

Výzkum spirituality a syndromu vyhoření v Hospicu sv. Jana Nepomuka Neumanna¹

Helena Machulová, Pavel Kilbergr, Alena Poláčková

DOI: 10.32725/cetv.2021.044

Abstrakt:

Předkládaný text se zabývá sondou zkoumající vztah spirituality a syndromu vyhoření a její aplikovatelnosti u zaměstnanců Hospice sv. Jana Nepomuka Neumanna. Vychází z toho, že spiritualita je zmiňována jako jeden z možných prvků k prevenci rozvinutí syndromu vyhoření, jak uvádějí a alespoň částečně potvrzují mnohé zahraniční studie. Pro sondu v rámci zkoumání souvislosti spirituality (SWBS – The Spiritual Well-Being Scale) a syndromu vyhoření (SMBM – Shirom-Melamed Burnout Measure) byly využity standardizované dotazníky. V této sondě jsme ověřovali dvě (respektive tři) výzkumné otázky: Jaký bude mít míra spirituální pohody (SWBS) vliv na míru vyhoření (SMBM)? Jak spolu bude korelovat náboženská spokojenost (RWB) a spirituální pohoda (SWBS) a jak bude ve zkoumaném vzorku korelovat vliv existenciální pohody (EWB)? Výsledné údaje získané na zkoumaném vzorku dokumentují mírnou negativní korelaci mezi náboženskou pohodou a syndromem vyhoření a silnější vliv náboženské spokojenosti na spirituální pohodu.

Klíčová slova: spiritualita, spirituální pohoda, syndrom vyhoření, hospicová péče, umírání

Úvod

Cílem předkládané statě je sledovat, zda vlastní prožívání spirituality může působit preventivně proti rozvinutí syndromu vyhoření u pracovníků v pomáhajících profesích, zejména u těch, kteří se dennodenně setkávají s tak náročnými situacemi, jako je smrt, umírání, bolest a truchlení. Jako konkrétní skupina zde byli vybráni zaměstnanci Hospice sv. Jana Nepomuka Neumanna.²

Práce v jakémkoli hospicovém zařízení je bezesporu velmi náročná. Ti, kteří se každý den setkávají s pacienty v terminálním stadiu, jsou v blízkém kontaktu s umírajícími, se smrtí a s truchlícími příbuznými svých pacientů, jsou setrvale vystavováni velice náročným situacím. Terminální stadium onemocnění a umírání jsou situace extrémně zatěžující nejen pro pacienta a jeho rodinu, ale i pro všechny, kdo o tyto pacienty a jejich blízké pečují. Velmi často se setkávají s vypjatými emocemi provázejícími tyto náročné situace, ať už jde o strach, hněv, ale i různ-

¹ Studie byla zpracována v rámci projektu TA ČR (ÉTA, TL02000147): *Spirituální rozměr člověka v kontextu pomáhajících profesí*.

² Rádi bychom poděkovali RSDr. Jánovi Mišovičovi, CSc. za pomoc se zpracováním statistických údajů a také recenzentům za podnětné a konkrétní připomínky, které nám umožnily předloženou studii šířeji rozpracovat.

né formy agrese. Proto lze předpokládat, že tato skupina pracovníků je vystavena zvýšenému riziku rozvoje syndromu vyhoření.³

Z tohoto důvodu jsme formulovali dvě výzkumné otázky. První zkoumá, jaký bude vztah mezi mírou spirituální pohody a mírou syndromu vyhoření. Druhá otázka se ptá po dopadu náboženské spokojenosti na spirituální pohodu a zda bude ve zkoumaném vzorku významnější než vliv existenciální pohody. Vyčíslení obou otázek budeme sledovat na výzkumné sondě u zaměstnanců Hospice sv. Jana Nepomuka Neumanna.

Syndrom vyhoření

Existuje sice mnoho různě formulovaných definic syndromu vyhoření, všechny se však shodují na tom, že se jedná o duševní stav typicky spojený s vyčerpáním, jež ovšem není projevem patologických jevů. Objevuje se v profesích pracujících s lidmi (vyskytuje se ovšem i v naplňování rolí), pramení z dlouhodobě nekompenzované pracovní zátěže, která je charakterizována intenzivním vztahem s příjemcem služby. Jsou ovšem i případy, kdy může dojít ke stavu absolutního vyčerpání po jednorázové náhlé změně, např. traumatu. Cherniss doplnil definici syndromu vyhoření o pocit člověka, že již nemůže jít dál, spojený zároveň se ztrátou naděje, že se ještě něco může změnit.⁴ Pro syndrom vyhoření je typický soubor příznaků. Někteří autoři ho označují za stav extrémního celkového vyčerpání.⁵ Křivohlavý uvádí velmi přiléhavou definici Freudembergera, který se jako první zabývá stavem vyhoření na základě vlastních zkušeností a popisuje ho jako „vyplenění všech zdrojů původně intenzivně pracujícího člověka“.⁶

Příznaky syndromu vyhoření se u člověka projevují v oblasti fyzické, kognitivní, emocionální, typické je snížení motivace a nežádoucí změna sociálního chování, což je z profesionálního hlediska zvláště podstatné pro kvalitu poskytované služby. Proto se dotazníky zjišťující hrozící nebezpečí syndromu vyhoření zaměřují kromě jiného na subjektivní charakteristiky respondentů, jako je vnímání vlastního života, životní hodnoty, smysluplnost života, a v neposlední řadě mapují i sociální oporu, ať už v soukromém či pracovním životě, tedy pracovní kolektiv a rovněž podmínky na pracovišti. Freudemberger také na základě pozorování pracovníků postižených syndromem vyhoření vytipoval dvě kategorie osob obzvláště ohrožených rozvinutím tohoto stavu. Patří mezi ně jednak osoby trpící komplexem méněcennosti, pro něž je typická labilita, neurotické projevy, uzavřenost či neschopnost dávat najevo vlastní emoce. Tito lidé nebývají příliš ctižádostiví, primárně jim jde o to, aby je někdo měl rád. Do druhé kategorie spadají naopak osoby velmi aktivní, snažící se za každou cenu pomoci, čímž ovšem zakrývají vlastní pocity osamění, v práci vidí svou seberealizaci, berou na sebe vysokou zátěž a zodpovědnost.⁷

Jiná klasifikace přiřazuje typovou dispozici k vyhoření skupině A, která zahrnuje osoby s vysokými ambicemi a silně vyvinutým smyslem pro povinnost, dále se soutěživostí, netrpělivostí, perfekcionismem a sklonem k agresivitě. Pozdější práce mluví o společných rysech pro workoholismus, který je provázen často spěchem, vznětливostí a podrážděností. Nejdříve jsou osoby se sklonem k syndromu vyhoření úspěšné, mají na základě svých výkonů dostatečné uznání. S postupem

3 Srov. např. Sandra M. PEREIRA, António M. FONSECA, Ana S. CARVALHO, Burnout in palliative care: a systematic review, *Nurs Ethics* 3/2011, s. 317–26; srov. Jason M. HOLLAND, Robert A. NEIMEYER, Reducing the risk of burnout in end-of-life care settings: The role of daily spiritual experiences and training, *Palliative & Supportive Care* 3/2005, s. 173–181.

4 Jaro KŘIVOHLAVÝ, *Hořet, ale nevyhořet*, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012.

5 Oldřich MATOUŠEK, *Slovník sociální práce*, Praha: Portál, 2008; Thomas POSCHKAMP, *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*, Brno: Edika, 2013.

6 KŘIVOHLAVÝ, *Hořet, ale nevyhořet*..., s. 64.

7 Istifan MAROON, *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*, Praha: Portál, 2012, s. 19–26.

doby však způsobují konflikty mezi lidmi, čímž se dostávají do stupňující se izolace a získávají dojem, že veškerou práci musí odvést oni sami. Tím jsou vystaveni vícero dlouhodobým intenzivním stresorům zároveň, které ovšem v důsledku svého emočního nastavení jako zátěž nevnímají, a jejich organismus selhává pro nedostatek regenerace a celkovou nevyváženost a disharmonii osobnosti.⁸ Dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů syndrom vyhoření není samostatnou diagnózou, má však významný vliv na zdravotní stav jedince. Mnozí odborníci syndrom vyhoření nedagnostikují a hovoří spíše o depresi, chronické únavě, reakci na dlouhodobý stres.

Podíváme-li se na souvislost syndromu vyhoření a určitého typu pracovní zátěže, můžeme podle některých výzkumů říci, že pracovníci setkávající se dennodenně s umírajícími a pozůstalými jsou vystaveni většímu riziku rozvoje syndromu vyhoření. Holland a Neimeyer tvrdí, že pracovníci, kteří jsou v každodenním kontaktu se situacemi spojenými s koncem lidského života, čelí specifickým stresorům, jimž je třeba věnovat patřičnou pozornost a hledat jak copingové mechanismy, tak i preventivní opatření pro zvládnutí těchto stresových faktorů.⁹ Kontakt s terminálně nemocnými jako významný moment přispívající k rozvoji syndromu vyhoření potvrzuje i studie Whippetové a Canellose, kteří realizovali rozsáhlý výzkum mezi onkology s celkovým počtem 598 respondentů. 56 % z nich pociťovalo některé z příznaků vyhoření.¹⁰ V jiné studii, která byla provedena v Jižní Koreji mezi zdravotními sestrami z oddělení intenzivní péče, dosahovaly tyto zdravotní sestry spíše vyššího skóre v oblasti syndromu vyhoření, což indikovalo vyšší riziko rozvoje vyhoření.¹¹ Z těchto několika výzkumů je tedy patrné, že obava z vyššího rizika rozvoje syndromu vyhoření u pracovníků v hospicové péči je oprávněná.

Spiritualita

I když pojem spiritualita již nějakou dobu figuruje v odborném diskurzu pomáhajících profesí, jeho definice je přesto stále nejasná, často až vágní.¹² Pohybuje se od spirituality chápané vysloveně nábožensky až po spiritualitu požímanou velmi široce, jak to zmiňuje např. Furmanová s kolegy, pro které je spiritualita „hledáním smyslu, účelu a morálně hodnotných vztahů k sobě samému, k druhým lidem, k okolnímu světu a nejvyšší realitě vůbec, ať už ji člověk chápe jakkoli“.¹³ My se přikláníme k širšímu pojetí spirituality, které se ale pokusíme vymezit poněkud jasněji. Spiritualitu chápeme jako pojem, který počítá s transcendencí vnímanou obecněji jako jakýsi horizont přesahující člověka a dávající člověku smysl. Tento význam spirituality ve své obecnosti zahrnuje i první popsání významu, tedy klasické náboženské chápání spirituality, je ale natolik široký, že ho lze použít i pro spiritualitu sekularizovaného člověka, který hledá, ale zároveň se nepohybuje v jasně vymezeném rámci křesťanského náboženského života.¹⁴

8 Christian STOCK, *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*, Praha: Grada, 2010, s. 42–43.

9 HOLLAND, NEIMEYER, *Reducing the risk...*, s. 173–181.

10 Deborah A. WHIPPEN, George P. CANELLOS, *Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists*, *Journal of Clinical Oncology* 10/1991, s. 1916–1920.

11 Hyun Sook KIM, Hye-Ah YEOM, *The association between spiritual well-being and burnout in intensive care unit nurses: A descriptive study*, *Intensive and Critical Care Nursing* 3/2018, s. 92–97.

12 Konceptuální nejasností a přístupem ke zkoumání termínu spirituality se hlouběji zabývá studie J. Kaňáka a J. Váněho. Na jedné straně se nachází možnost vnímat spiritualitu jako soubor rozličných pojmů a nemožnost jejího zkoumání v kontextu sociálněvědní etické perspektivy, na druhé straně jako definovatelný pojem či emickou perspektivu (srov. Jan KAŇÁK, Jan VÁNĚ, *Špatně oblečený císař? Výzkum spirituality v sociálních vědách, analýza metodologických přístupů*, *Caritas et veritas* 2/2021, s. 187–188);

13 Leola D. FURMAN, Perry W. BENSON, Edward R. CANDA, Cordelia GRIMWOOD, *A comparative international analysis of religion and spirituality in social work: A survey of UK and US social workers*, *Social Work Education* 8/2005, s. 813–839, in: *Spirituality and Social Work. Selected Canadian Readings*, ed. John COATES et al., Toronto: Canadian Scholars' Press, 2007, s. 25.

14 Helena MACHULOVÁ, Tomáš MACHULA, *Pojetí spirituality a péče o terminálně nemocné*, *Caritas et veritas* 2/2020, s. 15–24.

Podobně, i když možná ještě o něco šířeji, to vidí i autoři SWBS (The Spiritual Well-Being Scale), kteří vytvořili dotazník zkoumající prožívanou spirituální kvalitu života ve dvou ohledech – v náboženském a existenciálním. Jejich pojetí odráží zkušenost s užíváním pojmu spiritualita mezi lidmi. Hovoří-li lidé o spiritualitě, obvykle mají na mysli buď svůj vztah k Bohu či k nějaké vyšší bytosti (náboženský význam), nebo tím popisují svou spokojenost se životem a životními cíli (existenciální význam). To se pak projevuje i ve vyhodnocení tohoto dotazníku, kdy je možné posoudit prožívanou pohodu ve dvou oblastech – náboženské a existenciální.¹⁵

Spiritualita a syndrom vyhoření

Jedním z protektivních faktorů, které by mohly pomoci zabránit v rozvoji syndromu vyhoření, je i spiritualita, která je chápána jako jedna ze základních dimenzí člověka v holistickém pojetí. Pokud vnímáme jako důležitou spiritualitu klientů a pacientů, kterým jsou zdravotní a sociální služby poskytovány, můžeme předpokládat, že stejně významná může být i pro ty, kdo se o nemocné starají. Spiritualita a z ní plynoucí potřeby se netýkají jen klientů, ale i pracovníků. Je tedy legitimní klást si otázku, zda spiritualita prožívaná pracovníky v hospicovém zařízení může mít nějaký vliv na jejich práci.¹⁶

V literatuře zabývající se spiritualitou v péči o terminálně nemocné a umírající je většina prostoru věnována spiritualitě pacientů. Najdeme však i několik málo publikací, které se zaměřují rovněž na spiritualitu pracovníků či neformálních pečujících. K zajištění co nejkvalitnější péče o tyto náročné pacienty je totiž zároveň nutno poskytovat co nejlepší podporu samotným pracovníkům, kteří se umírajícím a jejich rodinám věnují. Např. Sager a Bush upozorňují, že „zdravotní péče je vnímána především jako pevně daná dovednost nebo kompetence, spíše než jako dynamický proces, který vyžaduje emocionální a duchovní výživu“.¹⁷ A proto zdůrazňují, že je třeba se starat o duchovní a duševní prospěch pracovníků, nejen o jejich zdraví. Mají-li totiž komplexní potřeby vycházející z holistického pojetí člověka pacienti, mají je i ti, kteří o ně pečují, protože jde o potřeby obecně lidské. Proto autoři doporučují mít tuto skutečnost neustále na paměti i při podpoře pečujícího personálu.

Vztah spirituality a syndromu vyhoření byl předmětem mnoha výzkumů po celém světě. Autoři povětšinou vyžívali nějakou kombinaci standardizovaných dotazníků zaměřených na zkoumání spirituality a syndromu vyhoření. Holland a Neimeyer¹⁸ využili Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) ke zkoumání syndromu vyhoření a Daily Spiritual Experience Scale (DSES) ke zkoumání spirituality. Jejich výzkum se uskutečnil mezi pracovníky, kteří se věnují terminálně nemocným a umírajícím. Vyplynulo z něj, že ti pracovníci, kteří měli pravidelnou zkušenost se spiritualitou a zakoušeli pocity požehnání a transcendence, zároveň pociťovali menší únavu a vyčerpání při své práci. K podobnému výsledku došli i Kim a Yeom¹⁹ ve svém výzkumu mezi zdravotními sestrami. Využili při něm Spirituality Well-Being Scale (SWBS) dotazníku ke zkoumání spirituality a Pines a Kanner Scale ke zkoumání vyhoření. V této studii bylo také potvrzeno spojení mezi prožíváním spirituality a vyhořením v tom smyslu, že sestry, pro které bylo prožívání spirituality důležité, vykazovaly menší riziko rozvinutí syndromu vyhoření. U celého vzorku či-

15 Rodger K. BUFFORD, Raymond F. PALOUTZIAN, Craig W. ELLISON, Norms for the Spiritual Well-Being Scale, *Journal of Psychology and Theology* 1/1991, s. 56–70.

16 Srov. Monty L. LYNN, Michael J. NAUGHTON, Steve VANDERVEEN, Connecting religion and work: Patterns and influences of work-faith integration, *Human Relations* 5/2011, s. 675–701.

17 Martin SAGER, Mike BUSH, Support the Practitioner, in: *Spiritually competent practice in health care*, ed. John WATTIS – Stephen CURRAN – Melanie ROGERS, Boca Raton: CRC Press, 2017, s. 89.

18 HOLLAND, NEIMEYER, Reducing the risk..., s. 173–181.

19 KIM, YEOM, The association between spiritual..., s. 92–97.

tajícímu 318 sester byla zjištěna vyšší úroveň existenciální pohody než náboženské pohody. Další studie je zaměřena na studenty medicíny v Indii, kdy autoři opět zjistili, že studenti vykazující určité známky syndromu vyhoření měli horší skóre ve všech zkoumaných oblastech spirituality.²⁰ Abychom nezůstávali jen na poli medicíny, můžeme se podívat i na studii, která byla provedena mezi sociálními pracovníky. V této studii se souvislost mezi spiritualitou a syndromem vyhoření neprokázala. Ukázala se zde ale jistá souvislost mezi spiritualitou a pohodou zaměstnance, kdy spiritualita je jedním z možných zdrojů pracovního nasazení a uspokojení z práce.²¹ Z českých studií na toto téma můžeme připomenout výzkumnou sondu Emrové, která na rozdíl od zahraničních studií, používajících standardizované dotazníky pro zkoumání obou oblastí, využila vlastní dotazník zkoumající obě oblasti. Respondenti v této studii sami formulovali odpovědi na otázku, zda spiritualita může pomoci nebo pomáhá předcházet syndromu vyhoření. Polovina z dotazovaných přisuzovala spiritualitě takovýto vliv, přesto velká část respondentů s osobní zkušeností se syndromem vyhoření neuváděla spiritualitu jako nástroj jeho řešení.²²

Sonda mezi pracovníky Hospice sv. Jana Nepomuka Neumanna

Z výše zmíněných studií vyplývá, že mnoho výzkumníků po celém světě pokládá za užitečné zkoumat vliv spirituality na práci v pomáhajících profesích. Některé studie jednoznačně potvrzují, že spiritualita má preventivní účinek při riziku rozvinutí syndromu vyhoření, jiné studie to tak striktně nevidí. Pozitivní vliv prožívání vlastní spirituality na osobní pohodu člověka je oproti tomu potvrzen ve všech předložených studiích.

Pro získání dat z českého prostředí jsme se pokusili o sondu s využitím standardizovaných dotazníků zkoumajících spiritualitu a syndrom vyhoření. Záměrem nebylo provést rozsáhlé šetření, nýbrž dosáhnout smysluplného využití zvolených dotazníků pro pracovníky českých hospiců s kontrolním ověřením prostřednictvím dvou výzkumných otázek. První z nich předpokládá, že vyšší míra spirituální pohody (SWBS) bude negativně korelovat s mírou vyhoření (SMBM). Druhá předpokládá, že náboženská pohoda (RWB) bude mít větší zastoupení v celkové spirituální pohodě (SWBS). Využity byly dva dotazníky. Pro oblast spirituality byl zvolen výše popsaný SWBS (The Spiritual Well-Being Scale)²³ a pro oblast vyhoření SMBM (Shirom-Melamed Burnout Measure),²⁴ jak bude rozvedeno dále.

Popis vzorku

Výzkumný vzorek byl sestaven ze zaměstnanců Hospice svatého J. N. Neumanna v Prachaticích.²⁵ Sběr dat probíhal formou elektronických a tištěných dotazníků v termínu mezi srpnem a zářím 2020. Dotazníkového průzkumu se zúčastnilo 30 zaměstnanců z celkového počtu 52 pracovníků. Věkové rozmezí respondentů bylo mezi 21 a 64 lety. Čtyři respondenti věk neuvedli. Průměrný věk respondentů byl 44,5 let.

20 Sagar Shrikant CHIDDARWAR, Deepika Abhainath SINGH, Role of spirituality as a way of coping from burnout in medical students of a tertiary care institute in India, *Medicine Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare* 3/2016, s. 836–840.

21 Erica L. LIZANO, Andrew J. GODOY, Nathan ALLEN, Spirituality and worker well-being: Examining the relationship between spirituality, job burnout, and work engagement, *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought* 2/2019, s. 197–216.

22 Nicole EMROVÁ, Spiritualita jako zdroj prevence syndromu vyhoření, *Caritas et veritas* 2/2017, s. 15–26.

23 Pro přesnější popis a validitu dotazníku pro české prostředí viz Peter TAVEL a kol., Czech Version of the Spiritual Well-Being Scale: Evaluation and Psychometric Properties, *Psychological Reports* 1/2021, s. 366–381.

24 V českém prostředí můžeme odkázat na metodickou studii ověřující psychometrické vlastnosti české verze (Radek PTÁČEK, Jiří RABOCH a kol., Česká verze Shiromovy a Melamedovy škály vyhoření, *Československá psychologie* 6/2017, s. 536–545).

25 Ve výzkumném vzorku byli zastoupeni členové managementu hospice, lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci a pečovatelé.

Struktura skupiny dle délky praxe byla z dominantní části tvořena respondenty s praxí delší než deset let (18 respondentů), druhou nejpočetnější skupinu tvořili respondenti s praxí kratší než jeden rok (4 respondenti), třetí skupina byla rovnoměrně zastoupena respondenty s praxí mezi jedním a třemi lety a mezi sedmi a deseti lety (po 3 respondentech), následně do čtvrté skupiny byli zařazeni respondenti s délkou praxe mezi třemi a pěti lety a pěti a sedmi (po 1 respondentovi). Rozložení dle zaměstnání bylo z většinové části zastoupeno pečovateli (18 respondentů z celkových 25), druhé místo zaujímaly zdravotní sestry (9 respondentů z celkových 17), třetí místo lékaři (2 respondenti ze 7) a jeden člen managementu (1 respondent ze 3). Rozložení dle náboženské orientace bylo následující: s římskokatolickým vyznáním 21 respondentů, z této skupiny byli dva řeholníci, bez vyznání 7 respondentů a 2 respondenti se hlásili k alternativnímu vyznání obsahujícímu různé kombinace křesťanství a buddhismu.

Popis metody

Respondentům byl předložen dotazník složený z doplňujících otázek pokrývajících pracovní zařazení, věk, délku praxe, dosažené vzdělání, vyznání a zasvěcený život a dále ze dvou otázkových baterií. Sběr dat probíhal formou anonymního elektronického formuláře skrze nástroj Forms MS Teams a tištěné podoby tohoto dotazníku.

První baterie otázek se zaměřovala na oblast spirituality a spokojenosti (SWBS – The Spiritual Well-Being Scale). Respondentům byl předložen nezkrácený dotazník obsahující 20 otázek, které pokrývaly jak náboženskou spokojenost, tak existenciální pohodu.²⁶ Respondenti volili odpovědi na šestistupňové škále. Výsledné skóre náboženské spokojenosti (RWB) a existenciální pohody (EWB) se pohybovalo v rozmezí 10–60 bodů na třístupňové škále od nespokojenosti až ke spokojenosti. Součtem těchto dvou položek jsme získali výsledné skóre celkové spirituální pohody (SWBS) v rozmezí mezi 20–120 body.

Druhá baterie otázek se zaměřovala na syndrom vyhoření dle Shiromovy a Melamedovy škály (SMBM). Respondenti v této baterii obdrželi 14 otázek, které postihovaly oblasti fyzického, kognitivního a emočního vyhoření. Odpovědi byly strukturovány na sedmistupňové škále. Výsledné skóre jednotlivých oblastí se pohybovalo v obráceném gardu (vyšší skóre, vyšší riziko vyhoření): fyzické vyčerpání 6–42 bodů, kognitivní vyčerpání 5–35 bodů a emoční vyčerpání 3–21 bodů. Součtem těchto položek jsme získali výsledné skóre v rozmezí mezi 14–98 body.

Výsledky dotazníkového šetření spirituality a spokojenosti (SWBS)

Vyhodnocením dotazníku spirituální pohody (SWBS) zmíněného vzorku respondentů jsme došli k průměrné hodnotě celé skupiny 89,5 bodu, což odpovídá vyšší průměrné míře mírné spirituální pohody (rozmezí 41–99 bodů). Podrobněji byly analyzovány údaje týkající se obecné náboženské pohody (RWB) a existenciální pohody (EWB) respondentů. Obecná náboženská pohoda (RWB) vykazovala průměrnou hodnotu 43,73 bodu, což odpovídá vyššímu průměru mírné náboženské pohody (rozmezí 21–49 bodů). Hodnoty existenciální pohody (EWB) vykazovaly průměrnou hodnotu 45,77 bodu, což odpovídá pocitu zvýšeného průměru pocitu mírné životní spokojenosti a smyslu života (rozmezí 21–49 bodů).

26 Připomínka ohledně specifického zkrácení výsledku tohoto dotazníku pro českou populaci (srov. TAVEL, Czech version..., s. 377–378) je zcela validní a pro další výzkum by zkrácená, pozitivně formulovaná verze dotazníku představovala příhodnější nástroj. V případě naší sondy však směřovala výzkumná otázka na možnost korelace mezi spirituální pohodou a syndromem vyhoření, jak uvidíme dále, a zkrácení tak nehrálo zásadní roli.

Spirituální pohoda (SWBS) jednotlivých respondentů vykazovala průměrné až nadprůměrné hodnoty. Nadprůměrných hodnot (rozmezí 100–120 bodů) dosáhlo 6 respondentů s průměrem 109,5 bodu, což odpovídá pocitu vyšší spirituální pohody. Zbývajících 24 respondentů vykazovalo pocit mírné náboženské pohody (rozmezí 41–99 bodů) s průměrem 84,5 bodu.

Náboženská spokojenost (RWB) zkoumaného vzorku se pohybovala v průměrných a vyšších hodnotách. Celkem 9 z 30 respondentů vykazovalo nadprůměrné hodnoty RWB (rozmezí 50–60 bodů). Průměr této první skupiny činil 54,65 bodu. Zbývajících 21 respondentů se pohybovalo v rozmezí průměrné hodnoty RWB (21–49 bodů). Konkrétní průměr této skupiny činil 39,10 bodu. Trend hodnot náboženské spokojenosti (RWB) klesal víceméně rovnoměrně s poklesem hodnot spirituální pohody (SWBS).

Existenciální spokojenost (EWB) se pohybovala v průměrných a vyšších hodnotách. Nadprůměrnou hodnotu vykazovalo 8 respondentů (rozmezí 50–60 bodů). Konkrétně to bylo 53,63 bodu. Dalších 22 respondentů se pohybovalo v průměrných hodnotách (rozmezí 21–49 bodů) na úrovni 45,77 bodu. Trend hodnot existenciální spokojenosti (EWB) klesal pozvolněji ve srovnání s poklesem hodnot spirituální pohody (SWBS).

Výsledky dotazníkového šetření syndromu vyhoření (SMBM)

Výsledné hodnoty dotazníkového šetření k tématu syndromu vyhoření (SMBM) vykazovaly pro uvedený vzorek průměrnou hodnotu 33,7 bodu, což odpovídá nízkému riziku vyhoření (rozmezí 14–55 bodů). Toto šetření obsahovalo také tři podskupiny vyhoření v oblasti fyzické (SMBM – F), kognitivní (SMBM – K) a emoční (SMBM – E). Zkoumaný vzorek týkající se fyzického vyhoření vykazoval průměrné hodnoty 14,27 bodu, což odpovídá nízkému riziku vyhoření (rozmezí 6–23 bodů). Oblast kognitivního vyhoření vykazovala průměrné hodnoty 13,8 bodu, což odpovídá nízkému riziku vyhoření (rozmezí 5–19 bodů). Sféra emocionálního vyhoření následně vykazovala průměrné hodnoty 5,63 bodu, což odpovídá nízkému riziku vyhoření (rozmezí 3–11 bodů).

V hodnocení rizika fyzické únavy se dva respondenti pohybovali na spodní hranici vyhoření (rozmezí 24–42 bodů). Průměr této skupiny byl 24,5 bodu. Zbývajících 28 respondentů se nacházelo ve skupině s nižší mírou rizika vyhoření. Průměr této skupiny činil 13,45 bodu.

Míra kognitivního vyhoření se pohybovala v nižších hodnotách, avšak vykazovala největší výkyvy. Vyššího rizika či vyhoření (rozmezí 20–35 bodů) dosahovalo 5 respondentů s průměrem 21,2 bodu. Dalších 25 respondentů vykazovalo nižší riziko vyhoření (rozmezí 5–19 bodů) s průměrem 12,32 bodu.

Emoční vyhoření jednotlivých respondentů se většinou pohybovalo v nižších hodnotách a vykazovalo nejmenší odchylky. Vyšší projevy emocionálního vyhoření (rozmezí 3–11 bodů) projevovali dva respondenti s průměrem 11,5 bodu. Ostatních 28 respondentů vykazovalo nižší riziko vyhoření s průměrem 5,21 bodu.

V souvislosti s přípravou sondy jsme formulovali dvě (resp. tři) výše popsání otázky:

Jak spolu korelují míra spirituální pohody (SWBS) a míra syndromu vyhoření (SMBM)?

Vyčíslení intenzity vztahu mezi předloženými soubory bylo provedeno pomocí vypočítání Pearsonova koeficientu, který poukázal na mírnou negativní korelaci mezi pozorovanými soubory.

Tabulka 1: Pearsonův koeficient korelace spirituální pohody a syndromu vyhoření

| SWBS – SMBM | |
|-------------|--------------|
| r_p | -0,216902225 |

Na základě vypočítaného měření je možné ve zkoumaném vzorku zodpovědět předloženou otázku. Mezi mírou spirituální pohody a mírnou syndromu vyhoření je prokázána vazba negativní korelace, a sice $r = -0,216902225$.

Výsledek měření také interpretujeme za využití koeficientu determinace. V případě uvedeného korelačního koeficientu tedy můžeme vyčíslit míru vzájemného vlivu spirituální pohody (SWBS) a syndromu vyhoření (SMBM) na $R^2 = 0,04705$. Ovlivňování mezi proměnnými je dáno ze 4,705 %.

Jak spolu korelují míra náboženské (RWB) a spirituální pohody (SWBS)? Jak spolu korelují míra existenciální (EWB) a spirituální pohody (SWBS)?

Ke stanovení velikosti závislosti mezi spirituální pohodou a náboženskou spokojeností (SWBS – RWB) a spirituální pohodou a existenciální pohodou (SWBS – EWB) jsme využili Pearsonův koeficient.

Tabulka 2: Pearsonův koeficient korelace určující stupeň závislosti mezi spirituální pohodou a náboženskou spokojeností (SWBS – RWB) a spirituální pohodou a existenciální pohodou (SWBS – EWB)

| SWBS – RWB | | SWBS – EWB | |
|------------|------------|------------|-------------|
| r_p | 0,92645334 | r_p | 0,783491306 |

Z údajů v tabulce 2 je zřejmé, že mezi spirituální pohodou (SWBS) a náboženskou spokojeností (RWB) je velmi silná závislost, $r_p = 0,92645334$. Mezi spirituální pohodou (SWBS) a existenciální pohodou (EWB) je závislost pouze silná, $r_p = 0,783491306$. Druhý námi zkoumaný vztah ukázal, že dopad náboženské spokojenosti (RWB) na spirituální pohodu (SWBS) je ve zkoumaném vzorku silnější než vliv existenciální pohody.

Výsledky měření také interpretujeme koeficientem determinace. První závislost vztahu míry spirituální pohody a vztahu náboženské spokojenosti (SWBS – RWB) lze vyčíslit na $R^2 = 0,8583$. Ovlivňování mezi proměnnými je dáno z 85,83 %. Druhá závislost vztahu míry spirituální pohody vůči existenciální pohodě (SWBS – EWB) je možné vyčíslit na $R^2 = 0,6139$. Ovlivňování mezi proměnnými je dáno ze 61,39 %.

Závěr

Na vzorku zaměstnanců Hospice sv. Jana Nepomuka Neumanna jsme ověřovali následující otázky. Bude mít prožívání spirituality preventivní vliv na rozvinutí syndromu vyhoření? Bude mít náboženská spokojenost měřitelný vliv na spirituální pohodu? Výsledky dotazníkového šetření přinášející dva dílčí závěry vypovídají ve prospěch obou předpokladů. Za prvé z hodnocení vztahu spirituální pohody a syndromu vyhoření vyplývá mírná záporná korelace. Avšak z uvedeného vzorku také vyplývá, že změny mezi pozorovanými proměnnými byly ovlivněny pouze ze 4,705 %, což naznačuje také poměrně významnou přítomnost dalších faktorů, které nejsou předmětem naší sondy. Za druhé ze vzájemného porovnání trendů náboženské spokojenosti a existenciální

pohody (RWB a EWB) se spirituální pohodou vyplýval u respondentů našeho průzkumu vyšší vliv náboženské spokojenosti než existenciální pohody. Respondenti s vysokým celkovým stupněm spirituální pohody měli silnější vazbu k RWB než k EWB. Náboženská spokojenost (RWB) tak u zkoumaného vzorku příznivěji ovlivňovala růst celkové spirituální pohody (SWBS) v kontrastu s existenciální pohodou (EWB). Při vytváření závěrů je však nutno vzít v potaz rozsah zkoumaného vzorku a jeho omezení pouze na jedno hospicové zařízení, které bylo předmětem šetření.

Závěry vyplývající z našeho šetření odpovídají zkušenostem jiných výzkumníků, kteří pracovali s většími vzorky. Opakované potvrzení výzkumných otázek na větším vzorku pracovníků by pravděpodobně prokázalo pravdivost námi předkládaných otázek.

Kontakty

Helena Machulová, Ph.D.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Oddělení celoživotního vzdělávání
Kněžská 8, 370 01 České Budějovice
machulovah@tf.jcu.cz

Mgr. Pavel Kilbergr

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra filosofie a religionistiky
Kněžská 8, 370 01 České Budějovice
pavel.kilbergr@gmail.com

PhDr. Alena Poláčková

Biskupství českobudějovické
Diecézní centrum pro rodinu
Psychologické poradenství a péče o rodinu po ztrátě dítěte
Široká 27, 370 01 České Budějovice
polackova@bcb.cz