce představen cíl a obsah výzkumu. Dále byly

zmíněny přínosy dané studie. Odměnou za vyplnění dotazníku bylo zjištění vlastního skóre únavy ze soucitu a uspokojení ze soucitu, které se respondent dozvěděl na konci vyplňování a obdržel i návod, jak své skóre interpretovat. V informovaném souhlasu byla rovněž zmíněna i rizika dané studie. Respondenti byli informováni o tom, že studie je zcela anonymní a bylo jim detailně popsáno, k čemu budou data využita a kde budou uchovávána. Na konci informovaného souhlasu byli respondenti seznámeni se svými právy, tedy dobrovolnou účastí a možností dotazník kdykoliv opustit. V případě, že by se vyskytl jakýkoliv problém, případně by respondent byl znepokojen svými výsledky, mohl se respondent obrátit na pisatele bakalářské práce nebo vedoucí bakalářské práce prostřednictvím e-mailových adres, které byly uvedeny na konci dotazníku. Rovněž zde byla uvedena telefonní čísla na krizové linky, na které mohl respondent zavolat.

Údaje o respondentech byly uchovávány na soukromém Google účtu zpracovatele této bakalářské práce, na heslem zabezpečeném počítači. Data nebyla sdílena s nikým mimo výzkumný tým a využita byla pouze k vyhodnocení výzkumu v rámci bakalářské práce, případně budou využita v následně publikovaném článku.

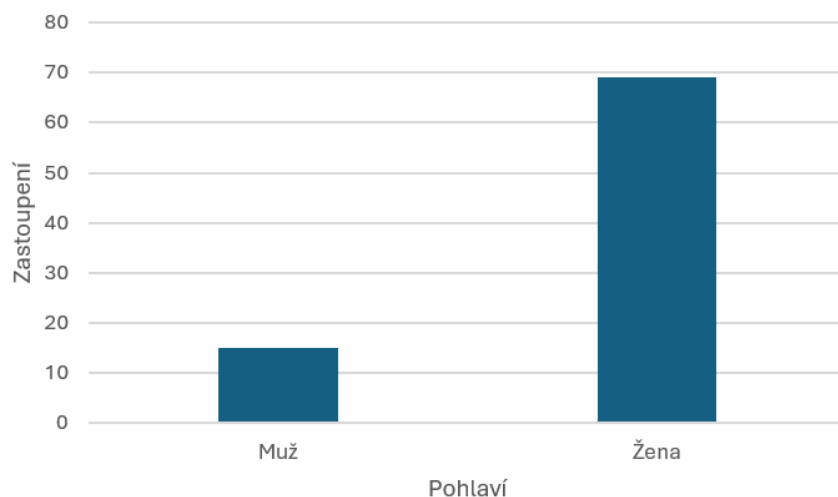
7. Výsledky

7.1. Výsledky deskriptivní statistiky

Mezi 85 zkoumanými osobami bylo 15 mužů, 71 žen a 1 osoba, která byla zařazena pod jiné (viz. Graf 1).

Graf 1

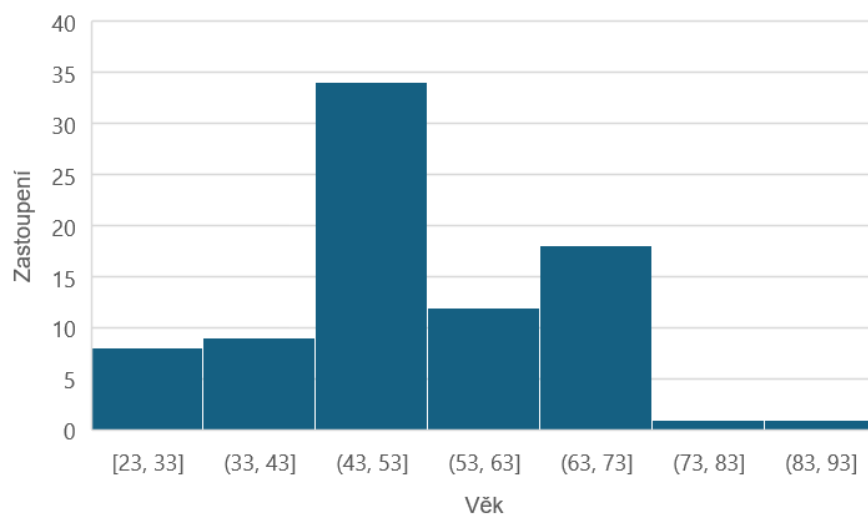
Zastoupení osob dle pohlaví



Průměrný věk byl 52 let, nejvyšší věk byl 86 let a nejnižší 23 let (viz. Graf 2). Dva participanti byli z této statistiky vyřazeni, protože odpověď buď chyběla nebo byla nesmyslná (participant uvedl, že mu je 731 let).

Graf 2

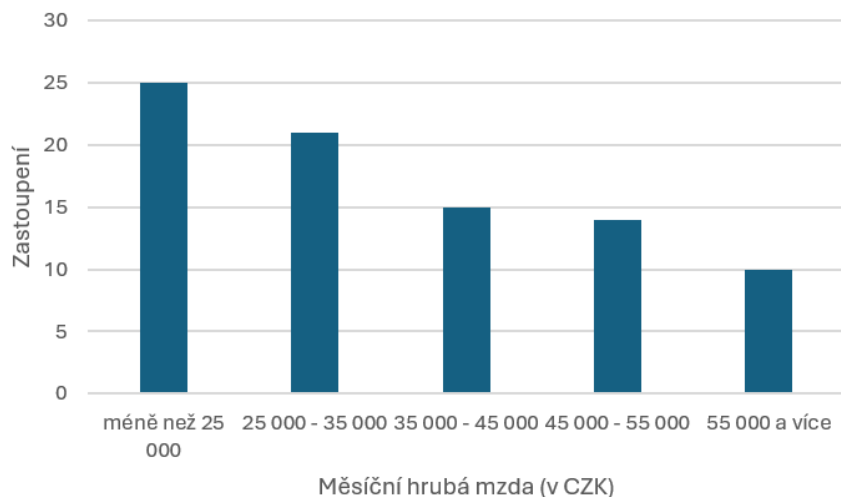
Zastoupení osob dle věku



Na otázku týkající se měsíční hrubé mzdy, mohli participantů odpovědět pomocí předem vytyčeného rozmezí. 25 uvedlo, že jejich měsíční příjmy se pohybují do 25 tisíc korun a méně, 21 uvedlo mezi 25 tisíci až 35 tisíci korun, 15 uvedlo mezi 35 tisíci až 45 tisíci korun, 14 uvedlo mezi 45 tisíci až 55 tisíci korun, 10 uvedlo 55 tisíc a více (viz. Graf 3).

Graf 3

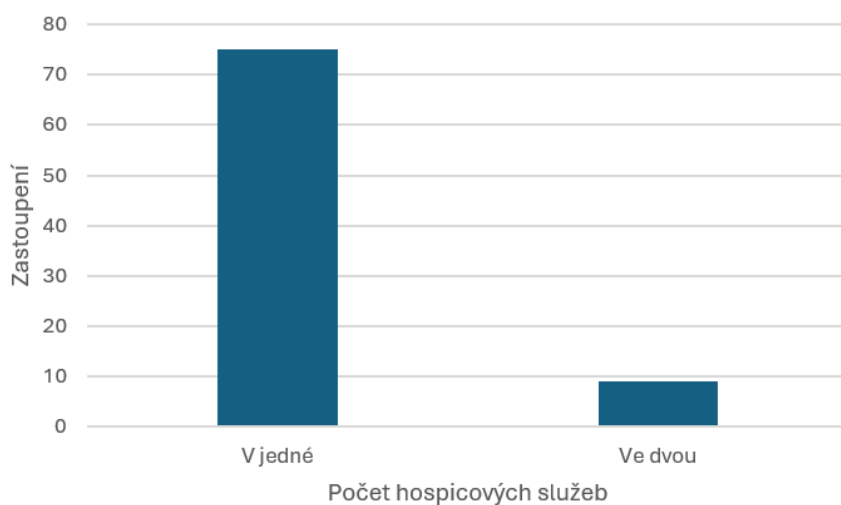
Zastoupení osob dle měsíční hrubé mzdy



76 dobrovolníků uvedlo, že dobrovolnictví vykonávají pouze v jedné hospicové službě, zbylých 9 odpovědělo, že dobrovolnictví vykonávají ve dvou hospicových službách (viz. Graf 4).

Graf 4

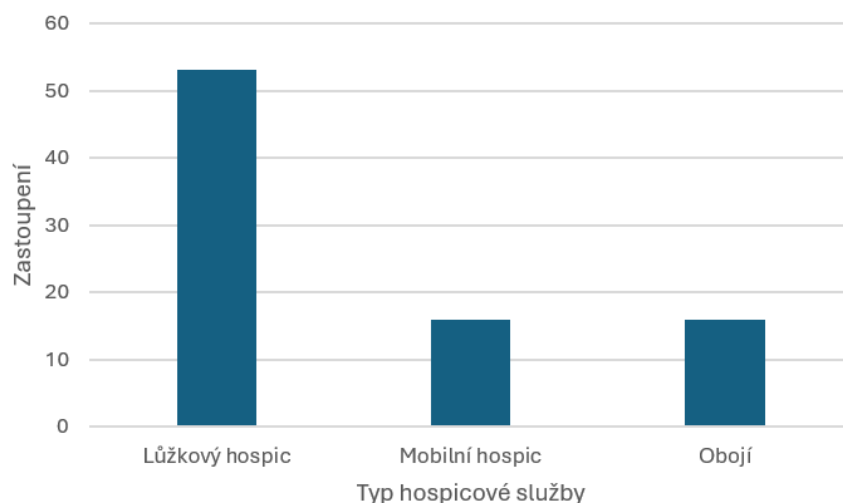
Zastoupení osob dle počtu hospicových služeb, ve kterých působí



53 dobrovolníků uvedlo, že svou službu vykonávají pouze v rámci lůžkového hospice, 16 pouze v rámci mobilního hospice a dalších 16 uvedlo obojí (tedy jak lůžkový, tak mobilní hospic). Viz. Graf 5.

Graf 5

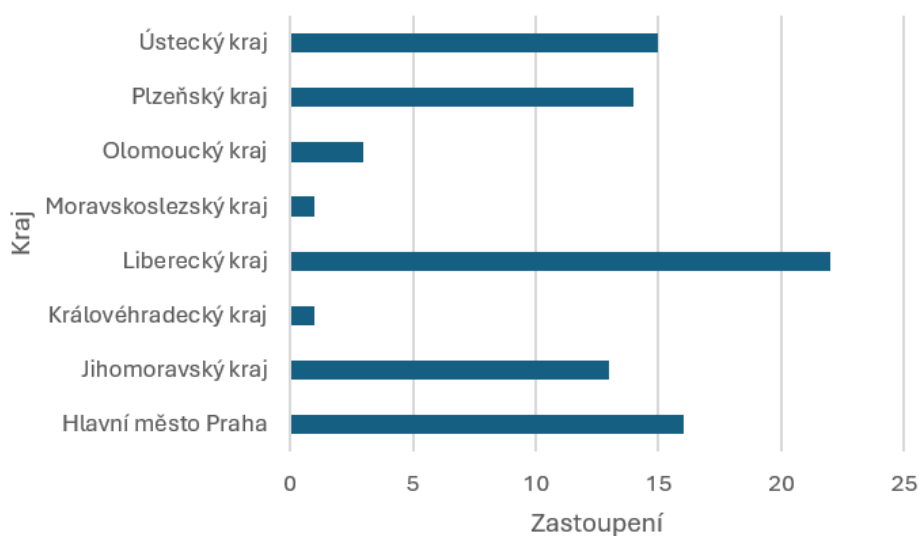
Zastoupení osob dle typu hospicové péče



Dotazníku se účastnili dobrovolníci z 8 různých krajů. Mezi tyto kraje patřilo Hlavní město Praha (16 respondentů), Plzeňský kraj (14 respondentů), Ústecký kraj (15 respondentů), Liberecký kraj (22 respondentů), Královéhradecký kraj (1 respondent), Jihomoravský kraj (13 respondentů), Olomoucký kraj (3 respondenti) a Moravskoslezský kraj (1 respondent). Viz. Graf 6.

Graf 6

Zastoupení osob dle kraje



7.2. Výsledky dotazníku ProQOL

V Tabulce 1 níže jsou uvedeny základní popisné statistiky získaných skóre dotazníku ProQOL a tendence k odchodu.

Tabulka 1

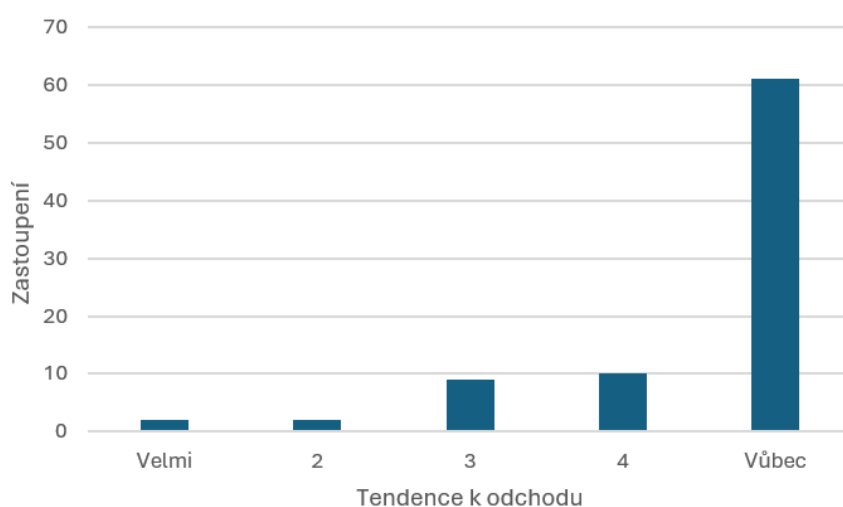
Deskriptivní statistika ProQOL a Tendence k odchodu

	Skóre uspokojení ze soucitu	Skóre vyhoření	Skóre sekundárního traumatického stresu	Tendence k odchodu
N	85	85	85	85
Průměr	41.1	22.5	18.9	1.49
Medián	42	22	18	1
Směrodatná Odchylka	5.39	2.75	4.39	0.946
Minimum	26	18	12	1
Maximum	50	30	31	5
Shapiro-Wilk p	0.087	0.003	0.003	< 0.001

Ve všech případech, až na skóre uspokojení ze soucitu, byl porušen předpoklad normality, jak je možné vidět na posledním řádku Tabulky 1. Rozložení, které je ve většině případech nenormálně rozděleno, je znázorněno v následujících histogramech. Z bližšího zkoumání histogramu můžeme u skóre tendence k odchodu (Graf 1) a sekundárního traumatického stresu (Graf 4) pozorovat pozitivní šikmost dat (viz. diskuse).

Graf 1

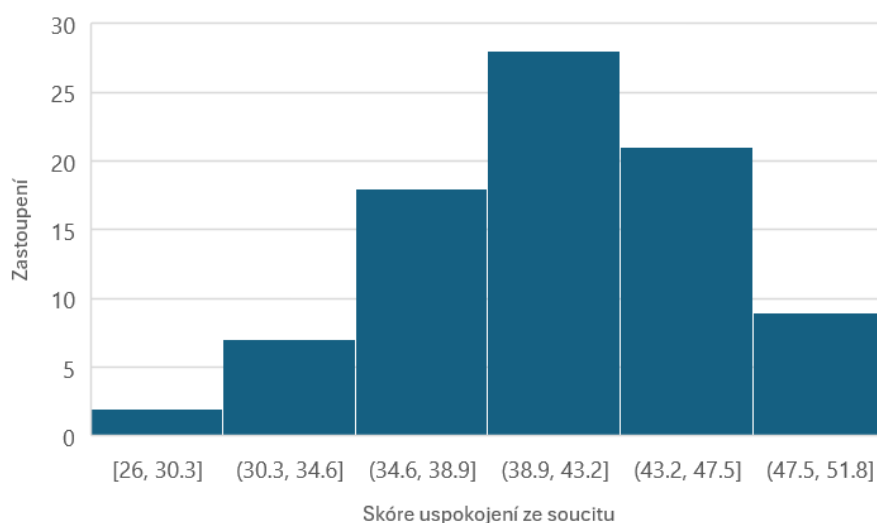
Zastoupení osob dle tendence k odchodu



Průměrné skóre uspokojení ze soucitu se u respondentů pohybovalo na velice vysoké úrovni (průměr = 42, maximální skóre, kterého respondent mohl dosáhnout bylo 50). Viz. Graf 2. U skóre uspokojení ze soucitu platí, že čím vyšší skóre uspokojení ze soucitu, tím pravděpodobněji má pracovník pozitivní vztah ke své profesi/dobrovolnictví. V oficiálním ProQOL manuálu je za kritickou hodnotu považováno skóre 23 a níže (od této hodnoty je předpokládáno, že pracovník zažívá ve své práci určité potíže, případně čerpá uspokojení z jiných sfér jeho života). Tuto kritickou hodnotu nepřekročil ani respondent s nejnižším naměřeným skóre.

Graf 2

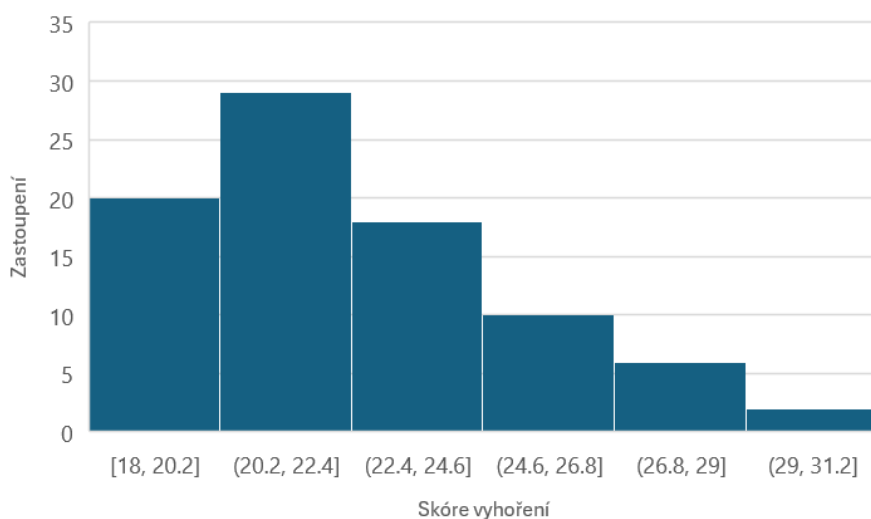
Zastoupení osob dle skóre uspokojení ze soucitu



Průměrné skóre vyhoření se u respondentů rovněž pohybovalo ve velice pozitivních hodnotách (průměr = 22,5, maximální skóre, kterého respondenti mohli dosáhnout bylo 50). Viz. Graf 3. U skóre vyhoření platí, čím nižší skóre, tím pravděpodobněji se pracovník bude cítit pozitivně ohledně svých schopností a efektivity své práce/dobrovolnictví. Za kritickou hodnotu je považováno 41 a výše (od této hodnoty se pracovník může cítit velice negativně a neefektivně ve vztahu ke své pozici v práci/dobrovolnictví). Tuto kritickou hodnotu nepřekročil ani respondent s nejvyšším naměřeným skóre.

Graf 3

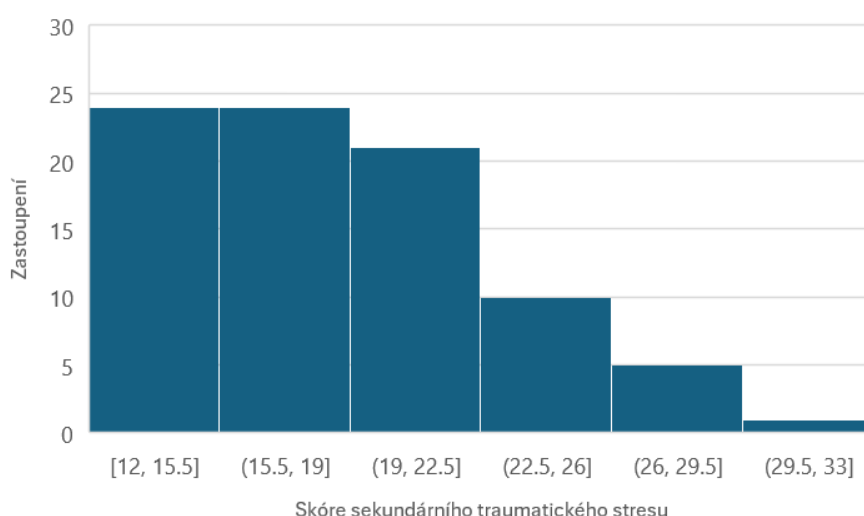
Zastoupení osob dle skóre vyhoření



Průměrné skóre sekundárního traumatického stresu se u respondentů rovněž pohybovalo ve velice pozitivních hodnotách (průměr = 18,9, maximální skóre, kterého respondenti mohli dosáhnout bylo 50). Viz. Graf 4. U skóre sekundárního traumatického stresu platí, že čím nižší skóre, tím pravděpodobněji tento stres pracovník nezažívá. Za kritickou hodnotu je považováno 43 a výše (od této hodnoty pracovník může zažívat symptomy projevující se podobným způsobem jako PTSD, může se ovšem jednat i o něco jiného). Tuto kritickou hodnotu nepřekročil ani respondent s nejvyšším naměřeným skóre.

Graf 4

Zastoupení osob dle skóre sekundárního traumatického stresu



7.3. Výsledky hypotéz

Vzhledem k narušení normality dat (viz. Tabulka 1), byl pro analýzu dat použit ve všech případech Spearmanův korelační koeficient. V případě Hypotézy 1 ve znění: „*Skóre compassion fatigue (burn out) bude mít pozitivní vztah se skóre tendence k odchodu.*“ nelze zamítnout nulovou hypotézu. Mezi skóre vyhoření a tendencí k odchodu byla nalezena nízká pozitivní korelace. Vztah mezi proměnnými ovšem není statisticky signifikantní $r_s(83) = 0,209$, $p = 0,055$. V případě Hypotézy 2 ve znění: „*Skóre compassion fatigue (secondary traumatic stress) bude mít pozitivní vztah se skóre tendence k odchodu.*“ nelze zamítnout nulovou hypotézu. Mezi skóre sekundárního traumatického stresu a tendencí k odchodu byla nalezena téměř neexistující korelace. Vztah mezi proměnnými není statisticky signifikantní $r_s(83) = 0,094$, $p = 0,39$. V případě Hypotézy 3 ve znění: „*Skóre compassion satisfaction bude mít negativní vztah se skóre tendence k odchodu.*“ lze zamítnout nulovou hypotézu. Mezi skóre uspokojení ze soucitu a tendencí k odchodu byla nalezena nízká

až střední negativní korelace. Vztah mezi proměnnými je statisticky signifikantní $r_s(83) = -0,282$, $p = 0,009$. Dále byl prostřednictvím Spearmanova korelačního koeficient testován vztah mezi skóre tendence k odchodu a dobou strávenou ve službách. Velikost vzorku se v tomto případě snížila z 85 na 82 z důvodů nejasných odpovědí respondentů. Mezi skóre tendencí k odchodu a dobou strávenou ve službách byla nalezena nízká až střední negativní korelace. Vztah mezi proměnnými je statisticky signifikantní $r_s(80) = -0,235$, $p = 0,033$.

7.4. Výsledky otevřených otázek

Za užití základních principů induktivní tematické analýzy bylo v odpovědích na otázku „*Proč jste se rozhodl/a pro dobrovolnictví v hospicových službách?*“ nalezeno 6 témat. Konkrétně se jedná o témata: seberozvoj a poznání, smysluplnost, vlastní zkušenosti, uspokojení a prospěšnost lidem, předešla činnost, poslání.

V rámci tématu seberozvoj a poznání respondenti uvedli, že je motivovalo bližší poznání hospicové péče, umírání, smrti („*abych se setkala s tématem smrti*“), seberozvoje („*je to přínosem pro osobní rozvoj*“), spirituálních potřeb („*zajímají mě spirituální potřeby umírajících*“) nebo například téma doprovázení umírajícího člověka („*zajímá mě odchod člověka z tohoto světa*“). V rámci tématu smysluplnost respondenti uvedli, že jim práce dobrovolníka dává smysl a naplňuje je („*protože tu doopravdy cítím, že dělám něco smysluplného*“). V rámci tématu vlastní zkušenosti respondenti uvedli, že se dostali do blízkosti člověka, který umíral nebo zemřel. Někteří respondenti také zmiňovali například onkologická onemocnění a vlastní zážitek poznání hospicového prostředí („*hospic mi pomohl s doprovázením a péčí o oba moje rodiče*“). V rámci tématu uspokojení a prospěšnost lidem respondenti uvedli, že dobrovolnictví vykonávají pro dobrý pocit a uspokojení z této činnosti („*mám dobrý pocit, když mohu být oporou člověku v těžké chvíli*“). Někteří respondenti také zmínili, že se díky dobrovolnictví cítí prospěšní. V rámci tématu předešla činnost respondenti uvedli, že v minulosti pracovali (nebo stále pracují) v prostředí se sociálním zaměřením, a že na tuto práci chtěli buď navázat nebo si rozšířit obzory („*hospicová péče mne oslovovala již dříve, kdy jsem roky pracovala v sociálních službách*“). V rámci tématu poslání respondenti uvedli, že dobrovolnickou činnost považují za důležitou součást svého života a cítí, že se pro tuto činnost hodí – jsou k ní do určité míry povoláni („*hodím se na tuto práci nejvíc ze všeho, co jsem dělala*“). Někteří také zmiňují, že hospic je místo „*kde si nemusí na nic hrát*“.

V odpovědích na otázku „*Co by Vám pomohlo k tomu, abyste se při výkonu dobrovolnické činnosti v hospicových službách cítil/a lépe?*“ byly nalezena 4 témata. Konkrétně se jednalo o témata nic mi nechybí a spokojenost, více informací, dojíždění a časový nápor, vzdělávání

a rozvoj. Krátce budou uvedena další témata, která byla ovšem zastoupena jen v řádu jednotek respondentů.

V rámci tématu nic mi nechybí a spokojenost respondenti uvedli, že buď neví, nic jim nechybí nebo jsou zkrátka spokojeni. V rámci tématu více informací respondenti uvedli, že by jim pomohlo, pokud by o pacientech věděli více informací. Případně by si představovali lepší komunikaci mezi dobrovolníky, zdravotnickým personálem a vedením hospicové péče (*„těsnější spolupráce a komunikace se zdravotnickým personálem hospice“*). V rámci tématu dojíždění a časový nápor respondenti uvedli, že by si přáli mít na dobrovolnictví více času, který nemají z různých důvodů. Někteří dobrovolníci se také zmínili o problémech s dojížděním (*„abych nemusela dojíždět velkou dálku. Abych mohla chodit dopoledne, kdy mám více času.“*). V rámci tématu vzdělávání a rozvoj respondenti uvedli, že by ocenili další možnosti vzdělávání, častější supervize nebo možnost nasbírání dalších zkušeností. Malá část respondentů se například zmínila o nedostatku empatie a veřejného zájmu společnosti. Zmíněn byl také nedostatek důvěry rodin umírajících. Jednotky respondentů by si přáli, aby čas strávený s umírajícím mohl trvat déle a smrt přišla později (*„aby ty úmrtí nebyly tak rychle“*).

8. Diskuse

Primárním cílem empirické části bakalářské práce bylo zjistit, jakou souvislost má únava ze soucitu a uspokojení ze soucitu s tendencí k odchodu dobrovolníků v hospicových službách. Pomocí statistické analýzy byla nalezena statisticky signifikantní slabá negativní korelace mezi skóre uspokojení ze soucitu a tendencí k odchodu. Mezi skóre vyhoření a tendencí k odchodu nebyl nalezen signifikantní vztah. Mezi skóre sekundárního traumatického stresu a tendencí k odchodu nebyl nalezen signifikantní vztah. Mezi skóre tendencí k odchodu a dobou strávenou ve službách byla nalezena nízká až střední negativní korelace. Určení kauzální příčiny a vyloučení intervenujících/nežádoucích proměnných zůstává předmětem dalšího zkoumání.

Z výsledků je možné se domnívat, že dobrovolníci v hospicové péči, kteří dosahují vyššího skóre uspokojení ze soucitu, pocítují také menší touhu tyto služby opustit. Skóre vyhoření a sekundárního traumatického stresu s tendencí k odchodu nesouviselo. To může být ovšem dáno tím, že respondenti dosahovali celkově nízkých hodnot vyhoření a sekundárního traumatického stresu. Může to také souviset s dobou strávenou ve službách. Konkrétně čím déle dobrovolník působí v dané službě, tím menší tendenci k odchodu může pocítovat. Z výsledků je zřejmé, že nejvíce respondentů se pohybovalo v rozmezí 2 až 3 let doby strávené ve službě. Jedná se tedy o respondenty, kteří nejsou ve službách noví a mohou už být lépe přizpůsobeni. Je třeba zmínit, že se jedná o subjektivní interpretaci autora bakalářské práce. Pro ověření těchto domněnek by bylo třeba dalšího výzkumu.

Jak bylo uvedeno, průměrně dosahovali respondenti na škále ProQOL velice pozitivních hodnot, které mohou svědčit o dobrém vztahu dobrovolníků k samotnému dobrovolnictví a organizaci, pod kterou dobrovolnictví vykonávají. Při interpretaci dat je ovšem nutné si být vědom limitů, které mohou zkreslovat výsledná data.

Zahraniční studie se zmiňují o pozitivním dopadu seberozvoje, poznání, smysluplnosti, poslání a dobrého pocitu na dobrovolníky v hospicovém prostředí (Scott et al., 2021). Tato bakalářská práce dochází k podobným závěrům v oblasti motivace dobrovolníků. Na základě tematické analýzy byly identifikovány možné příčiny motivace, mezi něž patří seberozvoj a poznání, smysluplnost, vlastní zkušenost, dobrý pocit, předešlá činnost nebo poslání.

K lepšímu pocitu při vykonávání dobrovolnictví by respondentům pomohlo především více informací, snížení času dojezdu a časového náporu, vzdělávání a rozvoj. I zde můžeme vidět určitou shodu se zahraničními výzkumy. Coleman a Walshe (2021) například zmiňují, že možným úskalím dobrovolnické činnosti v hospici může být málo informací o pacientovi

s nedostatečným předstihem nebo například dojíždění. Je třeba uvést, že bakalářská práce se nezaměřuje primárně na otázku motivace ani na možnosti zlepšení dobrovolnické zkušenosti. K potvrzení těchto závěrů by tedy bylo třeba dalšího výzkumu.

Žádná z předešlých studií nesrovnávala hodnoty škály ProQOL s tendencí k odchodu u dobrovolníků z hospicových služeb. Z předešlých studií ovšem můžeme pozorovat proměnné, které jsou často s odchodem dobrovolníků spojovány. Hayslip (2021) například s odchodem spojuje vyšší úzkost ze smrti a umírání, vyšší sklon k vyhoření. V kontextu škály ProQOL by smrt a umírání mohly souviset se sekundárním traumatickým stresem a sklon k vyhoření se skóre vyhoření. Hypotézy ovšem nevyšly signifikantně, není tedy možné podpořit předešlé studie.

Většina předchozích výzkumů se zaměřila převážně na první měsíce až rok strávené v hospicových službách (Claxton-Oldfield & Claxton-Oldfield, 2012). S ohledem na průměrnou délku služby respondentů (kolem 2 až 3 let) se bakalářská práce orientuje spíše na delší časový rámec a zkoumá zkušenost dobrovolníků, kteří jsou ve službách již delší dobu.

8.1. Limity

Mezi limity výzkumu můžeme v první řadě zařadit způsob distribuce dotazníku, který probíhal pouze online formou. Tato forma distribuce může být náchylná k samovýběru nebo také sebezařazení (anglicky self-selection), které se projevují tím, že na dotazník odpoví pouze určitá část lidí, která projevuje větší tendence k vyplnění dotazníku. Je tedy například možné se domnívat, že jedinci, kteří by v dotazníku dosahovali negativnějších hodnot se ho spíše nezúčastní než ti, kteří dosahují hodnot pozitivních. V souvislosti s online prostředím je na místě zmínit, že na dotazník mohli odpovědět i lidé, kterým dotazník nebyl vysloveně určen (ačkoliv podmínky účasti na výzkumu byly v dotazníku jasně vymezeny).

Dále je třeba zmínit zkreslení, které může způsobovat samotná volba vzorku. Průměrná doba dobrovolnictví ve službách byla 38 měsíců (3,5 let), modus 24 měsíců (2 roky), useknutý průměr po odstranění 25 % nejextrémnějších hodnot byl 30,5 měsíců (2,5 let). Jak už bylo uvedeno, z výzkumů můžeme pozorovat, že téměř polovina dobrovolníků odchází z hospicových služeb v rámci prvního roku služby (Claxton-Oldfield & Claxton-Oldfield, 2012). Je možné, že zde pozorujeme klam přeživších (anglicky survivorship bias). Jinými slovy, dobrovolníci, kteří by dosahovali ve škále ProQOL negativního skóre, už ve službách touto dobou nepracují.

Další možný limit představuje již zmíněná pozitivní šikmost dat tendence k odchodu. V tomto případě se může jednat i o efekt podlahy. Jinak řečeno, škála je málo senzitivní vůči slabším hodnotám. Je třeba zmínit, že odpověď na otázku „*Jak pravděpodobné je, že skončíte s dobrovolnictvím v hospicových službách v následujícím roce?*“ mohla být lépe definována (střední hodnoty v odpovědi byly definovány pouze jako 2,3,4).

Jako poslední bude zmíněn limit samotné škály ProQOL, která byla původně vyvinuta pro pracovníky v pomáhajících profesích (primárně pro sociální pracovníky, zdravotní personál, krizové pracovníky nebo například učitele), je tedy možné, že při užití této škály u dobrovolníků může docházet ke zkreslení. Tato škála byla rovněž vytvořena a používána mimo ČR - nemusí tedy být uzpůsobena parametrům české populace.

9. Závěr

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo popsat pojem dobrovolnictví, paliativní péče, hospicové péče, uspokojení ze soucitu a únavy ze soucitu. Primárním cílem empirické části bylo zjistit, jakou souvislost má únava ze soucitu a uspokojení ze soucitu s tendencí k odchodu u dobrovolníků v hospicových službách. Sekundárním cílem empirické části bylo prozkoumat, jakých skóre dobrovolníci v hospicové službě dosahují.

Celkově byla nalezena statisticky signifikantní slabá negativní korelace mezi skóre uspokojení ze soucitu a tendencí k odchodu. Mezi skóre vyhoření a tendencí k odchodu nebyl nalezen signifikantní vztah. Mezi skóre sekundárního traumatického stresu a tendence k odchodu nebyl nalezen signifikantní vztah. Mezi skóre tendence k odchodu a dobou strávenou ve službách byla nalezena nízká až střední negativní korelace. Průměrně dosahovali respondenti na škále ProQOL velice pozitivních hodnot, a to jak ve skórech uspokojení ze soucitu, tak i únavy ze soucitu. Prostřednictvím tematické analýzy bylo mezi odpověďmi na otevřené otázky identifikováno několik společných témat.

Výsledky bakalářské práce přispívají k objasnění souvislosti mezi únavou ze soucitu a upokojením ze soucitu s tendencí k odchodu u dobrovolníků v hospicových službách. Výsledky také nastiňují, jakých hodnot čeští dobrovolníci pracující v hospicových službách dosahují. Bakalářská práce by mohla podnítit další zájem o dobrovolníky pohybující se v hospicové péči a přispět k dalšímu zlepšení hospicového prostředí. Další výzkumy by se mohly zaměřit především na zjištění kauzálního vztahu mezi zkoumanými proměnnými. Rovněž by mohlo být přínosné prozkoumat téma odchodu dobrovolníků a dobrovolnickou zkušenost prostřednictvím longitudinální studie. Detailněji je možné se zaměřit také na oblast motivace dobrovolníků a možnosti zlepšení jejich zkušeností.

Reference

- Amedisys. (2023). *What to Expect as a Hospice Volunteer*.
<https://resources.amedisys.com/what-to-expect-as-a-hospice-volunteer>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597.
<https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Butcher, J., & Einolf, C. J. (2017). Volunteering: A Complex Social Phenomenon. In J. Butcher & C. J. Einolf (Ed.), *Perspectives on Volunteering* (s. 3–26). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-39899-0_1
- Bužgová, R. (2015). *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: Potřeby, hodnocení, kvalita života*. Grada.
- Cavanagh, N., Cockett, G., Heinrich, C., Doig, L., Fiest, K., Guichon, J. R., Page, S., Mitchell, I., & Doig, C. J. (2020). Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Ethics*, 27(3), 639–665.
<https://doi.org/10.1177/0969733019889400>
- Cesta domů (2024). *Domáci hospic*. <https://www.cestadomu.cz/domaci-hospic>
- Cesta domů. (2016). *Dobrovolník v přímé péči*. <https://www.cestadomu.cz/dobrovolnik-v-prime-peci>
- Cesta domů. (2024). *Dobrovolníci*. <https://www.cestadomu.cz/dobrovolnici>
- Claxton-Oldfield, S. (2016). Hospice Palliative Care Volunteers: A Review of Commonly Encountered Stressors, How They Cope With them, and Implications for Volunteer Training/Management. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 33(2), 201–204. <https://doi.org/10.1177/1049909115571545>
- Claxton-Oldfield, S., & Claxton-Oldfield, J. (2008). Keeping hospice palliative care volunteers on board: Dealing with issues of volunteer attrition, stress, and retention. *Indian Journal of Palliative Care*, 14(1), 30. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.41933>

Claxton-Oldfield, S., & Claxton-Oldfield, J. (2012). Should I Stay or Should I Go: A Study of Hospice Palliative Care Volunteer Satisfaction and Retention. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*[®], 29(7), 525–530. <https://doi.org/10.1177/1049909111432622>

Coleman, H., & Walshe, C. (2021). What are the Emotional Experiences of Being a Volunteer in Palliative and End-of-Life Care Settings? A Systematic Review and Thematic Synthesis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(3), e232–e247. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.02.025>

Edú-Valsania, S., Laguía, A., & Moriano, J. A. (2022). Burnout: A Review of Theory and Measurement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1780. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031780>

Frič, P., & Pospíšilová, T. (2010). *Vzorce a hodnoty dobrovolnictví v české společnosti na začátku 21. Století*. Agnes : Hestia.

Hayslip, B., Sethi, A., Pinson, M. W., & Carpenter, C. (2021). Predicting Attrition Among Hospice Volunteers. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 84(1), 289–306. <https://doi.org/10.1177/0030222819889830>

Hemsworth, D., Baregheh, A., Aoun, S., & Kazanjian, A. (2018). A critical enquiry into the psychometric properties of the professional quality of life scale (ProQol-5) instrument. *Applied Nursing Research*, 39, 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.09.006>

Heritage, B., Rees, C. S., & Hegney, D. G. (2018). The ProQOL-21: A revised version of the Professional Quality of Life (ProQOL) scale based on Rasch analysis. *PLOS ONE*, 13(2), e0193478. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193478>

Hölblingová Martina. (13.12.2014). *Chcete se stát dobrovolníkem v hospici?* ADRA. <https://adra.cz/jak-pomahame/dobrovolnictvi/frydek-mistek/aktualita/chcete-se-stat-dobrovolnikem-v-hospici/>

Hospic Anežky České. (2023). *Dobrovolníci hospice*. <https://www.hospic.cz/dobrovolnici.html>

Hotchkiss, J. T. (2018). Mindful Self-Care and Secondary Traumatic Stress Mediate a Relationship Between Compassion Satisfaction and Burnout Risk Among Hospice Care

Professionals. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 35(8), 1099–1108.
<https://doi.org/10.1177/1049909118756657>

Hudnall Stamm, B. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. Proqol.org.

Izzo, E., & Miller, V. C. (2019). *Předané trauma: Druhotný traumatický stres, zprostředkovaný šok : jak pomoci sobě a druhým* (E. Klimentová, Přel.; 1. vydání). Stanislav Juhaňák - Triton.

Jo, M., Na, H., & Jung, Y.-E. (2020). Mediation Effects of Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue in the Relationships Between Resilience and Anxiety or Depression Among Hospice Volunteers. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 22(3), 246–253.
<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000640>

Kates, J., Gerolamo, A., & Pogorzelska-Maziarz, M. (2021). The impact of COVID-19 on the hospice and palliative care workforce. *Public Health Nursing*, 38(3), 459–463.
<https://doi.org/10.1111/phn.12827>

Kavalieratos, D., Corbelli, J., Zhang, D., Dionne-Odom, J. N., Ernecoff, N. C., Hanmer, J., Hoydich, Z. P., Ikejiani, D. Z., Klein-Fedyshin, M., Zimmermann, C., Morton, S. C., Arnold, R. M., Heller, L., & Schenker, Y. (2016). Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 316(20), 2104.
<https://doi.org/10.1001/jama.2016.16840>

Keesler, J. M., & Fukui, S. (2020). Factor structure of the professional quality of life scale among direct support professionals: Factorial validity and scale reliability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 64(9), 681–689. <https://doi.org/10.1111/jir.12766>

Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení* (Vyd. 1). Grada.

Lachance, E. L. (2021). COVID-19 and its Impact on Volunteering: Moving Towards Virtual Volunteering. *Leisure Sciences*, 43(1–2), 104–110.
<https://doi.org/10.1080/01490400.2020.1773990>

Ministerstvo vnitra České republiky (31.5. 2022). *V Česku je na 1,5 milionu dobrovolníků, jejich činnost má hodnotu až 38 miliard*. <https://www.mvcr.cz/clanek/v-cesku-je-na-1-5-milionu-dobrovolniku-jejich-cinnost-ma-hodnotu-az-38-miliard.aspx>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (15. 2. 2022). *Paliativní péče v nemocnicích má své Standardy*. <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/paliativni-pece-v-nemocnicich-ma-sve-standardy/>

Montross-Thomas, L. P., Scheiber, C., Meier, E. A., & Irwin, S. A. (2016). Personally Meaningful Rituals: A Way to Increase Compassion and Decrease Burnout among Hospice Staff and Volunteers. *Journal of Palliative Medicine*, 19(10), 1043–1050. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0294>

Munzarová, M. (2005). *Eutanazie, nebo paliativní péče?* (Vyd. 1). Grada.

Pešek, R., & Praško, J. (2016). *Syndrom vyhoření: Jak se prací a pomáháním druhým nezničit* (Vydání první). Pasparta.

Rauvola, R. S., Vega, D. M., & Lavigne, K. N. (2019). Compassion Fatigue, Secondary Traumatic Stress, and Vicarious Traumatization: A Qualitative Review and Research Agenda. *Occupational Health Science*, 3(3), 297–336. <https://doi.org/10.1007/s41542-019-00045-1>

Rohwetter, A. (2022). *Únava ze soucitu: Jak předcházet vyčerpání v pomáhajících profesích* (K. Prešlová, Přel.; Vydání první). Portál.

Scott, R., Goossensen, A., Payne, S., & Peltari, L. (2021). What it means to be a palliative care volunteer in eight European countries: A qualitative analysis of accounts of volunteering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(1), 170–177. <https://doi.org/10.1111/scs.12832>

Sláma, O., & Kabelka, L. (2022). *Paliativní medicína pro praxi* (Třetí, přepracované a rozšířené vydání). Galén.

St Christopher's. (2024). *Community Peer Supporter. Could you help our community by hosting supportive groups?* https://www.stchristophers.org.uk/volunteer_role/community-peer-supporter/

St Christopher's. (2024). *Patient & Visitor Support Volunteer*. https://www.stchristophers.org.uk/volunteer_role/patient-visitor-support-volunteer/

STEM/MARK. (2013). *Umírání a péče o nevyléčitelně nemocné II*. <https://www.umirani.cz/sites/default/files/2023-04/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>

Tomeš, I., Dragomirecká, E., Sedlářová, K., & Vodáčková, D. (2015). *Rozvoj hospicové péče a její bariéry* (Vydání první). Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum.

Tošner, Jiří., & Sozanská, O. (2006). *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích* (Vydání druhé). Portal.

Venglářová, M. (2011). *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing* (1. vyd). Grada.

Venice Family Clinic (2021). *Emotional Effects of Secondary & Vicarious Trauma of Medical Clinicians*. <https://venicefamilyclinic.org/street-medicine/taking-social-medicine-to-the-unsheltered/provider-self-care-and-related-topics/emotional-effects-of-secondary-and-vicarious-trauma-of-medical-providers/>

Vojtová, H. (2023). *Trauma a disociace: Bolest vnitřního rozdělení* (D. Pilařová, Přel.; Vydání první). Portál.

Volandes, A. E., & Kapsová, L. (2015). *Umění rozhovoru o konci života* (1. vydání). Cesta domů.

Walshe, C., Garner, I., Dunleavy, L., Preston, N., Bradshaw, A., Cripps, R. L., Bajwah, S., Sleeman, K. E., Hocaoglu, M., Maddocks, M., Murtagh, F. E., Oluyase, A. O., Fraser, L. K., & Higginson, I. J. (2021). Prohibit, Protect, or Adapt? The Changing Role of Volunteers in Palliative and Hospice Care Services During the COVID-19 Pandemic. A Multinational Survey (Covpall). *International Journal of Health Policy and Management*, 1. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.128>

World Health Organization. (5.8. 2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Zákon č. 198/2002 Sb. ze dne 24. dubna 2002 o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů [zákon o dobrovolnické službě], Sb ČR § 2-4 Částka 82 (2003, 1.1.).

<https://www.aspi.cz/products/lawText/1/53459/158/2/zakon-c-198-2002-sb-o-dobrovolnicke-sluzbe-a-o-zmene-nekterych-zakonu-zakon-o-dobrovolnicke-sluzbe/zakon-c-198-2002-sb-o-dobrovolnicke-sluzbe-a-o-zmene-nekterych-zakonu-zakon-o-dobrovolnicke-sluzbe>

Seznam příloh

Příloha 1: Informovaný souhlas

Příloha 2: Dotazník pro dobrovolníky

Příloha 3: Poster k bakalářské práci

Přílohy

Příloha 1 – Informovaný souhlas

Souvislost únavy ze soucitu s tendencí k odchodu u dobrovolníků v hospicových službách

Vyplňování dotazníku by mělo trvat 10-15 minut. Je určen pouze pro dobrovolníky hospicových služeb ve věku nad 18 let. Pokud jste dotazník již jednou vyplňovali, nevyplňujte ho znovu.

Informovaný souhlas

Tento dokument zahrnuje základní informace týkající se výzkumu, jehož se právě účastníte. Výzkum se zabývá souvislostí mezi únavou ze soucitu a tendencí k odchodu u dobrovolníků v hospicových službách. Výzkum provádí David Lamač pod vedením Mgr. Karolíny Vlčkové, Ph.D. pod Filozofickou fakultou Univerzity Karlovy. V případě jakýchkoli dotazů nás neváhejte prosím kontaktovat: lamacdavid@seznam.cz

Cíl a obsah výzkumu

Výzkum, jehož se máte zúčastnit, se týká zkoumání souvislosti mezi únavou ze soucitu a tendencí k odchodu u dobrovolníků v hospicových službách. Při výzkumu budete požádáni o vyplnění základních osobních informací (pohlaví, věk, měsíční příjem a jiné) a vyplnění dotazníku Škály kvality profesního života (dále jen ProQOL), který zkoumá samotnou únavu ze soucitu.

Obecné přínosy

Přínosem Vaší účasti je, že pomůžete k řešení a prozkoumání únavy ze soucitu u dobrovolníků v hospicových službách.

Přínosy pro Vás

Vaším osobním přínosem bude zjištění Vašeho osobního skóre v dotazníku ProQOL, který se Vám ukáže na konci dotazníku. Jinými slovy se dozvíte, jak jste na tom Vy sami s únavou ze soucitu.

Rizika

Výzkumné šetření nepřináší žádná rizika vyšší než běžné užívání internetu či moderních technologií, tj. mobilního telefonu a počítače. Během výzkumu budeme sbírat některé Vaše osobní údaje (pohlaví, věk, měsíční příjem a jiné) a data z dotazníku ProQOL. Vaše osobní údaje budou uchovávány na soukromém Google účtu, na heslem zabezpečeném počítači. Vaše osobní údaje nebudou sdělovány nikomu mimo výzkumný tým a využijí se pouze pro vyhodnocení výzkumu. Výsledky budou prezentovány a publikovány způsobem, který neumožňuje identifikaci jednotlivých osob.

Vaše práva

Účast ve výzkumu není povinná a můžete ji kdykoli před koncem odmítnout nebo ukončit.

Příloha 2 – Dotazník pro dobrovolníky

Demografické otázky

Kolik Vám je let?

Jaké je Vaše pohlaví?

- Muž
- Žena
- Jiné

Jaká je Váš měsíční hrubá mzda v korunách?

- Méně než 25 000
- 25 000 – 35 000
- 35 000 – 45 000
- 45 000 – 55 000
- 55 000 a více

V kolika hospicových službách jste aktuálně dobrovolníkem?

Dobrovolničíte v mobilním nebo lůžkovém hospici?

- Mobilní hospic
- Lůžkový hospic
- Obojí

V jakém kraji v rámci hospicového dobrovolnictví působíte?

- Hlavní město Praha
- Středočeský kraj
- Jihočeský kraj
- Plzeňský kraj
- Karlovarský kraj
- Ústecký kraj
- Liberecký kraj
- Královéhradecký kraj
- Pardubický kraj
- Kraj Vysočina
- Jihomoravský kraj
- Olomoucký kraj
- Zlínský kraj
- Moravskoslezský kraj

Jak dlouho jste aktivním dobrovolníkem v hospicových službách? (V měsících)

Kolik času v průměru strávíte měsíčně dobrovolnictvím v hospicových službách? (Hodiny)

Kolik času Vám průměrně zabere cesta na místo, kde vykonáváte svou dobrovolnickou činnost?
(Minuty)

Jak pravděpodobné je, že skončíte s dobrovolnictvím v hospicových službách v následujícím roce?

- Velmi
- 2
- 3
- 4
- Vůbec

Pokud by Vás nikdo nenutil k odchodu, myslíte, že budete v dobrovolnictví v hospicových službách pokračovat...

- dalších 6 měsíců.
- dalších 7 až 12 měsíců.

- více jak 12 měsíců.

Zažil/a jste v posledním roce nebo zažíváte v současnosti nějakou těžkou událost/životní situaci (např. rozchod/rozvod, smrt blízké osoby, vážné onemocnění/nehoda)?

- Ano
- Ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděli "Ano", uveďte, o jakou událost se jedná. (Tato otázka není povinná)

Proč jste se rozhodl/a pro dobrovolnictví v hospicových službách?

Co by Vám pomohlo k tomu, abyste se při výkonu dobrovolnické činnosti v hospicových službách cítil/a lépe?

Dotazník ProQOL

Níže je uvedeno několik tvrzení, která se týkají Vašich zkušeností, ať už pozitivních nebo negativních, jako dobrovolníka v *[pomáhající profesi]*. Zvažte každé z nich ve vztahu k Vám a k Vaší dobrovolnické situaci. Vyberte možnost, které pravdivě odráží, jak často jste tyto věci zažíval(a) během *posledních 30 dnů*.

1 = Nikdy 2 = Málokdy 3 = Občas 4 = Často 5 = Velmi často

1	Jsem šťastný(á).
2	Příliš se zaměstnávám myšlenkami na lidi, kterým pomáhám.
3	Uspokojuje mě, že jsem schopen(a) [pomoci] druhým lidem.
4	Cítím, že mám k druhým lidem blízko.
5	Lekám se při nečekaných zvucích.
6	Práce s lidmi, kterým pomáhám, mě nabíjí.
7	Je pro mě obtížné oddělit svůj osobní život od profesního (v pomáhající profesi).
8	Nejsem v dobrovolnictví tolik produktivní, jelikož špatně spím kvůli traumatizujícím zážitkům osob, kterým pomáhám.

9	Myslím si, že jsem mohl/a být ovlivněn/a traumatickým stresem těch, kterým [pomáhám].
10	Kvůli svému dobrovolnictví v [pomáhající] profesi se cítím být v pasti.
11	Kvůli svému [pomáhání] jsem se cítil(a) být vystresovaná ohledně různých věcí.
12	Mám rád/a svou práci v [pomáhající] profesi.
13	Kvůli traumatizujícím zážitkům lidí, kterým pomáhám, se cítím depresivně.
14	Cítím se, jako bych prožíval/a psychické trauma někoho, komu jsem [pomohl/a].
15	Mám své hodnoty a postoje, které mě drží pohromadě.
16	Jsem spokojený/á s tím, jak jsem schopen/a dodržovat doporučené postupy (v pomáhající profesi).
17	Jsem osobou, jakou jsem vždy chtěl/a být.
18	Mé dobrovolnictví mě uspokojuje.
19	Cítím se vyčerpaně kvůli svému dobrovolnictví (v pomáhající profesi).
20	Mám radostné myšlenky a pocity týkající se těch, kterým [pomáhám] a z toho, jak bych pomoci mohla.
21	Cítím se zahlcen/a, protože moje pracovní vytížení se zdá být nekonečné.
22	Věřím, že prostřednictvím svého dobrovolnictví mohu udělat změnu.
23	Vyhýbám se určitým aktivitám, nebo situacím, protože mi připomínají děsivé zážitky lidí, kterým [pomáhám].
24	Jsem hrdý/á na to, co dokážu udělat, abych pomohl/a.
25	Kvůli své pomáhající profesi mám vtíravé a děsivé myšlenky.
26	Cítím se „uvíznutý/á“ v systému.
27	Myslím si, že jako pracovník/pracovnice v [pomáhající] profesi jsem úspěšný/á.

28	Obtížně si vybavuji důležité aspekty své práce s traumatizovanými jedinci
29	Jsem velmi pečující osoba.
30	Jsem šťastný/á, že jsem si vybral/a tuto práci.

Vaše výsledky

Pokud si výsledky číst nechce, stačí sjet na konec této stránky a kliknout na tlačítko odeslat.

Skóre uspokojení ze soucitu (klíč k vyhodnocení)

- 22 a níž – nízký stupeň uspokojení ze soucitu
- 23 až 41 – střední stupeň uspokojení ze soucitu
- 42 a výš – vysoký stupeň uspokojení ze soucitu

Skóre vyhoření (klíč k vyhodnocení)

- 22 a níž – nízký stupeň vyhoření
- 23 až 41 – střední stupeň vyhoření
- 42 a výš – vysoký stupeň vyhoření

Skóre sekundárního traumatického stresu (klíč k vyhodnocení)

- 22 a níž – nízký stupeň sekundárního traumatického stresu
- 23 až 41 – střední stupeň sekundárního traumatického stresu
- 42 a víc – vysoký stupeň sekundárního traumatického stresu

Podrobnější interpretace Vašeho skóre a oficiální manuálu ProQOL

Dotazník ProQOL se nepoužívá k určení diagnózy. Skóre, které Vám v dotazníku vyšlo, je čistě orientační a je třeba s ním takto zacházet. Vaše situace může být ovlivňována mnoha aspekty (nálada, prostředí atd.), se kterými dotazník nepočítá. Pokud Vám tedy nevyšly příliš pozitivní výsledky neznamená to, že nutně trpíte únavou ze soucitu.

Únava ze soucitu je kombinací vyhoření a sekundárního traumatického stresu. Uspokojení ze soucitu je protipólem únavy ze soucitu. Pokud je ho tedy málo, k únavě ze soucitu jste náchylnější.

Uspokojení ze soucitu

Uspokojení ze soucitu je uspokojení, které vám přináší to, že můžete dobře vykonávat svou práci.

Potěšení pro Vás například může znamenat pomáhat druhým skrz vaši práci. Můžete mít pozitivní pocit ze svých kolegů nebo z Vaší schopnosti pozitivně přispívat k pracovnímu prostředí či dokonce k většímu prospěchu společnosti.

Vyšší skóre na této škále představují větší spokojenost spojenou s vaší schopností být efektivním pečovatelem ve vaší práci. Pokud se pohybujete ve vyšším rozmezí, pravděpodobně Vám vaše pozice přináší značnou míru profesního uspokojení.

Pokud je vaše skóre nižší než 23 bodů, je možné, že se ve vaší práci vyskytují buď problémy, nebo nějaké jiné důvody, které by vás mohly ovlivnit.

Vyhoření

Vyhoření je spjato s pocitem bezmocnosti a těžkostmi spojenými s vykonáváním Vaší práce efektivně. Tyto negativní pocity mají většinou postupný nástup. Mohou reflektovat pocit, že Vaše práce a Vaše úsilí nic nezmění a jsou tedy zbytečné. Mohou také reflektovat pracovní přetížení nebo málo podporující pracovní prostředí.

Pokud je vaše skóre nižší než 23, odráží to pravděpodobně pozitivní pocity ohledně Vaší schopnosti být v práci efektivní.

Pokud je vaše skóre vyšší než 41, možná byste se měli zamyslet nad tím, co ve Vás v práci vyvolává pocit, že nejste efektivní ve své pozici. Vaše skóre může odrážet vaši náladu; možná jste měli "špatný den" nebo jste potřebovali nějaké volno. Pokud vysoké skóre přetrvává nebo pokud odráží jiné starosti, může to být důvod k obavám.

Sekundární traumatický stres

Sekundární traumatický stres se týká druhotného vystavení extrémní traumatické stresové situaci. Tento efekt je poměrně vzácný, ale může se vyskytnout u pracovníků pomáhajících profesí, kteří se mohou setkat s extrémně stresujícími situacemi svých pacientů. Pracovníci mohou například opakovaně slyšet pacienty mluvit o traumatických událostech z jejich života. Pokud někomu někdo umře, jedná se o primární vystavení traumatické události. Pokud Vám ale někdo říká o smrti svých blízkých, už se jedná o sekundární vystavení. Symptomy mají obvykle rychlý nástup a jsou spojeny s konkrétní situací. Mezi symptomy může patřit pocit obavy, nemožnost usnout, vracející se myšlenky na danou událost nebo vyhýbaní se událostem, které by Vám ji připomínaly.

Pokud je vaše skóre vyšší než 41, možná byste se měli zamyslet nad tím, co vás v práci může děsit nebo zda existuje nějaký jiný důvod pro zvýšené skóre. Vyšší skóre sice neznamená, že máte problém, ale je známkou toho, že byste měli prozkoumat, jak se cítíte ve své práci a jak se cítíte ve svém pracovním prostředí.

Originál v angličtině

YOUR SCORES ON THE PROQOL: PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE SCREENING

Based on your responses, place your personal scores below. If you have any concerns, you should discuss them with a physical or mental health care professional.

Compassion Satisfaction _____

Compassion satisfaction is about the pleasure you derive from being able to do your work well. For example, you may feel like it is a pleasure to help others through your work. You may feel positively about your colleagues or your ability to contribute to the work setting or even the greater good of society. Higher scores on this scale represent a greater satisfaction related to your ability to be an effective caregiver in your job.

If you are in the higher range, you probably derive a good deal of professional satisfaction from your position. If your scores are below 23, you may either find problems with your job, or there may be some other reason—for example, you might derive your satisfaction from activities other than your job. (Alpha scale reliability 0.88)

Burnout _____

Most people have an intuitive idea of what burnout is. From the research perspective, burnout is one of the elements of Compassion Fatigue (CF). It is associated with feelings of hopelessness and difficulties in dealing with work or in doing your job effectively. These negative feelings usually have a gradual onset. They can reflect the feeling that your efforts make no difference, or they can be associated with a very high workload or a non-supportive work environment. Higher scores on this scale mean that you are at higher risk for burnout.

If your score is below 23, this probably reflects positive feelings about your ability to be effective in your work. If you score above 41 you may wish to think about what at work makes you feel like you are not effective in your position. Your score may reflect your mood; perhaps you were having a “bad day” or are in need of some time off. If the high score persists or if it is reflective of other worries, it may be a cause for concern. (Alpha scale reliability 0.75)

Secondary Traumatic Stress _____

The second component of Compassion Fatigue (CF) is secondary traumatic stress (STS). It is about your work related, secondary exposure to extremely or traumatically stressful events. Developing problems due to exposure to other’s trauma is somewhat rare but does happen to many people who care for those who have experienced extremely or traumatically stressful events. For example, you may repeatedly hear stories about the traumatic things that happen to other people, commonly called Vicarious Traumatization. If your work puts you directly in the path of danger, for example, field work in a war or area of civil violence, this is not secondary exposure; your exposure is primary. However, if you are exposed to others’ traumatic events as a result of your work, for example, as a therapist or an emergency worker, this is secondary exposure. The symptoms of STS are usually rapid in onset and associated with a particular event. They may include being afraid, having difficulty sleeping, having images of the upsetting event pop into your mind, or avoiding things that remind you of the event.

If your score is above 41, you may want to take some time to think about what at work may be frightening to you or if there is some other reason for the elevated score. While higher scores do not mean that you do have a problem, they are an indication that you may want to examine how you feel about your work and your work environment. You may wish to discuss this with your supervisor, a colleague, or a health care professional. (Alpha scale reliability 0.81)

THE PROQOL IS NOT DIAGNOSTIC

The most important aspect about interpreting the ProQOL is that it is not a diagnostic test. There are no official diagnoses in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) or in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR, 2000).

The body of research on burnout and posttraumatic stress disorder indicates a close kinship with each to depression. While this is useful information, depression is a general term that also is a specific diagnosis of a mental disorder and is widely and officially recognized by both the medical and the mental health communities. Therefore, it is impossible, and grievously inappropriate, to diagnose depression or any other disorder from the result of the ProQOL.

What the ProQOL can do, from a diagnostic perspective, is to raise issues to address with use of appropriate diagnostic procedures. For example, as noted above, both burnout and PTSD are frequent "co-travelers" with depression. A high score on either burnout or secondary traumatic stress, or a high score on both with a low score on compassion satisfaction, can be an augury of clinical depression that deserves treatment. Clearly the disorder most commonly associated with secondary trauma is PTSD. In fact, the DSM-IV-TR PTSD A1 criteria specify that the event may happen to self or to others. Additionally, it specifies that a person's reaction must involve fear, helplessness, or horror. However, what it does not specify is when one has "experienced, witnessed, or was confronted" with the threat to another. Despite this parallel of compassion fatigue and/or secondary trauma to PTSD, it cannot be overemphasized that these issues are a natural consequence of trauma work and not necessarily pathological in nature (Figley, 1995; Larsen & Stamm, 2008; Stamm, 1999).

Given these concerns, the ProQOL can be a guide in regard to an individual's or organization's balance of positive and negative experience related to doing either paid or volunteer work. For an individual or an organization, high scores on compassion satisfaction are a reflection of engagement with the work being done.

Pokud vás výsledky dotazníku znepokojily nebo rozrušily, je možné...

Zavolat na krizovou linku:

Linka první psychické pomoci - **116 123** (číslo na zavolání)

Pražská linka důvěry - **222 580 697** (číslo na zavolání)

Napsat nám:

k.vlckova@paliativnicentrum.cz

lamacdavid@seznam.cz

Zúčastněte se výzkumu pro dobrovolníky v hospicové péči

- Co je únava ze soucitu?
- Jak jste na tom vy s únavou ze soucitu?
- Jak ovlivňuje únava ze soucitu dobrovolníky v hospicových službách?

Odpovědi získáte účastí na výzkumu!

-
- Hledáme: dobrovolníky v hospici
 - Minimální věk: 18 let
 - Čas vyplnění: 10-15 min
 - Výzkum je součástí bakalářské práce

Odkaz nebo QR kód:

<https://formfacade.com/sm/OuUjBl9zB>



David Lamač, email: lamacdavid@seznam.cz
Katedra Psychologie
Filozofická fakulta Univerzity Karlovy

