



INTERVENČNÝ PROGRAM

starostlivosti o seba
pre pomáhajúce
profesie

MARGITA MESÁROŠOVÁ
MIROSLAVA KÖVEROVÁ
SOŇA LOVAŠOVÁ

UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH

Filozofická fakulta



**Intervenčný program starostlivosti o seba
pre pomáhajúce profesie**

Margita Mesárošová

Miroslava Köverová

Soňa Lovašová

Košice 2019

Publikácia je súčasťou riešenia projektu APVV MŠ SR 14-0921 „Starostlivosť o seba ako faktor vyrovnávania sa s negatívnymi dôsledkami vykonávania pomáhajúcich profesií“

Intervenčný program starostlivosti o seba pre pomáhajúce profesie

Vedecká monografia

© 2019 Margita Mesárošová, Miroslava Köverová, Soňa Lovašová

Autori:

prof. PhDr. Margita Mesárošová, CSc.

Katedra psychológie, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Mgr. Miroslava Köverová, PhD.

Katedra psychológie, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

doc. Mgr. Soňa Lovašová, PhD.

Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Vedecký redaktor:

Doc. PhDr. Ján Ferjenčík, CSc.

Katedra psychológie, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Recenzenti:

Doc. PhDr. Mária Gažiová, PhD.

Teologický inštitút, Pedagogická fakulta, Katolícka univerzita v Ružomberku

Mgr. Iveta Rajničová Nagyová, PhD.

Ústav sociálnej a behaviorálnej medicíny, Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Všetky práva vyhradené. Toto dielo, ani žiadnu jeho súčasť nemožno reprodukovať, ukladať do informačných systémov alebo inak rozširovať bez súhlasu majiteľov práv.

Za odbornú a jazykovú stránku vedeckej monografie zodpovedajú autori. Rukopis neprešiel redakčnou ani jazykovou úpravou.

Umiestnenie: www.unibook.upjs.sk

Dostupné od: 11.09.2019

ISBN 978-80-8152-744-9 (tlačaná verzia)

ISBN 978-80-8152-745-6 (online verzia)

OBSAH

Úvod	5
1. Východiská tvorby a overovania intervenčného programu starostlivosti o seba pre pomáhajúce profesie	6
1.1. Intervenčné programy.....	6
1.1.1. Metódy práce v intervenčných programoch	8
1.1.2. Overovanie efektivity intervenčných programov	11
1.2. Teoretické východiská tvorby intervenčného programu	12
1.2.1. Starostlivosť o seba.....	13
1.2.2. Negatívne dôsledky pomáhania	17
1.2.3. Pozitívne dôsledky pomáhania.....	20
1.3. Empirické východiská tvorby intervenčného programu	21
1.3.1. Intervenčné programy zamerané na zvýšenie starostlivosti o seba a redukciu negatívnych dôsledkov pomáhania	22
1.3.2. Intervenčné programy zamerané na zvýšenie starostlivosti o seba a pozitívnych dôsledkov pomáhania	28
2. Intervenčný program „Ako sa o seba starám?“	30
2.1. Zameranie intervenčného programu	30
2.2. Popis intervenčného programu	30
2.2.1. Časový harmonogram intervenčného programu	31
2.2.2. Výcvikové aktivity.....	31
2.2.3. Požiadavky na lektorov a účastníkov	34
3. Overovanie účinnosti intervenčného programu	35
3.1. Ciele výskumu.....	35
3.2. Výskumné otázky a hypotézy.....	35
3.3. Metóda	36
3.3.1. Výskumný dizajn	36
3.3.2. Výskumný súbor.....	37
3.3.3. Výskumné nástroje	38
3.3.4. Štatistické analýzy	41
3.4. Výsledky overovania efektivity intervenčného programu	41
3.4.1. Analýza rozdielov v starostlivosti o seba.....	42

3.4.2. Analýza rozdielov v prežívaní negatívnych dôsledkov pomáhania....	45
3.4.3. Analýza rozdielov v prežívaní pozitívnych dôsledkov pomáhania	56
3.4.4. Analýza spätných väzieb na absolvovaný intervenčný program	66
3.5. Diskusia.....	74
Záver	82
Resumé.....	87
Literatúra	89

Úvod

Intervenčný program na podporu starostlivosti o seba pre pomáhajúce profesie s názvom *Ako sa o seba starám?* vznikol v rámci riešenia výskumnej úlohy APVV14-0921 „Starostlivosť o seba ako faktor vyrovnávania sa s negatívnymi dôsledkami vykonávania pomáhajúcich profesií“. Jeho špecifikum spočíva v tom, že bol vytvorený na základe konkrétnych výskumných výstupov samotných autorov programu a projektu. V prvej kapitole autorky ponúkajú pohľad na prípravu intervenčného programu so zdôvodnením teoretických východísk, metód a špecifik účastníkov programu. Poskytujú tiež prehľad výskumov efektivity rozmanitých intervenčných programov zameraných na redukciiu negatívnych dôsledkov pomáhanie a posilňovanie starostlivosti o seba a iných pozitívnych efektov vykonávania pomáhajúcej profesie. Ďalšie kapitoly sú zamerané na podrobnú analýzu a zhodnotenie efektivity intervenčného programu *Ako sa o seba starám?* a jeho komparáciu s efektívnosťou iných programov, ktoré boli rôzne zamerané, určené rôznym populáciám pomáhajúcich profesionálov, ako aj mali odlišné teoretické a praktické zacielenie a základy. Väčšina týchto výskumov preukázala iba v ojedinelých prípadoch pozitívne zmeny, a to vďaka rôznym metodologickým nedostatkom, často spojených s praktickou aplikáciou.

To, čo diferencuje intervenčný program prezentovaný v tejto monografii, je účasť pomáhajúcich profesionálov aktívne vykonávajúcich prax v sociálnej oblasti, oproti väčšine intervenčných programov zostavených a overovaných pre študentov týchto profesií. Študentská populácia, ako ľahšie prístupná pre výskumníkov, umožňuje kvalitnejšiu metodológiu, zahrnúť väčší počet účastníkov, ako aj experimentálnu manipuláciu a vyvázenie skupín. V prípade účastníkov overovania programu *Ako sa o seba starám?* išlo o praktikov, ktorí sú zapojení v každodennom pracovnom procese a tréning absolvovali vo svojom pracovnom voľne, čo kládlo vysoké nároky na zladenie ich pracovných, osobných úloh. Domnievame sa, že tie dôsledky, ktoré sme v rámci overovania efektivity prezentovaného intervenčného programu odhalili, nie vždy boli jasne matematicky uchopiteľné, ale boli zrejme z individuálnych spätných väzieb.

Predkladáme text tejto monografie odbornej verejnosti, s cieľom poukázať na prínosy, limity intervenčného programu, ako aj inšpirovať výskumníkov a praktikov k ďalšej práci v tejto oblasti.

Autorky

1. Východiská tvorby a overovania intervenčného programu starostlivosti o seba pre pomáhajúce profesie

1.1. Intervenčné programy

Pod pojmom intervencia sa vo všeobecnosti rozumie akýkoľvek zásah, ktorý modifikuje prebiehajúci proces alebo situáciu, v ktorej sa jedinec nachádza (Soydan, 2008). Pod sociálnou intervenciou je možné chápať vyvolanie (navodenie) zmeny u klienta po odbornom zásahu sociálneho pracovníka s cieľom zastaviť alebo odstrániť rizikové faktory, a naopak, aktivovať a mobilizovať protektívne faktory (Seidman, 1983). Vychádzajúc z tejto definície sa intervenčný program starostlivosti o seba javí ako účinná forma blokovania negatívnych javov v práci formou aktivácie protektívnych faktorov – v tomto prípade starostlivosti o seba.

Intervenčné programy patria medzi skupinové formy vzdelávania s možnosťou využitia rôznych metód na dosiahnutie želaného efektu. Sú postavené na základných princípoch interpersonálneho učenia, skupinovej súdržnosti a dynamike (Yalom, Leszcz, 2007). K rozmachu intervenčných programov a zároveň aj výskumného overovania ich účinnosti došlo v období po druhej svetovej vojne, čo súvisí z historického pohľadu s potrebami spoločnosti (Soydan, 2008).

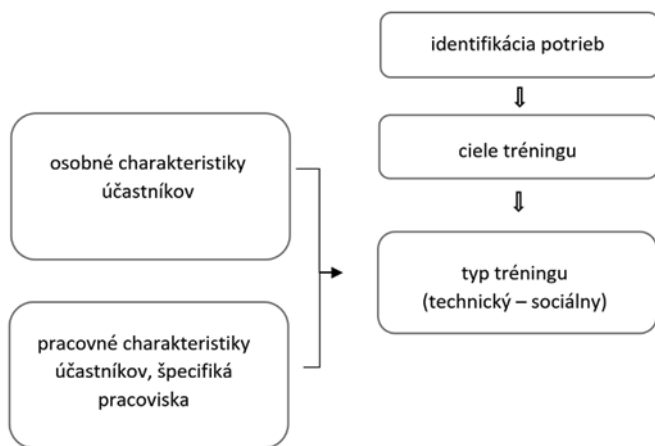
Dobry intervenčný program by mal byť postavený na pevných teoretických základoch, ktoré umožnia vhodné ho obsahovo a metodicky pripraviť. Podľa Petridouovej a Spathisa (2001) je v úvode dôležité základné triedenie tréningových programov. Základné delenie hovorí o tréningoch technických (manuálnych – zručností) a sociálnych spôsobilostí, ale aj o tom, či je tréning vedený verejným alebo neverejným poskytovateľom vzdelávania, pričom sa odporúča ich kombinácia. Za pozitívum tréningových programov sa okrem zvýšenia spôsobilostí, na ktoré je tréning zameraný, považuje aj zvyšovanie senzitivity voči kolegom aj klientom, zlepšenie sociálnej klímy v organizácii, či „vyčistenie“ pracovných vzťahov. Tieto javy vznikajú ako pozitívne podružné fenomény popri hlavnom zameraní tréningov.

Pri príprave konkrétneho programu sa teda v prvom kroku zvažuje, či pôjde o tréning technických spôsobilostí (pri starostlivosti o seba môže ísť napr. o prípravu individuálnych plánov starostlivosti o seba formou aplikácie – programu v PC a jeho ovládania ako pomôcky pre klientov a pracovníkov) alebo o tréning sociálnych spôsobilostí (napr. nácvik konkrétnych aktivít starostlivosti o seba a ich začlenenie do každodenného

harmonogramu). V ďalšej fáze prípravy programu sa hodnotia špecifiká lektorov, pracoviska a účastníkov (Scott, 1997), ktoré je možné konkretizovať nasledovne:

- špecifiká účastníkov – skúsenosti s témou, pracovisko;
- špecifiká pracoviska účastníkov – typ pracoviska, organizácia práce, manažment;
- pracovné a osobné analýzy účastníkov – ak sú dostupné, prípadne sa hodnotí vstupný dotazník, ktorý môže byť pripravený lektormi na základe ich konkrétnych informačných požiadaviek;
- príprava a tvorba skupiny z hľadiska účastníkov – zváženie možných vzťahov (aj existujúcich) a ich vplyv na skupinu, homogenitu v oblasti vzdelania, pracovnej pozície či cieľovej klientskej skupiny.

Ako pomôcku na tvorbu programu na základe zohľadnenia dvoch hlavných aspektov – účastníkov a programu – ponúkajú veľmi zaujímavú a jednoduchú schému (Obr. 1) Petridouová a Spathis (2001).



Obr. 1 Schéma prípravy programu (Petridou, Spathis, 2001)

V oblasti starostlivosti o seba v súčasnosti existujú rôzne druhy programov, tréningov i vzdelávaní, s rôznou dĺžkou trvania a určené rôznym cieľovým skupinám. Z hľadiska typu programu sa dá rozlišovať medzi zvyšovaním technických a sociálnych spôsobilostí (Petridou, Spathis, 2001); z hľadiska využívaných metód existujú T-skupiny (tréningové skupiny), e-learningové vzdelávania, programy kombinujúce

metódy prednášok a zážitkových metód; a z hľadiska dĺžky môžeme hovoriť o kurzoch alebo seminároch krátkodobých pri trvaní dvoch týždňov a menej, strednodobých programoch/tréningoch pri trvaní dva týždne až tri mesiace a dlhodobých kurzoch pri trvaní šesť a viac mesiacov (Ross, 2012).

Z hľadiska účastníkov, resp. cieľovej skupiny sa dá hovoriť o troch skupinách:

- profesionáli (Kennedy, Gask, Rogers, 2005; Barnett, Cooper, 2009),
- študenti (Gockel et al., 2013; Kushner, Kesler, McGaghie, 2011),
- klienti a pacienti (Parkin et al., 2009; Shioh-Luan, 2003).

Intervenčný program *Ako sa o seba starám?*, ktorý v tejto monografii prezentujeme, bol pripravený ako strednodobý typ programu pre profesionálov v malej skupine s využitím zážitkových metód a komunikačných zásad pre tento typ skupiny v súlade s Rossom (2012).

1.1.1. Metódy práce v intervenčných programoch

Z hľadiska skupinovej práce existuje niekoľko možností vzdelávania a zvyšovania spôsobilostí v skupine. Pri tvorbe intervenčného programu sme vychádzali z niekoľkých základných faktorov, ktoré sa javili ako významné pre účinnosť programu. Aj na základe výskumných zistení, z ktorých vystala priama požiadavka po vzdelávaní formou zážitkových metód, boli zvolené tri okruhy pri tvorbe konkrétnych metód a aktivít programu:

- zážitkové metódy,
- metódy využívané v tréningových skupinách,
- metódy využívané v kognitívno-behaviorálnej terapii (KBT), pričom autori vychádzali z kognitívno-behaviorálnej teórie.

Učenie prostredníctvom zážitku je využívané v T-skupinách aj v KBT. To bolo dôvodom voľby teoretického zamerania pri výbere metód, pomocou ktorých bol program realizovaný. Učenie prostredníctvom zážitku je využívané od konca 19. storočia. Jeho sila spočíva v prežití autentických emócií pri spracovaní zážitku. Podstatou je navodenie situácie v skupine a možnosť zažiť ju, ako aj možnosť prežiť v skupine silné emócie a hovoriť o nich. Princíp učenia spočíva v osobnej skúsenosti a jej reflexii, ktorá je následne porovnávaná s už známou skúsenosťou, analyzovaná a pri vhodnom vedení začlenená do scenárov a stratégií zvládania jedinca (Kolb, 1984). Účastníci skupiny majú možnosť v sociálne bezpečnom prostredí vyskúšať si situácie, s ktorými majú v bežnom živote problém, nezvládajú ich alebo sa v nich necítia komfortne. Bezpečie skupiny im dáva priestor a možnosť správať sa inak než v bežnom živote. Vo výsledku majú

možnosť nacvičiť si v skupine preferované spôsoby riešenia zvolených situácií a následne ich aplikovať vo svojom bežnom živote (Herموchová, 1991). V súčasnosti je popísaných mnoho konkrétnych aktivít, ktorými je možné zážitok navodiť, a tieto aktivity sú často využívané v rôznych programoch zameraných na zvyšovanie sociálnych spôsobilostí a kompetencií.

1.1.1.1. Tréningové skupiny – T-skupiny

Vznik T-skupín sa datuje do obdobia štyridsiatych rokov 20. storočia, pred a po druhej svetovej vojne (Torraco, 2016). Ide o skupiny, v rámci ktorých sa členovia môžu vzdelávať prostredníctvom rôznych aktivít. Je potrebné rozlišovať medzi tréningovými a encounter skupinami, avšak ich spoločným ukazovateľom je to, že ide o rovnakú skupinu, v ktorej účastníci spoločne prechádzajú celoživotným alebo dlhodobým vzdelávaním/tréningom (napr. v priebehu svojej profesionálnej praxe). Ich podôb je veľmi veľké množstvo, ako prvé vznikali tzv. T-skupiny približne v štyridsiatych rokoch a ich charakteristickým znakom bolo učenie prostredníctvom zážitku. V šesťdesiatych rokoch ich potom na chvíľu vytlačili encounter skupiny, aj keď v princípe boli postavené na podobnom základe. Až neskôr, keď vznikali terapeutické skupiny, nastal v práci so skupinami zlom, ktorý jasnejšie zadefinoval tréningové a terapeutické skupiny. Tréningové ako určené pre vzdelávanie, profesionálov a organizácie; terapeutické ako klinické, pre riešenie klinických problémov (Yalom, Leszcz, 2007). Pri intervenčných, tréningových či edukačných programoch ide o krátkodobý, na cieľ zameraný súbor aktivít, ktorý sa realizuje na vybranej skupine, ale po ukončení programu sa skupina v tejto podobe rozpadá (hoci účastníci môžu udržiavať kontakt).

T-skupiny sa pokúšajú zmeniť individuálne správanie skúsenosťou umiestnenia účastníkov do neštruktúrovanej, nejednoznačnej situácie. Ich úlohou je riešenie konfliktov, ktoré sa objavia ako výsledok nejednoznačnosti situácie, prostredníctvom interpersonálnych interakcií. V procese riešenia týchto konfliktov členovia skupiny skúmajú svoje individuálne a kolektívne interpersonálne vzťahy a rozvíjajú chápanie dynamiky skupinovej interakcie a fungovania skupiny (Fry, Kidron, Schriesheim, 1975).

Základné ciele tréningových skupín je možné zhrnúť nasledovne (Campbell, Dunnette, 1968):

1. Zvýšiť sebazpozorovanie, hľadať dôvody, prečo človek pôsobí v interpersonálnych situáciách určitými spôsobmi; rozvíjať a chápať, ako iní vidia toto správanie.

2. Zvýšiť individuálnu citlivosť na správanie druhých a ich základné emocionálne procesy.
3. Zvýšiť povedomie o typoch interakcií, ktoré zvyšujú alebo znižujú účinnosť skupiny.
4. Zvýšiť diagnostické schopnosti, aby sa mohli rozpoznať a liečiť problémové oblasti vo fungovaní skupiny.
5. Naučiť jednotlivcov analyzovať svoje správanie tak, aby mohli zlepšiť svoje interakcie s ostatnými.

1.1.1.2. *Kognitívne a behaviorálne teórie*

V programe *Ako sa o seba starám?* boli využívané metódy KBT, ktoré sú definované kognitívnu, behaviorálnu a kognitívno-behaviorálnu teóriou. Pracujú so zmenou a vysvetľujú, ako a prečo je možné zmenu u človeka dosiahnuť.

Kognitívne teórie sú postavené na hypotéze, že človek je bytosť, ktorá je schopná robiť zmysluplné rozhodnutia. Ich cieľom je analýza a zmena myslenia – zámerom je dosiahnuť, aby človek rozpoznať vlastné nefunkčné a iracionálne postoje a dokázal ich spracovať na žiaduce (Bryant, 2012). Kognitívne teórie stoja na teóriách učenia a využívajú metódy spracovania, integrácie a reakcie na informácie z okolia. V rámci kognitívnych teórií sa využívajú intervencie, ktoré u klienta vyvolávajú zmenu troma spôsobmi (Walsh, 2013):

- zmenou v osobných cieľoch v snahe o dosiahnutie zhody so schopnosťami,
- adaptáciou na kognitívne schopnosti jedinca,
- zmenou v návykoch myslenia.

Kognitívne teórie venujú značnú pozornosť aj metakognitívnym procesom, s ktorými sme pracovali aj v intervenčnom programe (Brown, 1996), a to:

- poznaniu osobných limitov,
- vedomiu o svojej rozhodovacej stratégii,
- identifikácii problémov, ktoré si vyžadujú riešenie,
- tvorbe plánu a stratégií,
- monitoringu,
- pochopeniu toho, kedy je problém vyriešený,
- vyhýbaní sa intrapersonálnemu konfliktu.

V rámci kognitívnych teórií bol využitý behaviorálny prístup zameraný na stvárnenie špecifických spôsobov správania, ktoré prinášajú zmenu v pohľade na seba a prostredie (Beck, 2005).

Behaviorálna teória vznikla koncom 19. storočia a je považovaná za historicky staršiu než kognitívna teória (Taylor, 1972). Tieto teórie majú základy postavené na teóriách učenia a zmeny správania na spoločensky žiaduce. Pre správanie jedinca v procese učenia je pritom určujúce prostredie, neriešia sa vnútorné procesy (Navrátil, 2001). Programy, ktorých cieľom je zmena v správaní, sa orientujú na redukciu nevhodného správania a posilňovanie primeraného správania (Pierson, Thomas, 2011).

Kognitívno-behaviorálne teórie sú postavené na myšlienke, že postupy, pocity a presvedčenia sa prekrývajú a ich zámerom by malo byť úplné odstránenie problému u človeka. Kým behaviorálne teórie sú postavené na empirizme a kognitívne na racionalizme, kognitívno-behaviorálne teórie spájajú koncepty a metódy behaviorizmu, teórií sociálneho učenia, úlohovo orientovaný prístup a kognitívnu terapiu (Novotná, 2014). Podľa Kappla (Matoušek 2013) ide o spojenie klasickej behaviorálnej teórie a modernej kognitívnej vedy, ktoré majú spoločný cieľ – pomenovať spôsob ovplyvňovania ľudského správania.

1.1.2. Overovanie efektivity intervenčných programov

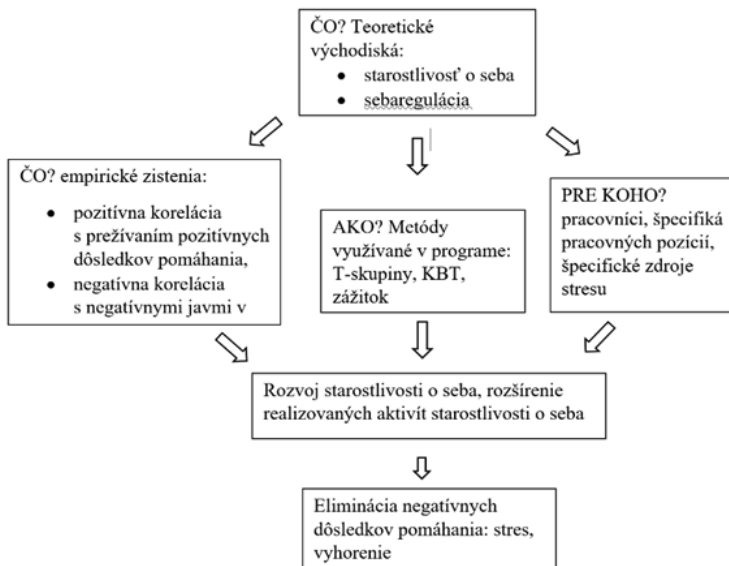
Súčasne so vznikom tréningových skupín vystala aj otázka overovania úspešnosti programov či výcvikov tohto typu. Overovaním úspešnosti skupinových aktivít sa odborníci zaoberajú od štyridsiatych rokov 20. storočia (Torraco, 2016; Alastalo, 2008). Niektorí autori pod evaluáciou programu chápu ako jednu z možností jeho overenie formou tzv. spätnej väzby od účastníkov programu (Burke, 2011; Ross, 2012). Z hľadiska lektorov je spätná väzba nesporne dôležitá, významnejšie je však získanie validných výskumných dát, na ktorých sa dá overiť úspešnosť programu. Jednou z možností je vnímať obsah programu ako premennú, ktorá má spôsobiť u účastníkov zmenu. Ak sa potvrdí zmena v očakávaných parametroch (na ktoré program pôsobil) a podarí sa eliminovať čo najväčšie množstvo nekontrolovaných faktorov, je možné hovoriť o overení úspešnosti. Pre tento typ výskumu sa najčastejšie využíva experimentálny a quasiexperimentálny dizajn (Lovašová, Balogová, 2018). Možnosť jeho realizácie a následného štatistického spracovania je mnoho, závisí od typu programu, účastníkov a prostredí, ktorá metóda je najvhodnejšia. V sociálnej práci a psychológii je v niektorých situáciách nemožné realizovať experimentálny dizajn kvôli nemožnosti realizácie randomizácie, preto sa častejšie stretávame s rôznymi obdobami kváziexperimentálnych dizajnov (Morgan, Gliner, Harmon, 2000). Zaujímavú kombináciu dizajnov ponúka Patton (2003), ktorý navrhuje využívanie triangulácie. Pod trianguláciou si predstavuje trojuholník ako najsilnejší geometrický útvar. Navrhuje

kombináciu troch techník overovania za účelom zvýšenia validity výskumných zistení. Druhou možnosťou na zvýšenie validity je podľa neho kombinácia „čistých“ metodologických postupov, ktoré tvoria v danej štúdií špecifickú kombináciu.

Meranie účinnosti programov je špecifické práve v eliminácii či výbere skúmaných premenných. Ukazuje sa to vo výsledkoch výskumných štúdií, ktoré potvrdzujú niektoré premenné, no iné nie, resp. ich nedokážu overiť (Fry, Kidron, Schriesheim, 1975; Campbell, Dunnette, 1968). V súčasnosti je evaluácia programov veľmi aktuálnou témou, keďže metodologické a štatistické možnosti sú na vzostupe, o čom svedčia mnohé výskumné štúdie (Alastalo, 2008; Thyer, 2012; Morgan, Gliner, Harmon, 2000; Reichardt, Mark, 1998).

1.2. Teoretické východiská tvorby intervenčného programu

Pri príprave intervenčného programu starostlivosti o seba pre pracovníkov v oblasti výkonu sociálnej práce sa autori opierali o niekoľko hlavných aspektov, ktoré bolo potrebné zohľadniť. Jednotlivé faktory znázornené na Obr. 2 budú popísané v tejto časti.



Obr. 2 Základná schéma tvorby intervenčného programu

V nasledujúcej časti priblížime podstatu konštruktov, s ktorými sme v rámci intervenčného programu pracovali. Dôraz bude kladený na vymedzenie starostlivosti o seba, negatívnych dôsledkov pomáhania (stresu, vyhorenia, únavy z pomáhania, sekundárneho traumatického stresu, sprostredkovanej traumatizácie) a pozitívnych dôsledkov pomáhania (zadosťučinenia z pomáhania, pracovnej spokojnosti).

1.2.1. Starostlivosť o seba

Starostlivosť o seba je stredom výskumného záujmu už dlhšiu dobu. Dlhú dobu bola ako nosná oblasť starostlivosti o seba vnímaná starostlivosť o zdravie. V týchto súvislostiach bola skúmaná v kontexte rôznych ochorení a porúch. V súčasnosti je multidimenzionálne vnímaným konceptom, ktorým sa zaoberajú rôzne vedné disciplíny. Každá z nich využíva, hodnotí a skúma starostlivosť o seba zo svojej perspektívy.

Starostlivosť o seba predstavuje koncept vedome vykonávaných aktivít na zlepšenie fungovania jedinca. Pozornosť sa jej venovala už v dávnej minulosti, o čom svedčia diela filozofov. Xenofón chápal starostlivosť o seba ako vzťah tela a duše. Dušu a telo pritom vníma ako dve súčasti jednej ľudskej prirodzenosti. Duša má podľa neho nad telom nadradený vzťah, avšak na to, aby duša fungovala dobre, je potrebné udržiavať telo v dobrej kondícii a celkovej pohode (Wollner, 2010a). Xenofón neskôr v diele Spomienky na Sokrata poukazuje na nápis „Poznaj sám seba“ v meste Delfy, na základe ktorého Sokrates rozvíja svoje myšlienky o sebapoznaní. Sokrates sa domnieval, že kým ľudia nepoznajú svoje schopnosti, tak sami seba nepoznajú. Svoje schopnosti zistia až bližším sebapoznáním (Bahník 1972).

Sokrates starostlivosť o seba považoval za zdroj sebapoznania. Antická grécka filozofia spája dva základné aspekty – poznaj sám seba a staraj sa o seba. V diele Platóna sú predstavené ako prostriedok, ktorý umožňuje mladého človeka pripraviť na vystupovanie vo verejnom živote, práve metódy starostlivosti o seba. Platón rovnako ako Xenofón rozoberá problém sebapoznania vo svojom diele Gorgias. Wollner (2010b) pri chápaní starosti o seba vychádza z toho, že sebapoznanie a sebaovládanie v Platónovom diele Gorgias tvoria dve zložky starosti o seba. Podľa Sokrata dialóg s druhou osobou má prispieť k porozumeniu samého seba. Napomáha k pochopeniu vlastného vnútorného sveta, ale aj k skúmaniu seba samého. Jeho cieľom je formovať nielen názory, ale aj osobnosť za účelom konať dobro. Sebapoznanie nám neprináša len vedomie akí sme, ale aj akí máme byť. Predstavuje aj nevyhnutnú podmienku sebaovládania, ktoré tvorí druhú

zložku starosti o seba, a je charakterizované dvoma typmi správania, a to rozvážnosťou a zdržanlivosťou.

Od polovice dvadsiateho storočia sa starostlivosti o seba začala výrazne venovať pozornosť vo vedeckej komunite. Využíva sa najmä v zdravotníctve a ošetrovatelstve, kde boli prepracované a preskúmané viaceré jej koncepty, ktorých podstatou je zlepšenie zdravotného stavu pacientov s rôznymi diagnózami prostredníctvom cielenej starostlivosti o seba. Pre rôzne diagnózy sú v súčasnosti vypracované veľmi konkrétne programy starostlivosti o seba. Mnohé štúdie sa zaoberali starostlivosťou o seba napr. v súvislosti s pacientmi s diabetom, kde sa opakovane potvrdilo, že práve starostlivosť o seba pomáha týmto pacientom dosahovať vyššiu metabolickú kontrolu (Shrivastava, Ramasamy, Shrivastava, 2013; Raaijmakers et al., 2015). Ďalšiu výskumnú oblasť predstavujú pacienti s kardiovaskulárnymi problémami, kde sa starostlivosť o seba, sebaúčinnosť a self-manažment opakovane ukazujú ako veľmi účinné (Vellone et al., 2013; Marti et al., 2013). Podobne je to aj pri pacientoch s niektorými druhmi rakoviny (Brown et al., 2014; Gaston-Johansson et al., 2013; Berry et al., 2014).

Za jednu z najvýznamnejších teórií je v súčasnosti považovaný Oremovej koncept Deficitnej starostlivosti o seba. Podľa jej teórie ide o realizáciu aktivít vykonávaných v určitom čase. Deficiencia spočíva v tom, že v živote človeka existujú situácie, kedy je zvýšená pozornosť venovaná starostlivosti o seba nevyhnutná. Podstatou je podpora a udržanie pohody, zdravého fungovania a pokračujúceho vývinu počas života. Veľmi dôležitým poznatkom, ktorý vyplýva z tejto teórie je fakt, že starostlivosť o seba je výsledkom učenia. Oremová (1991) používa pojem „self-care agency“, ktorý predstavuje určitú schopnosť jedinca, či potenciál, starať sa o seba.

Každý jedinec disponuje potrebou starostlivosti o seba a táto potreba môže byť naplnená len vykonávaním činností zameraných na starostlivosť o seba, ktoré sú u každého jedinca individuálne a rôzne. Rozdiely súvisia s kultúrou jedinca, vnútornými a vonkajšími faktormi, či individuálnymi osobnostnými charakteristikami, ktoré podnecujú k starostlivosti o seba, rozhodujúce je pritom aj množstvo potrebnej starostlivosti o seba (Orem, 2001).

1.2.1.1. Sebaregulácia v oblasti starostlivosti o seba

Sebaregulácia je definovaná ako na cieľ zamerané správanie, ktoré smeruje k dosiahnutiu a udržiavaniu osobných cieľov. Pri vnímaní starostlivosti o seba ako vedome vykonávanej aktivity je nevyhnutné

prepájať ju so sebareguláciou. Tá tiež vychádza z vlastnej iniciatívy jedinca (Maes, Karoly, 2005). Sebaregulácia bola významným faktorom aj pri skúmaní miery starostlivosti o seba pri riešení autorskej výskumnej úlohy a tiež pri zostavovaní intervenčných programov (Kövero^vá et al., 2019).

Sebaregulácia je úzko spojená so sebakontrolou. V súvislosti so sebakontrolou by sa dalo hovoriť o dvoch prístupoch k sebaregulácii. V jednom smere má kľúčovú úlohu zameranie na cieľ, v druhom – širšom – nazeraní na sebareguláciu má dominantnú úlohu kontrola nad sebou a v tomto pohľade sa sebakontrola chápe ako súčasť sebaregulácie v zmysle určitej schopnosti zmeniť vnútorné procesy a správanie v súlade s cieľmi a požiadavkami situácie (Lovaš, 2011).

Sebaregulačné stratégie pôsobia ako určité ochranné faktory, ktoré pozitívne ovplyvňujú ďalší život. Pri starostlivosti o seba je regulované správanie dôležité, pretože sa opiera o procesy, ktoré zahŕňajú vedomie o skúsenostiach človeka, o trvalom sebaopznaní a sebaovládaní. Pomocou sebaregulácie je človek schopný meniť svoje správanie tak, aby mohol dosiahnuť svoj cieľ a nenechal sa ovládať automatickými, reflexnými a inštinktívnymi reakciami na podnety (Hricová, Lovaš, 2015). Prostredníctvom sebaregulácie je jedinec vo svojom záujme schopný zamerať a meniť svoje správanie na také aktivity, ktoré mu prinesú psychickú a fyzickú pohodu. Jedinec sa tým snaží vyhýbať ohrozeniu telesného alebo duševného zdravia (Hale, Treharne, Kitas, 2007).

1.2.1.2. Starostlivosť o seba ako stratégia zvládania záťaže

Pre vymedzenie základných stratégií, ktoré môžu zabezpečiť telesnú a duševnú pohodu, je potrebné vymedziť okruh problémov, ktoré sú spojené s pomáhajúcimi profesiami. Pri zohľadnení psychologického aspektu starostlivosti o seba je základnou schopnosťou jedinca pre udržanie primeranej osobnej pohody primeraný spôsob zvládania náročných a záťažových situácií. Ide o vykonávanie aktivít, ktoré pomáhajú záťaž zvládať, respektíve ich realizácia môže pomôcť náročným situáciám predchádzať.

Existujú štúdie, ktorých autori vnímajú starostlivosť o seba ako formu stratégie zvládania záťaže. Brucato a Neimeyer (2009) hovoria o tzv. „self-care activity“ ako o type copingových (zvládacích) stratégií, ktoré majú preventívny účinok. Tým sa odlišujú od „bežných“ stratégií zvládania záťaže. Pri tomto chápaní sa dá hovoriť o dvoch rovinách zvládania záťaže: preventívne stratégie, ktoré slúžia na zabránenie vzniku záťaže a za zvládanie sú považované pre ich vedomé – regulované vykonávanie; a klasické stratégie zvládania, ktoré riešia vzniknutý problém. Podľa ich

definície je starostlivosť o seba typ zvládania vykonávaný pre udržanie emocionálneho a psychického zdravia. Z pohľadu Deficitnej starostlivosti o seba (Orem, 1991) je však diskutabilné, či je využívaná ako preventívna stratégia, alebo ako stratégia pri vzniknutom probléme, keďže Oremová (1991) ju v podstate definuje ako reakciu na deficit v určitej životnej oblasti. Iný pohľad ponúka Fitzpatrick (2016), ktorý ju chápe ako stratégiu v oblasti sebaobsluhy u pacientov, ako zvládanie symptómov ochorenia.

Pomáhajúce profesie majú svoje špecifiká, ktorým sa autorky venovali aj v predošlých publikáciách, napr. Mesárošová a kol. (2017), Mesárošová et al. (2018), Lovašová (2015), Köverová (2018a). Pomáhajúce profesie predstavujú zamestnania, ktoré sú vystavené vysokej úrovni stresu v dôsledku povahy vykonávanej práce, zložitosti riešených problémov, ale aj dynamiky a špecifik organizačnej štruktúry. Výkon pomáhajúcich profesií zahŕňa prevenciu, hodnotenie, intervenciu a terapiu u jednotlivcov, rodín, skupín aj komunit. Monografia je určená najmä profesionálom, ktorí sa uplatňujú v oblasti praxe psychológie a sociálnej práce, ktorých špecifiká či riziká ich profesie sú sčasti podobné: náročnosť a rôznorodosť klientov, zodpovednosť, častá a vyčerpávajúca komunikácia, nutnosť spolupráce a konflikty s inými odborníkmi, empatia, vysoká odbornosť, veľké množstvo práce s malým efektom, nezmyselná administratíva, zlé interpersonálne vzťahy, manažérske chyby, absencia pozitívnej spätnej väzby, zložitost' riešených situácií, rýchle spoločenské a politické zmeny ovplyvňujúce výkon povolania, počet klientov, pracovné podmienky, dilema kontroly a pomoci (Lloyd, King, Chenoweth, 2002). V SR je potom ešte možné hovoriť o zlých platových podmienkach, spoločenskom neuznaní, či ohrození klientmi (Lovašová, 2015).

Je známe, že práve pomáhajúci profesionáli majú sklon potláčať svoje potreby a zameriavajú sa predovšetkým na klientov. Ale napriek tomu, čo radia svojim klientom aj v oblasti starostlivosti o seba, sami jej zásady častokrát nedodržiavajú, čím riskujú narušenie vlastnej psychickej a fyzickej pohody. Bánovčinová a Levická (2010) dokonca hovoria o tom, že sa profesionáli zanedbávajú. Norcross a Guy (2007) hovoria o paradoxe starostlivosti o seba – pre profesionálov je ľahšie radíť ako sa o seba starať, než sa podľa toho riadiť.

Williams et al. (2010) tiež potvrdzujú, že profesionáli v pomáhajúcich profesiách, ktorí svojich klientov učia, aké je dôležité venovať čas a priestor starostlivosti o seba, sa sami o seba nestarajú. Dôvodov je niekoľko, ale najčastejším je nedostatok času pre vykonávanie aktivít spojených so starostlivosťou o seba. Pritom dennodenná konfrontácia s problémami iných ľudí by mala znamenať nevyhnutnosť nájsť si čas pre seba.

Starostlivosť o seba môže fungovať ako faktor eliminujúci negatívne dopady dôsledkov pomáhajúcich profesií, ev. negatívnych javov v práci ako takých. Viaceré štúdie potvrdzujú reálne súvislosti medzi realizovanými aktivitami v oblasti starostlivosti o seba a negatívnymi javmi v práci (Alkema, Linton, Davies, 2008; Bloomquist et al., 2015; Killian, 2008; Lawson, Myers, 2011; Santana, Fouad, 2017).

1.2.2. Negatívne dôsledky pomáhania

Pracovníci pomáhajúcich profesií sú ohrozovaní zvýšeným rizikom negatívneho dopadu vybraných psycho-sociálnych premenných plynúcich z pomáhania (Um, Harrison, 1998). Pomáhanie druhým sprevádza zvýšené riziko emocionálneho stresu a vyčerpania ako dôsledok zodpovednosti a zaangažovanosti pri pomoci druhým (Figley, 2002).

Náročnosť pomáhajúcej profesie vyplýva z jej osobitnej pozície vo vzťahu ku klientovi, kde súčasťou profesionálneho výkonu práce je participácia na riešení jeho problémov (Raková, Bednarek, 2015). V tejto súvislosti Barnett a Cooper (2009) uvádzajú, že pracovníci pomáhajúcich profesií sú veľmi často ohrozovaní nadmerným stresom a syndrómom vyhorenia. Poskytujú pomoc druhým, hoci ich vnútorné a vonkajšie zdroje môžu byť preťažené (Köverová, Ráczová, 2017).

1.2.2.1. Stres

Neoptimálne environmentálne (teda aj pracovné) podmienky predstavujú požiadavky, ktoré môžu presahovať schopnosti zvládania jedinca. Taká nerovnováha medzi požiadavkami na životné prostredie a schopnosťami odozvy organizmu je označovaná ako stres (McGrath, 1970). Nadmerný stres, vyhorenie a prežívanie sekundárnej traumy majú vplyv na zdravotný stav jedinca, nastáva nárast emocionálneho vyčerpania a pocitov úzkosti (Radeke, Mahoney, 2000). Ovplyvnená môže byť celková kvalita života a súčasne aj spokojnosť v práci, výkonnosť a efektivita práce pomáhajúcich pracovníkov.

Z historického pohľadu bol stres skúmaný v počiatkoch najmä z biologického hľadiska. Za autorov prvých teórií stresu sú považovaní Cannon a Selye (Evans et al., 2012). Cannon (Evans et al., 2012) je autorom fyziologickej teórie, ktorá stres vníma ako určitú poplachovú reakciu organizmu v zmysle útok-útek.

Selye (1978) považoval stres za všeobecnú reakciu organizmu na požiadavky, ktorým je organizmus vystavený, za stav, ktorý sa prejavuje špecifickým syndrómom na základe všetkých v organizme nešpecificky

navodených zmien. Jeho prvé teórie vyvolali vo vedeckom svete veľký záujem a samozrejme aj rozporuplné názory.

Psychologické modely stresu sa vyvinuli nezávisle od biologických modelov a zamerali sa na vplyv psychologických faktorov na reakcie na stres. Najznámejším z týchto modelov je transakčný model vyvinutý Lazarusom a jeho kolegami (Lazarus, Folkman, 1984). Podľa tohto modelu je stres výsledkom interakcie medzi človekom a životným prostredím. Stres pritom nevzniká len z dôvodu výskytu nejakých udalostí, súvisí s kognitívnym hodnotením udalosti a stratégiou zvládania, ktorá je používaná na riešenie danej udalosti, a ktorá tiež ovplyvňuje úroveň prežívaného stresu (Evans et al., 2012).

Zdrojom stresu v pomáhajúcich profesiách je priama expozícia pracovníkov stresovým, krízovým alebo traumatickým zážitkom klienta. Za priamy dôsledok tohto zdroja stresu sú podľa niektorých autorov (Radeke, Mahoney, 2000) považované negatívne javy v práci, preto sa im v tejto monografii autorky venujú na jednom mieste. Tradične sa do oblasti pracovného stresu zahŕňajú tieto negatívne javy: vyhorenie, sekundárna trauma, únava z pomáhania a trauma v zastúpení. Vzťahy medzi nimi sú často skúmané, niektoré sa vyskytujú súčasne, prípadne spolu súvisia. Pracovný stres v konečnom dôsledku znižuje kapacitu pomáhania i zvládania záťaže, čím redukuje schopnosť pracovať. Pracovný stres v praxi pomáhajúcich profesií môže byť náhly, postupný, akútny, chronický alebo závažný. Môže mať negatívny vplyv na osobné a profesionálne vzťahy a môže mať rôzne zdroje a dôsledky.

1.2.2.2. Vyhorenie

Syndróm vyhorenia (burnout) je zapríčinený chronickým stresom. Zatiaľ čo stres je príčina, vyhorenie je dôsledok. Je spôsobený dlhodobou nerovnováhou medzi záťažou a fázou pokoja, medzi aktivitou a odpočinkom. Vyhorenie je definované ako syndróm emocionálneho vyčerpania, depersonalizácie a zníženej spokojnosti s pracovným výkonom (Maslach, Jackson, 1981; Maslach, Jackson, Leiter, 1996). Ich príznaky sú nasledovné:

1. Vyčerpanie: jedinec sa cíti emočne aj fyzicky vyčerpaný. Prežíva pocity spájajúce sa skôr s depresiou. Ide najmä o bezmocnosť, sklúčenosť, beznádej, pocit prázdnoty, strach, stratu sebaovládania. Fyzické vyčerpanie je spojené s nedostatkom energie, poruchami spánku, pamäti, svalovým napätím, bolesťou.
2. Depersonalizácia (odcudzenie): človek má ľahostajný postoj k svojej práci a okoliu. Dochádza tu k odcudzeniu nielen voči

kolegom a zamestnávateľovi, ale taktiež pracovnej klíme, vzniká vnútorná rezignácia a pasivita pracovníkov. Pracovné nadšenie začína miznúť a nastáva cynizmus, pri ktorom sú klienti vnímaní ako príťaž, kolegovia ako zdroj ohrozenia. Odcudzenie môže prerásť až k agresívnemu správaniu voči svojmu okoliu.

3. Pokles výkonnosti: dochádza k strate dôvery vo vlastné schopnosti a jedinec sa považuje za neschopného. Ide o subjektívne hodnotenie, avšak výrazne sa znižuje produktivita práce, človek potrebuje viac energie, času na prácu, ktorú predtým zvládal bez problémov. Cíti sa byť nerozhodný, stráca motiváciu, má pocit zlyhania, doba určená na regeneráciu organizmu sa predlžuje, nakoľko dovolenka alebo predĺžený víkend nie sú postačujúce na oddych (Maslach, Jackson, Leiter, 1996; Stock, 2010).

1.2.2.3. Únava z pomáhaní

Odborníci v pomáhajúcich profesiách vstupujú do praxe s vnútorným presvedčením, že môžu svojou prácou prispieť k pozitívnej zmene života svojich klientov. Očakávajú, že ich táto práca naplní a práve vtedy často nastáva problém. Pracovné požiadavky a veľakrát pomalé pokroky s klientmi v práci môžu namiesto toho viesť k únave z pomáhaní. Prvýkrát sa objavila v súvislosti so syndrómom vyhorenia u zdravotných sestier. Predstavuje kumulatívny proces spôsobený neustálym a intenzívnym kontaktom s klientom. Začína sa určitým nepohodlím v oblasti súcitu, pokračuje únavou zo stresu a nakoniec končí úplným vyčerpaním. V tomto bode je už narušená schopnosť vyrovnáť sa s nadmernou záťažou a návratu k pôvodnému stavu (Berry, 2012).

Únava z pomáhaní (compassion fatigue) je priamym dôsledkom práce s jednotlivcami, ktorí zažili extrémne stresujúce životné udalosti (Figley, 2002a). Vyplýva z vystavenia profesionálov sprostredkovaným stresovým alebo traumatizujúcim zážitkom jednotlivcov v kríze, pričom ich cieľom je poskytovať empatiu a uspokojiť emocionálne potreby týchto klientov. Zjednodušene je možné hovoriť o tzv. zníženej empatickej kapacite u postihnutých pomáhajúcich pracovníkov (Wooten, Kim a Fakunmoju 2011).

1.2.2.4. Sekundárny traumatický stres

Prejavuje sa ako traumatická stresová reakcia, ktorá vzniká ako dôsledok informácie, či znalosti o traumatickej udalosti. Dochádza k nej pri práci s klientom, ktorý zažil traumu a je interpretovaná ako dôsledok priamej práce s traumatizovaným klientom alebo silnej túžby pomôcť traumatizovanému klientovi. Samotné stresové reakcie môžeme rozdeliť do troch oblastí (Wooten, Kim, Fakunmoju, 2011):

- psychologická dysfunkcia – úzkostné emócie, intenzívne zobrazovanie alebo prežívanie traumatických výpovedí klientov, závislosť alebo nutkavé správanie, fyziologické a funkčné poruchy;
- kognitívne schémy – presuny od závislosti a dôvery k podozreniu, od bezpečnosti k zraniteľnosti, od splnomocnenia k bezmocnosti a od nezávislosti k strate osobnej kontroly a slobody;
- relačné poruchy – stres, poruchy dôvery a intimity v osobných a profesionálnych vzťahoch traumatizovaných pracovníkov.

1.2.2.5. Zástupná traumatizácia

Zástupná traumatizácia (vicarious traumatization) predstavuje trvalé psychologické následky vystavenia sa traumatickým skúsenostiam osôb, ktoré prežili traumu alebo sú jej obeťami. Jej výskyt je pravdepodobnejší medzi pomáhajúcimi pracovníkmi, ktorí pracujú so sexuálnym zneužívaním, sexuálnym útokom, domácim násilím, v starostlivosti o deti alebo s obeťami trestnej činnosti a ich rodinami (Wooten, Kim, Fakunmoju, 2011). McCannová a Pearlmanová (1990) medzi symptómy zástupnej traumatizácie zaraďujú najmä zmeny v kognitívnych schémach, očakávaniach a presvedčeniach pomáhajúcich profesionálov o sebe, svete a druhých ľuďoch. V literatúre sú popisované aj príznaky ako narušenie identity, svetonázoru, vzťahov, či zmyslu života (Bride et al., 2007; Pearlman, Saakvitne, 1995).

1.2.3. Pozitívne dôsledky pomáhania

1.2.3.1. Zadosťučinenie z pomáhania

Zadosťučinenie z pomáhania (compassion satisfaction) popisuje súhrn pozitívnych dôsledkov, ktoré sú spojené s vykonávaním pomáhajúcej profesie: potešenie a radosť z práce ako primárne symptómy, ktoré následne

môžu viesť aj k pozitívnym postojom ku kolegom, pracovnému prostrediu alebo spoločnosti vo všeobecnosti (Stamm, 2010). Pomáhajúci pracovník, ktorý prežíva zadost'učinenie z pomáhania verí, že jeho práca má zmysel, je potrebná a prínosná pre spoločnosť (Stamm, 2010).

1.2.3.2. Pracovná spokojnosť

Pracovná spokojnosť predstavuje mieru, v akej zamestnanci majú alebo nemajú radi svoju prácu (Spector, 1997). Táto definícia sa vzťahuje na vymedzenie celkovej pracovnej spokojnosti, teda všeobecného hodnotenia vzťahu k práci. Spector (1985, 1997) popisuje aj deväť dimenzií pracovnej spokojnosti (plat, možnosti povýšenia, supervízia, benefity, ocenenie, pracovné podmienky, spolupracovníci, povaha práce a komunikácia), ktoré vyjadrujú mieru ne/spokojnosti s čiastkovými aspektmi práce.

1.3. Empirické východiská tvorby intervenčného programu

Prezentované teoretické poznatky predstavovali jednu časť východísk pre tvorbu intervenčného programu, ktorého overovanie účinnosti predstavujeme v tejto monografii. Ďalšiu východiskovú bázu tvorili naše vlastné výskumné poznatky, ktoré sme nadobudli počas riešenia projektu APVV 14-0921. Na reprezentatívnom súbore slovenských pomáhajúcich pracovníkov sme dospeli k nasledujúcim relevantným zisteniam v oblasti starostlivosti o seba a dôsledkov vykonávania pomáhajúcich profesií:

- starostlivosť o seba znižuje mieru pociťovaných negatívnych dôsledkov pomáhania, predovšetkým mieru vnímaného stresu a vyhorenia (Mesárošová et al., 2018),
- starostlivosť o seba podporuje prežívanie pozitívnych dôsledkov pomáhania, hlavne zadost'učinenia z pomáhania, spokojnosti s pracovným výkonom a celkovej pracovnej spokojnosti (Mesárošová et al., 2018),
- medzi pomáhajúcimi pracovníkmi existuje dopyt po aktivitách starostlivosti o seba: na svojich pracoviskách by privítali najmä viac vzdelávacích aktivít so zameraním na možnosti zvládania záťaže a tréning jemných sociálnych zručností (kooperácie, komunikácie, asertivity, riešenia konfliktov) a takisto by ocenili tréning relaxačných techník alebo viac spoločných aktivít na podporu pracovného kolektívu (Köverová, 2018a).

Súčasťou empirických východísk tvorby intervenčného programu boli výskumné štúdie, ktoré sa zameriavali na overovanie účinnosti výcvikových

programov so zameraním primárne na elimináciu stresu a vyhorenia prostredníctvom starostlivosti o seba (napr. Awa, Plaumann, Walter, 2010; Bittman et al., 2003; Carmody et al., 2009; Cohen, Gagin, 2005; Cohen-Katz et al., 2005; Ewers et al., 2002; Gorter et al., 2001; Kanji et al., 2006; Ossebaard, 2000; Pålsson et al., 1996; Parsons et al., 2017; Rowe, 2000; Ruotsalainen et al., 2008; Salmela-aro et al., 2004; Te Brake et al., 2001; van Dierendonck et al., 1998; van Rhenen et al., 2005; Zolnierczyk-Zreda, 2005). V nasledujúcej časti ponúkame podrobnejší popis týchto výskumov vrátane ich zistení v oblasti efektivity realizovaných intervenčných programov.

1.3.1. Intervenčné programy zamerané na zvýšenie starostlivosti o seba a redukciu negatívnych dôsledkov pomáhania

Na úvod si dovoľujeme konštatovať, že poznatky o príčinách a dôsledkoch vykonávania pomáhajúcich profesií sú bohatšie v porovnaní s poznaním efektivity intervencií zameraných na ich korigovanie.

Potreba tvoriť intervencie zamerané na zvýšenie starostlivosti o seba u pomáhajúcich profesionálov a zároveň na redukciu negatívnych dôsledkov spojených s vykonávaním pomáhajúcej práce je daná nielen náročnosťou tohto druhu práce, emocionálnou záťažou spojenou s pomáhaním iným, ale aj celkovou zvýšenou psychickou a fyzickou záťažou pri výkone práce v sociálnej sfére, zdravotníctve alebo vo vzdelávacom procese. Starostlivosť o seba predstavuje nevyhnutnú podmienku procesu utvárania, udržiavania a zvyšovania kompetencií potrebných na efektívne pomáhanie klientom, ako to zdôrazňujú profesionálne etické štandardy (American Psychological Association Ethics Code; APA, 2017). Starostlivosť o seba sa považuje za dôležitú už v rámci vysokoškolského vzdelávania druhého a tretieho stupňa, no nie vždy sú pre ňu vytvorené priaznivé podmienky v učebných osnovách a textových zdrojoch. Bamontiová et al. (2014) skúmajú, ako sa študenti pomáhajúcich profesií učia aktivitám starostlivosti o seba, ktoré im v budúcnosti pomôžu udržiavať kvalitné vykonávanie profesie, zistili, že učebné texty pre študentov klinickej psychológie obsahujú nedostatočné poznatky o starostlivosti o seba, týkajúce sa iba informácií o základných zdrojoch psychoterapie alebo služieb v oblasti mentálneho zdravia.

Pri posudzovaní efektivity intervenčných programov obsahujúcich stratégie starostlivosti o seba, je potrebné brať do úvahy viac kategórií premenných, akými sú: typ stratégie (všímavosť, vyhľadávanie sociálnej opory), dĺžka intervencie, druh sledovaného výstupu (psychologický distres

– anxieta, depresia, študijný stres, všeobecný stres; pozitívne zisky – spokojnosť so životom, spokojnosť s programom, zlepšenie prospechu a pod).

Efekty tréningov sú vyjadrované ako veľkosť zmeny – *effect size* (d – rozdiel priemerov), alebo pri korelačných štúdiách – *effect size* korelačného koeficientu. Výsledky metaanalýzy 17 štúdií venovaných stratégiám starostlivosti o seba u študentov psychológie, o ktorých referovali Colman et al. (2016), ukázali, že napriek očakávaniam, typ použitej stratégie starostlivosti o seba (všímavosť, vyhľadanie sociálnej opory, kombinovaná starostlivosť o seba) a dĺžka trvania intervencie (3-16 týždňov) nemali dopad na efektivitu. Najväčší efekt mali aktivity starostlivosti o seba na zvýšenie sebasúcitú (self-compassion), pocitu celkového osobného výkonu (a sense of overall personal accomplishment) a najnižší dopad na referovanú úroveň stresu. Vyšší efekt mali intervencie na depresiu, anxiету (psychologický distress) a životnú spokojnosť ako na stres. Zo 17 štúdií, 10 indikovalo signifikantný pozitívny vzťah medzi starostlivosťou o seba a meranými benefitmi, pričom v siedmich bol zistený nevýznamný vzťah (Colman et al., 2016).

Výskum zaoberajúci sa efektivitou rôznych stratégií starostlivosti o seba priniesol nejednoznačné výsledky, čo môže znamenať aj to, že boli testované rôzne stratégie starostlivosti o seba a že boli merané odlišné dôsledky starostlivosti o seba.

V ďalšom texte sa budeme zaoberať efektivitou rôznych intervenčných programov na redukciu negatívnych dôsledkov vykonávania pomáhajúcich profesií a na zvýšenie pozitívnych efektov pomáhania v kontexte starostlivosti o seba.

1.3.1.1. Intervencie zacielené na zníženie únavy z pomáhania, sekundárneho traumatického stresu a zástupnej traumatizácie

Únava z pomáhania, sekundárny traumatický stres, zástupná traumatizácia sú uznané ako problémy spojené s výkonom rôznych profesií, ako sú sociálna práca, psychológia, kriminálna justícia, tímy pohotovosti, právnici, lekári, zdravotné sestry a iné. Napriek tomu, konceptualizácie tak problémov, ako aj prístupov využívaných v rámci intervencií pri únave z pomáhania (compassion fatigue, CF), sekundárnom traumatickom strese (secondary traumatic stress, STS) a zástupnej traumatizácii (vicarious traumatization, VT) sú odlišné; a napokon, na nápravu a liečenie týchto negatívnych dôsledkov boli vytvorené a využité tiež rôzne typy intervencií.

Intervenčné stratégie zamerané na CF, STS a VT varujú od intervencií na individuálnej úrovni po rozmanité prístupy na organizačnej úrovni.

Individuálne intervencie zahŕňajú tradičné druhy individuálnej alebo skupinovej terapie, vrátane interpersonálnej psychoterapie, kognitívno-behaviorálnej terapie, ako aj psychoedukácie. V oblasti riešenia kríz a traumy boli takisto využívané intervencie vytvorené pre pracovníkov prežívajúcich symptómy CF, STS, VT, napríklad krízový debriefing, psychologický debriefing a pod. K dispozícii sú tiež špecifické intervencie vytvorené na terapiu CF, STS a VT, ako je napríklad Akceleračný program obnovy (Accelerated Recovery Program, ARP; Gentry, Baranowsky a Dunning, 2002), zostavený z piatich stretnutí, orientovaný na zážitkové učenie, a krátke techniky určené na redukciu negatívneho rozrušenia, nabudenia ako dôsledku zástupnej traumatizácie. Na organizačnej úrovni boli realizované intervencie vo forme supervízie, workshopov, ako aj vytvorenia podporujúcej organizačnej kultúry (Inbar, Ganor, 2003).

Bercierová a Maynardová (2014) poukázali na kritický stav v intervenciách na redukciu STS, CF a VT. Systematickou analýzou viac ako štyroch tisícok štúdií z rokov 1983 až 2012 o problematike intervencií na redukciu týchto negatívnych fenoménov dospeli k tomu, že žiadna zo 159 štúdií, ktoré boli venované STS, CF a VT, nevyhovovala kritériám na vyvodenie poznatkov relevantných pre oblasť redukcie negatívnych javov a zostavovanie efektívnych intervenčných programov. Uvedené autorky konštatovali, že napriek tomu, že jestvujú dôkazy pre psychologické dôsledky práce s obeťami traumy, nie je k dispozícii dostatok poznatkov o tom, ako zostaviť efektívny intervenčný program.

Únava z pomáhania. V štúdií autorov Meadorsa a Lamsonovej (2008) participanti absolvovali štvorhodinový tréning s názvom „Compassion Fatigue: Addressing the Biopsychosocial Needs of Professional Caregivers“, ktorý sa sústreďoval na únavu z pomáhania, manažment stresu, ako aj faktory smútku. Po realizácii tréningu účastníci referovali o väčšej znalosti znakov únavy z pomáhania, ako aj o náraste zdrojov na zvládanie pracovných a domácich stresorov, zvládanie straty, smútku, ako aj zástupnej traumy, a zároveň o znížení preťaženia a tenzie (Meadors, Lamson, 2008). Napriek pozitívnym zmenám, ktoré účastníci uvádzali, išlo o výskum typu „pre-post meranie“, v ktorom edukačná intervencia bola realizovaná bez použitia kontrolnej skupiny, a tak neumožňovala zhodnotiť metodologicky korektne efekty výcviku.

Heveziová (2016) v pilotnej štúdií overovala účinnosť krátkych štruktúrovaných meditácií na zníženie úrovne únavy z pomáhania a zvýšenie zadost'uchinenia z pomáhania u zdravotných sestier na oddelení

onkológie. Napriek metodologicky nedostatočnému dizajnu štúdie, obsahujúcej iba jednu skupinu príležitostne vybraných účastníčok, ktoré realizovali meditácie päť dní v týždni počas štvormesačného obdobia, pričom meditácie boli poskytnuté ako audio CD po krátkej individuálnej inštrukcii, autorka skonštatovala efektívnosť tréningu. Analýza odhalila významný nárast zadosťučinenia z pomáhania a pokles vyhorenia a sekundárneho traumatického stresu meraného Škálou profesijnej kvality života (Stamm, 2010).

1.3.1.2. Intervencie zacielené na zníženie vnímaného stresu a vyhorenia

Intervencie, ktoré skupiny autorov využívali s cieľom znížiť vnímaný stres a vyhorenie, boli realizované na rôznej úrovni metodologickej korektnosti, čomu zodpovedali aj výsledky a možnosť ich zovšeobecnenia.

Vnímaný stres. Intervenčné štúdie s malými homogénnymi skupinami pomáhajúcich profesionálov, ktorými boli študenti poradenstva, zdravotné sestry alebo vychovávatelia, realizované prostredníctvom Redukcie stresu založenej na všímavosti (Mindfulness Stress Reduction, MBSR, Kabat-Zinn, 2003), podporili efektívnosť MBSR na zníženie úrovne stresu (Grossman et al., 2004; Kabat-Zinn, 2003). Williams et al. (2001), ktorí skúmali efektívnosť MBSR u komunitných dobrovoľníkov, uvádzali po jeho realizácii významné zlepšenie zdravotných a psychologických symptómov. Ako príklady štúdií s pozitívnym efektom tréningu všímavosti u študentov poradenstva môžeme uviesť výskum Shapirovej, Brownovej a Biegelovej (2007), ktorý priniesol zistenie o účinnosti tréningu všímavosti v podobe redukcie vnímaného stresu, ale aj úzkosti a úzkostlivosti.

Manotas et al. (2014) aplikovali tréning všímavosti (mindfulness) na súbore 83 pracovníkov zdravotníctva (lekárov, zdravotných sestier a iných pomáhajúcich profesií) na kolumbijskej populácii v Bogote, snažiac sa preskúmať efektívnosť štvortýždňovej intervencie založenej na všímavosti na redukcii depresie, anxiety a vnímaného stresu, súčasne s prešetrením mediačného efektu ruminácie a psychologickej flexibility prostredníctvom randomizovanej štúdie s kontrolnou skupinou. V rámci tejto štúdie boli realizované porovnávanie účastníkov výskumu v úrovni symptómov depresie, anxiety, somatizácie, všeobecných symptómov, vnímaného stresu a pod. pred a po realizácii intervenčného programu. Výsledky odhalili významnú redukcii v anxiete, depresii, somatizácii, vnímanom strese, ako aj významné zvýšenie dvoch dimenzií všímavosti – pozorovania a neposudzovania.

Shapirová et al. (2005) v intervenčnom programe pre klinických pomáhajúcich profesionálov aplikovali metódu redukcie stresu založenej na všímavosti s využitím tak experimentálnej, ako aj kontrolnej skupiny. U účastníkov výskumu, ktorí sa podrobili intervencii typu MBSR (N=18), boli zistené znížené hodnoty vnímaného stresu, ako aj väčšieho sebasúctiu, avšak zmeny medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou neboli štatisticky významné, čo mohlo byť podľa autorov spôsobené malým počtom účastníkov.

Vyhorenie. Štúdií overujúcich efektivitu preventívnych a intervenčných programov v oblasti vyhorenia je celkovo veľmi málo a tiež je málo tých, ktoré využívali experimentálny dizajn výskumu. Potvrzuje to aj štúdia Morseho et al. (2012), ktorí realizovali prehľad ôsmich experimentálnych a kváziexperimentálnych štúdií zaoberajúcich sa redukciou a prevenciou vyhorenia u pomáhajúcich profesií v oblasti duševného zdravia, pracujúcich s osobami s poruchami mentálneho zdravia. Poukázali na to, že tieto štúdie nerozlišovali medzi prevenciou a liečením vyhorenia. Slabinou týchto štúdií je, že kontrolné skupiny neboli ekvivalentné vo väčšine z nich, trpeli vysokou mortalitou (výpadkom trénovaných osôb), malým počtom osôb, rôznorodosťou použitých metód, rôznou dobou trvania (od jednoduchých po viacmesačné tréningy). Metódy nápravy variovali v značnom rozsahu – využívali behaviorálnu rehabilitáciu, edukáciu, tréning založený na psychosociálnych intervenciách, edukačné informácie o závažných mentálnych poruchách, kognitívno-behaviorálne intervencie v podobe kognitívneho reštruktúrovania, relaxačného tréningu, tréningu komunikácie a sociálnych spôsobilostí, tréning asertivity, kognitívny reštrukturačný tréning na zvládanie emócií v práci s klientmi so závažnou mentálnou chorobou a pod. Salyersová et al. (2011) využili programové aktivity typu kognitívno-behaviorálnych spôsobilostí zvládania v kombinácii s inými stratégiami, vrátane mindfulness, mediácie a pod. Výsledky týchto programov sa prejavili buď redukciou všetkých troch zložiek vyhorenia podľa koncepcie Maslachovej (emocionálneho vyčerpania, depersonalizácie, zníženej spokojnosti s pracovným výkonom), iné spôsobili zmeny iba v niektorých zložkách (emocionálnom vyčerpaní, zníženej spokojnosti s pracovným výkonom).

Goodman a Schorling (2012) realizovali v univerzitnom medicínskom centre program pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti rôznych špecializácií, ako boli lekári, zdravotné sestry, psychológovia a sociálni pracovníci (N = 93), vo forme vzdelávacieho kurzu založenom na redukcii stresu na báze všímavosti, ktorý trval osem týždňov s 2,5 hodinovou dotáciou týždenne, plus 7 hodinovým opakovaním. Jednotlivé sedenia obsahovali techniky všímavosti, ako sú skenovanie tela, všímavý pohyb,

meditácia počas chôdze a sedenia, ako aj diskusie zamerané na aplikáciu všímvosti v práci. Merania pred a po ukončení kurzu orientované na dimenzie vyhorenia a subjektívnej pohody podporili efekt výcviku na zníženie emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie ako príznakov vyhorenia, ako aj na posilnenie pocitu spokojnosti s pracovným výkonom a subjektívnej pohody. Napriek evidentnému priaznivému výsledku nemožno posúdiť celkovú efektívnosť tohto intervenčného programu kvôli absencii kontrolnej skupiny.

Metaanalýza výskumov intervenčných programov založených na aktivitách starostlivosti o seba realizovaná Colmanom et al. (2016) podporila predpoklad, že aktivity starostlivosti o seba môžu významne znížiť úroveň stresu, i keď efekt na stres bol menší v porovnaní s pozitívnymi dôsledkami, ako sú životná spokojnosť. Vážny priemerný efekt veľkosti nebol moderovaný typom starostlivosti o seba, dizajnom štúdie alebo charakteristikami účastníkov.

Baerová (2003) uskutočnila metaanalytickú štúdiu venovanú efektívnosti intervencií založených na všímvosti pre rôzne skupiny pacientov, neklinickú populáciu, ako aj pre pomáhajúcich profesionálov, pričom z jej analýzy vyplynulo, že v štúdiu realizovanej Shapirovou et al. (1998) malo u časti študentov pomáhajúcich profesií (medicíny) absolvovanie programu MBSR významný efekt na oblasť psychologických symptómov, empatiu a spirituálne prežívanie, pričom bola v štúdiách účastná aj kontrolná skupina (tzv. čakací zoznam, waiting list). V tomto randomizovanom kontrolnom pokuse boli nájdené významné zmeny v podobe zníženej depresie a anxiety na jednej strane, a významný nárast empatie v porovnaní s kontrolnou skupinou (Shapiro et al., 1998). Uvedené zistenia boli replikované v novej randomizovanej štúdiu so študentmi v oblasti zdravotníctva (Jain et al., 2004).

Awa et al. (2010) identifikovali 25 kontrolovaných (kvázi-experimentálnych alebo randomizovaných kontrolovaných) pokusov/štúdií redukcie vyhorenia v rôznych oblastiach a povolaniach, prevažne v európskych krajinách. Prehľad týchto štúdií naznačil, že prevažujú intervencie zamerané na jednotlivca (68 %) v porovnaní s nízkym podielom organizačne zameraných intervencií (8 %), resp. ich kombináciou (24 %). Sumárne zhodnotenie efektívnosti týchto programov ukázalo ich vysokú účinnosť (80 %) na redukcii vyhorenia, avšak pozitívne intervenčné efekty neboli stabilné v čase. Obmedzením tohto pozitívneho výsledku je, že boli porovnávané intervenčné štúdie zamerané na vyhorenie u rôznych účastníkov, v rôznych prostrediach, s rôznou dĺžkou trvania a zložkami, ich spoločným menovateľom bolo iba vyhorenie.

Zhodnotenie efektívnosti intervenčného programu vyhorenia u ošetrovateliek pracujúcich v oblasti mentálneho zdravia ukázalo nejednoznačné výsledky. Ako užitočné sa prejavili tie intervenčné aktivity, ktoré boli založené na kognitívno-behaviorálnom tréningu (napr. van Dierendonck et al., 1998) alebo psychosociálnom intervenčnom tréningu (Ewersa et al., 2002), ktoré poskytli tréning psychosociálnych intervencií na zlepšenie spôsobilostí zvládania a postojov obsahujúci vzdelávanie o vážnych poruchách mentálneho zdravia a intervenčných stratégiách s výsledným signifikantným znížením všetkých troch zložiek vyhorenia u forenzných zdravotných psychiatrických sestier/ošetrovateliek.

Intervencie, ktoré sú založené na vzájomnej výpomoci, napríklad sociálnej opore zo strany kolegov pedagógov (Sarros, Sarros, 1992), sa ukazujú ako málo efektívne. Intervencie, ktoré sa zameriavajú na stresor priamo, sú pravdepodobne účinnejšie, ako typy intervencií založené na sociálnej opore, môže ísť napríklad o podporu kooperatívnej práce a kooperatívneho školského prostredia.

Problematickou a málo rozvíjanou oblasťou je *tvorba sebainštrukčných programov*, ktoré by riešili problémy vyhorenia, únavy z pomáhania a sekundárneho traumatického stresu ako súčasť starostlivosti o seba. Sebainštrukčný program je kognitívna technika, pri ktorej sa klient učí vedome riadiť svoje správanie cez prehováranie k sebe samému. V prípade eliminácie negatívnych dôsledkov pomáhania sa využíva napríklad ako súčasť tréningu všímvosti (Kabat-Zinn, 2003).

1.3.2. Intervenčné programy zamerané na zvýšenie starostlivosti o seba a pozitívnych dôsledkov pomáhania

V rámci overovania intervenčných programov sa časť autorov venovala aj pozitívnym dôsledkom, ktoré môžu vyplynúť z využitia rôznych intervencií v kontexte starostlivosti o seba. Efektivite psychoterapie, ako dôležitej súčasťi psychologickej starostlivosti u pomáhajúcich profesionálov, napríklad psychológov, sociálnych pracovníkov, je venovaná minimálna pozornosť.

Efektivita osobnej psychoterapie pre psychológov. Norcross (2005) konštatuje, že nie sú k dispozícii randomizované klinické pokusy o efektivite osobnej psychoterapie u psychológov, avšak psychoterapeuti subjektívne referujú o jej užitočnosti (90 %) alebo vplyve na vlastný profesionálny rozvoj (75 %), čo podporuje osobnú psychoterapiu ako jednu z úspešných metód starostlivosti o seba.

Sebautičinnosť poskytovateľov starostlivosti. Oman et al. (2008) skúmali, ako spirituálne založený program (modifikácia programu

Easwarana, 1991), vplýva na sebaúčinnosť pracovníkov poskytujúcich starostlivosť. Program obsahoval osem aktivít: 1) meditácia – opakovanie inšpirujúcich pasáží náboženských textov; 2) tiché opakovanie svätých slov alebo mantry; 3) upokojenie – stanovenie si priorit s redukciou stresu spôsobeného náhlením; 4) fokusovanie – zameriavanie sa na jednu záležitosť súčasne; 5) tréning zmyslov – prekonávanie naučených zvykov a naučenie sa radovať; 6) uprednostňovanie iných – oslobodenie sa od sebeckosti a separácie, nájdenie radosti v pomáhani iným; 7) spirituálne spojenie – pravidelné trávenie času s inými účastníkmi programu, pre získanie vzájomnej inšpirácie a podpory; 8) inšpiratívne čítanie – o veľkých osobnostiach spirituality a náboženstva. Overovanie programu prebiehalo ako kontrolovaná randomizovaná štúdia s kontrolnou skupinou. Zmeny sebaúčinnosti boli významné v porovnaní s kontrolnou skupinou a pretrvávali aj po piatich mesiacoch od ukončenia tréningu.

Podpora psychologického fungovania. Lykins a Baerová (2009) poukázali na efektívnosť praktizovania techník všímanosti na podporu psychologického fungovania a redukcii maladaptívnych vzorcov správania v dlhodobom horizonte, pričom u účastníkov intervenčného programu sa zvýšilo subjektívne prežívanie sebauvedomovania, vhl'adu, súcitu, ako aj schopnosti sebaregulácie.

Stručný prehľad efektivity intervenčných programov zameraných na prekonávanie negatívnych dôsledkov vykonávania pomáhajúcich profesií, ako aj posilnenie starostlivosti o seba, poukázal na nedostatok potrebných poznatkov, ktoré by bolo možné využiť pri zostavovaní a overovaní intervenčného programu vhodného pre pomáhajúcich profesionálov pracujúcich v sociálnej sfére. Z tohto bádania, ako aj z predošlých výskumných aktivít autoriek a ich spoluautorov jednoznačne vyplýva potreba venovať výskumné úsilie zamerané na tvorbu a overovanie intervenčného programu uvedeného druhu, pre vyššie spomenutú skupinu pomáhajúcich profesionálov.

Štúdium odbornej literatúry spolu s analýzou výsledkov zahraničných výskumných štúdií a vlastných empirických zistení v oblasti starostlivosti o seba a dôsledkov pomáhania viedlo k zostaveniu intervenčného programu, ktorý sme podrobne popísali v publikácii „*Ako sa o seba starám? Intervenčný program na podporu starostlivosti o seba pre pomáhajúce profesie*“ (Köverová et al., 2019). Táto publikácia je v skrátenej verzii dostupná online na platforme ResearchGate, jej plnú verziu radi poskytneme na požiadanie cez ResearchGate alebo mailom (miroslava.koverova@upjs.sk). Výsledky overovania účinnosti tohto intervenčného programu predstavíme v nasledujúcej časti monografie.

2. Intervenčný program „Ako sa o seba starám?“

Skôr, než pristúpime k prezentovaniu výskumných cieľov, hypotéz, metódy a výsledkov v rámci overovania účinnosti nášho intervenčného programu, priblížime jeho podobu. Keďže podrobný popis intervenčného programu sme publikovali v samostatnom výstupe (Köverová et al., 2019), na tomto mieste zhrnieme iba tie najdôležitejšie informácie, aby si čitateľ mohol vytvoriť ucelenú predstavu o jeho zameraní a obsahu.

2.1. Zameranie intervenčného programu

Intervenčný program *Ako sa o seba starám?* bol zameraný na rozvoj starostlivosti o seba u pomáhajúcich pracovníkov, ktorí pôsobili v oblasti poskytovania sociálnych služieb (Köverová et al., 2019). Zamerali sme sa na kontaktných pracovníkov v oblasti výkonu sociálnej práce, ktorí priamo pracujú s klientmi. Na základe vyššie uvedených teoretických a výskumných východísk sme predpokladali, že nácvik techník v oblasti starostlivosti o seba bude mať efekt na frekvenciu vykonávania aktivít starostlivosti o seba a mieru prežívania pozitívnych a negatívnych dôsledkov pomáhania po absolvovaní intervenčného programu.

2.2. Popis intervenčného programu

V súlade s teoretickými poznatkami a výskumnými zisteniami sme sa počas intervenčného programu sústredili na edukáciu o starostlivosti o seba a nácvik cielene zvolených aktivít starostlivosti o seba v jej troch kľúčových oblastiach: telesnej starostlivosti o seba, psychologickej starostlivosti o seba a starostlivosti o seba v práci.

Aktivity v oblasti telesnej starostlivosti o seba sa primárne zameriavali na tréning relaxácie a prácu s dychom. Podpora psychologickej starostlivosti o seba sa vzťahovala na nácvik všímanosti (mindfulness) a zvládanie záťažových situácií. Najväčší priestor bol venovaný aktivitám, ktoré sa týkali starostlivosti o seba v práci: časový manažment a nácvik jemných sociálnych zručností (komunikácia na pracovisku, formulovanie negatívnej spätnej väzby, asertivita, riešenie konfliktov, tímová spolupráca) (Köverová et al., 2019).

2.2.1. Časový harmonogram intervenčného programu

Intervenčný program pozostával z dvoch 2-dňových výcvikových stretnutí. Každé výcvikové stretnutie obsahovalo 5 výcvikových blokov v trvaní 60-120 minút (podľa typu aktivity). Po ukončení každého bloku nasledovala 15-minútová prestávka. Druhé výcvikové stretnutie sa uskutočnilo s mesačným časovým odstupom od prvého výcvikového stretnutia.

Pre lepšiu prehľadnosť uvádzame časový harmonogram intervenčného programu v Tab. 1.

Tab. 1 Časový harmonogram intervenčného programu (Köverová et al., 2019)

Prvé výcvikové stretnutie		Trvanie
1. deň	1. blok – Zoznámenie sa	90-120 min.
	2. blok – Starostlivosť o seba	90 min.
	3. blok – Telesná starostlivosť o seba	90-120 min.
2. deň	4. blok – Psychologická starostlivosť o seba a zvládanie	90-120 min.
	5. blok – Časový manažment a pracovná starostlivosť o seba	90 min.
Druhé výcvikové stretnutie		Trvanie
1. deň	1. blok – Vyhodnotenie domácej úlohy	60-90 min.
	2. blok – Sebaregulácia starostlivosti o seba	60-90 min.
	3. blok – Spolupráca a všímavosť	60-90 min.
2. deň	4. blok – Starostlivosť o seba v práci – riešenie konfliktov	90-120 min.
	5. blok – Starostlivosť o seba v práci – negatívna spätná väzba	90 min.

2.2.2. Výcvikové aktivity

Vyčerpávajúci opis každého výcvikového bloku vrátane konkrétnych pracovných listov, ktoré sme používali, tvorí jadro publikácie „*Ako sa o seba starám? Intervenčný program na podporu starostlivosti o seba pre pomáhajúce profesie*“ (Köverová et al., 2019). V tejto kapitole preto prezentujeme iba stručný popis aktivít, ktoré sme realizovali v rámci jednotlivých blokov oboch výcvikových stretnutí. Pre účely monografie sumarizujeme podstatu výcvikových aktivít v Tab. 2 (prvé výcvikové stretnutie) a v Tab. 3 (druhé výcvikové stretnutie).

Tab. 2 Popis aktivít v rámci prvého výcvikového stretnutia (Köverová et al., 2019)

Názov aktivity	Popis aktivity
Zoznámene sa	<p>Cieľom prvého bloku bolo zoznámenie sa účastníkov a lektorov. Obsahoval krátke aktivity na uvoľnenie atmosféry a predstavenie všetkých zúčastnených. Súčasťou bola tvorba vizitiek a pravidiel, ktoré sa následne dodržiavali počas celého výcviku.</p> <p>Hlavná aktivita bola zameraná na uvedenie si toho, čo môžu účastníci vo svojom pracovnom živote kontrolovať, ovplyvňovať a takisto toho, čo v práci ovplyvniť nedokážu. Do týchto troch kategórií zaraďovali rôzne aspekty pracovného života, ktoré dostali vytlačené na lístkoch v obálkach. V rámci diskusie sme spoločne dospeli k finálnemu zaradeniu jednotlivých kartičiek, ktorých súčasťou bola aj starostlivosť o seba. Dominantne sme sa sústredili na tie činnosti, ktoré sme schopní mať plne pod kontrolou. Patrí sem aj starostlivosť o seba, ktorú počas výcviku budeme rozvíjať.</p>
Starostlivosť o seba	<p>Druhý blok bol zameraný na edukáciu o starostlivosti o seba. Účastníci do pracovných listov napísali, ako sa o seba starajú. Následne sme tieto činnosti v spoločnej diskusii rozdeľovali do jednotlivých oblastí starostlivosti o seba (telesná, psychologická, sociálna, spirituálna, pracovná). Objasnili sme pojem starostlivosť o seba, definovali jej druhy a rozprávali sa o tom, ktoré z nich môžu byť pre účastníkov nápomocné. Účastníci si tak mohli uvedomiť variabilitu aktivít starostlivosti o seba. Zároveň získali náhľad na to, aké aktivity sami preferujú, prípadne ktoré môžu do svojho života zaradiť.</p>
Telesná starostlivosť o seba	<p>V treťom bloku sme sa sústredili na nácvik dvoch techník telesnej starostlivosti o seba: relaxácie a vedomého dýchania. Súčasťou bola edukácia o telesnej starostlivosti o seba. Diskutovali sme aj o tom, ako sa na somatickej úrovni prejavuje záťaž a aké sú možnosti eliminácie týchto symptómov pomocou techník telesnej starostlivosti o seba.</p>
Psychologická starostlivosť o seba a zvládanie	<p>Podstatou štvrtého bloku bola diskusia o možnostiach riešenia reálnych pracovných problémov účastníkov s dôrazom na edukáciu o spôsoboch zvládania záťaže: zvládanie zameranom na problém, zvládanie zameranom na emócie a vyhýbanie.</p>
Časový manažment a pracovná starostlivosť o seba	<p>V piatom bloku sme sa usilovali o rozvíjanie náhľadu na jednu zo súčastí pracovnej starostlivosti o seba: manažment času počas pracovnej doby. Účastníci do pracovného listu zapisovali aktivity bežného pracovného dňa spolu s časom ich trvania a farebne ich odlišili podľa troch kritérií (čo nepočká – musím to urobiť, čo počká – môžem to odložiť na neskôr, čo robím rád – chcem to robiť). Diskutovali sme o tom, koľko času im zaberajú jednotlivé aktivity, ktorý typ činností v ich pracovnom rozvrhu prevláda a tiež o tom, či a ako by sa dal ich pracovný rozvrh zlepšiť.</p>

Tab. 3 Popis aktivít v rámci druhého výcvikového stretnutia (Köverová et al., 2019)

Názov aktivity	Popis aktivity
Vyhodnotenie domácej úlohy	<p>Počas úvodného bloku druhého výcvikového stretnutia sme vyhodnocovali domácu úlohu, ktorú účastníci dostali na záver prvého výcvikového stretnutia. Počas mesiaca, ktorý uplynul medzi oboma stretnutiami, si mali do záznamových hárkov denne zapisovať, aké konkrétne aktivity starostlivosti o seba vykonávali. Diskutovali sme o typoch vykonávaných aktivít, motivácii k nim (musel som, chcel som), miere vynakladaného úsilia alebo o emóciách, ktoré pociťovali pri plnení tejto úlohy. Cieľom bolo práve to, aby účastníci získali hlbší náhľad na tieto súčasti vykonávanej starostlivosti o seba.</p>
Sebaregulácia starostlivosti o seba	<p>Aktivita druhého bloku bola zameraná na aktívne plánovanie starostlivosti o seba. Účastníci dostali pracovný list, v ktorom si mali zapísať svoj obvyklý denný rozvrh (pracovné aj súkromné aktivity počas 24 hodín). Potom si mali z vypracovanej domácej úlohy vybrať dve nové aktivity starostlivosti o seba, ktoré by reálne vedeli a zároveň chceli zaradiť do svojho dňa tak, aby ich vykonávali pravidelne. Pre tieto dve zvolené činnosti mali najšť vhodný čas v dennom pláne a napísať, čo konkrétne by mali urobiť pre to, aby sa stali súčasťou ich života. Výstupom bolo naplánovanie starostlivosti o seba.</p>
Spolupráca a všímavosť	<p>V treťom bloku sme realizovali dve aktivity. Prvou bola skupinová práca na zadanej úlohe, ktorú účastníci vykonávali v 4-5 členných tímoch. Po ukončení práce nasledovala diskusia, počas ktorej mohli získať lepší náhľad na vlastný spôsob práce v skupine a uvedomiť si presah do reálneho pracovného života. Dôraz sme kládli na význam spolupráce s kolegami ako dôležitej súčasti pracovnej starostlivosti o seba, ktorá prispieva k pozitívnym vzťahom na pracovisku.</p> <p>Druhou aktivitou bol nácvik všímavosti ako vedomej pozornosti (psychologická starostlivosť o seba). Účastníci zavreli oči a podľa inštrukcií lektora aktívne sústredili svoju pozornosť striedavo na vonkajšie a vnútorné podnety. Nasledovala diskusia o tejto aktivite a význame schopnosti vedomej pozornosti v každodennom živote.</p>
Starostlivosť o seba v práci – riešenie konfliktov	<p>V štvrtom bloku sme diskutovali o spôsoboch riešenia konfliktov. Účastníci vyplnili dotazník, v ktorom sa dozvedeli, aký štýl riešenia konfliktov preferujú. Rozoberali sme výhody a nevýhody každého štýlu riešenia konfliktov a uvádzali príklady situácií, v ktorých sú jednotlivé štýly opodstatnené.</p>
Starostlivosť o seba v práci – negatívna spätná väzba	<p>Posledný blok bol venovaný nácviku poskytovania negatívnej spätnej väzby a asertívnej komunikácie. Účastníci sa naučili kľúčové pravidlá efektívneho formulovania negatívnej spätnej väzby a základné asertívne techniky. Následne si obe zručnosti trénovali na modelových situáciách z pracovného prostredia.</p>

2.2.3. Požiadavky na lektorov a účastníkov

Intervenčný program bol navrhnutý pre cieľovú skupinu pomáhajúcich pracovníkov. Z hľadiska požiadaviek na účastníkov a lektorov je vhodné zohľadňovať základné zásady vedenia výcvikových skupín (Kolařík, 2011).

Čo sa týka účastníkov, odporúčame skupiny s maximálnym počtom 16 ľudí. S ohľadom na dodržanie dĺžky výcvikových blokov (60-90 min; max. 120 min.), ale aj na bezproblémové vedenie skupiny či skupinovú dynamiku sú optimálne 8-12 členné skupiny. Účastníci počas jednotlivých blokov sedia v kruhu. Takisto je žiaduce, aby sa pomáhajúci pracovníci zúčastnili intervenčného programu z vnútornej motivácie.

Lektori by mali mať zvládnuté všetky výcvikové aktivity, ovládať techniky obsiahnuté vo výcviku a mať na zreteli ciele každého bloku, aby intervenčný program splnil svoj účel. Ideálne je, ak lektori majú možnosť zúčastniť sa intervenčného programu najprv ako frekventanti, aby si jednotlivé aktivity vyskúšali na sebe. Alternatívou je absolvovať intervenčný program ako lektor vo výcviku so skúseným lektorom – supervízorom. Z hľadiska počtu postačujú na jednu výcvikovú skupinu dvaja lektori. Ak má skupina menej členov, môže ju viesť aj jeden skúsený lektor.

3. Overovanie účinnosti intervenčného programu

V tejto kapitole prezentujeme ciele, metodológiu a výsledky výskumu overovania účinnosti intervenčného programu, ktorý sme rámcovo prezentovali v predchádzajúcej časti.

3.1. Ciele výskumu

Naším výskumným cieľom bolo overiť efektivitu intervenčného programu, ktorý bol zameraný na podporu starostlivosti o seba u pomáhajúcich pracovníkov. Absolvovanie intervenčného programu malo zvýšiť povedomie pomáhajúcich pracovníkov o starostlivosti o seba, rozvíjať ich zručnosti v tejto oblasti a v konečnom dôsledku podporiť prežívanie pozitívnych dôsledkov pomáhanie a redukovat' prežívanie negatívnych dôsledkov pomáhanie.

3.2. Výskumné otázky a hypotézy

Zaujímalo nás, či absolvovanie intervenčného programu so zameraním na starostlivosť o seba:

1. zvýši frekvenciu vykonávania aktivít starostlivosti o seba,
2. zvýši prežívanie pozitívnych dôsledkov pomáhanie a
3. zníži prežívanie negatívnych dôsledkov pomáhanie.

Očakávali sme, že absolvovanie intervenčného programu bude mať efekt na tieto tri oblasti. Konkrétne:

1. Experimentálna a kontrolná skupina sa budú signifikantne líšiť vo frekvencii vykonávania aktivít v starostlivosti o seba po ukončení intervenčného programu. Experimentálna skupina bude po absolvovaní intervenčného programu vypovedať o častejšom vykonávaní aktivít starostlivosti o seba v porovnaní s kontrolnou skupinou.
2. Experimentálna a kontrolná skupina sa budú signifikantne líšiť vo frekvencii prežívania pozitívnych dôsledkov pomáhanie po ukončení intervenčného programu. Experimentálna skupina bude po absolvovaní intervenčného programu vypovedať o častejšom prežívaní pozitívnych dôsledkov pomáhanie v porovnaní s kontrolnou skupinou.
3. Experimentálna a kontrolná skupina sa budú signifikantne líšiť vo frekvencii prežívania negatívnych dôsledkov pomáhanie po

ukončení intervenčného programu. Experimentálna skupina bude po absolvovaní intervenčného programu vypovedať o menej častom prežívaní negatívnych dôsledkov pomáhania v porovnaní s kontrolnou skupinou.

3.3. Metóda

3.3.1. Výskumný dizajn

Výskumné hypotézy sme overovali experimentálne. Postup zostavovania experimentálnej a kontrolnej skupiny pozostával z viacerých krokov. Najprv sme zo zoznamu poskytovateľov sociálnej starostlivosti, ktorý je dostupný na webovej stránke Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR (<https://www.employment.gov.sk/sk>) náhodným spôsobom vybrali zariadenia v každom slovenskom kraji a v priebehu roka 2016 sme ich oslovili s ponukou spolupráce na výskume. Spomedzi celkového počtu 45 zariadení prejavilo v tejto etape 15 záujem o účasť v intervenčnom programe.

V nasledujúcom období (rok 2017) sme pracovali na zostavovaní intervenčného programu. Po jeho dokončení sme na prelome rokov 2017 a 2018 opätovne kontaktovali tie zariadenia, ktoré mali záujem absolvovať ho. V tejto etape kladne reagovalo už len 5 zariadení, ktoré sme zaradili do výcviku. Zamestnancov týchto zariadení sme náhodne rozdelili do kontrolných a experimentálnych skupín.

Celkovo sme zostavili 5 experimentálnych skupín, ktoré absolvovali intervenčný program v podobe popísanej vyššie. Intervenčný program prebiehal v troch termínoch pod vedením troch skupín lektorov. Dve experimentálne skupiny ho absolvovali v jari 2018 (máj a jún), dve experimentálne skupiny sa ho zúčastnili začiatkom jesene 2018 (september a október) a posledná experimentálna skupina ho podstúpila koncom jesene 2018 (november a december). V máji, septembri a novembri prebehlo u všetkých skupín prvé výcvikové stretnutie a následne s odstupom jedného mesiaca (t.j. v júni, októbri, resp. decembri) sa uskutočnilo druhé výcvikové stretnutie.

Kontrolné skupiny boli 3 a žiadnu intervenciu nepodstúpili. Zostavovali sme ich pre každý z troch termínov realizácie intervenčného programu samostatne, preto je ich počet oproti experimentálnym skupinám nižší. Chceli sme tým zabezpečiť, aby dáta získané od kontrolnej skupiny boli získavané v rovnakom čase ako dáta od paralelnej experimentálnej skupiny. Prvá kontrolná skupina bola preto zostavená pre dvojicu experimentálnych skupín, ktoré intervenčný program absolvovali na jar

2018. Druhá kontrolná skupina bola zostavená pre dve experimentálne skupiny, ktoré sa intervenčného programu zúčastnili začiatkom jesene 2018. Posledná kontrolná skupina na výskume spolupracovala v novembri a decembri 2018.

V roku 2019, po ukončení intervenčných programov, sme začali s analýzou získaných dát. V čase prípravy tejto monografie boli dokončené analýzy pre jednu dvojicu experimentálnej a kontrolnej skupiny, ktoré na výskume spolupracovali v máji a júni 2018. V nasledujúcej časti monografie preto budeme prezentovať už len zistenia, ktoré sa vzťahujú na tieto dve skupiny účastníkov intervenčného programu.

3.3.2. Výskumný súbor

Výskumný súbor pre účely tejto monografie zahŕňal jednu experimentálnu a jednu kontrolnú skupinu, ktoré výcvik absolvovali v máji a júni 2018. Obe skupiny boli rovnocenné z hľadiska demografických charakteristík, v tomto ohľade medzi nimi neboli prítomné signifikantné rozdiely.

Experimentálna skupina pozostávala zo 16 pomáhajúcich pracovníkov, z toho 13 žien (81,3 %) a 3 mužov vo veku 22-63 rokov ($M = 44,62$; $SD = 13,74$) a dĺžkou praxe 1-40 rokov ($M = 7,62$; $SD = 11,11$). Jej členovia pochádzali zo zariadení sociálnej starostlivosti zo Žilinského (13), Prešovského (2) a Banskobystrického kraja (1). Vzdelanie účastníkov bolo vysokoškolské (7), stredoškolské s maturitou (7) a stredoškolské bez maturity (2). Ich pracovné zaradenie bolo nasledovné: ošetrovatelia (6), inštruktori sociálnej rehabilitácie (4), sociálni pracovníci (3), psychológ, zdravotná sestra a fyzioterapeut. V priamom kontakte s klientmi pracovali v týždennom rozsahu: 3-10 hodín (12,5 %), 11-18 hodín (12,5 %), 19-27 hodín (6,3 %), 28-36 hodín (25 %) a viac ako 36 hodín (43,7 %).

Kontrolná skupina pozostávala z 18 pomáhajúcich pracovníkov, z toho 15 žien (83,3 %) a 3 mužov vo veku 28-56 rokov ($M = 41,29$; $SD = 9,12$) a dĺžkou praxe 1-28 rokov ($M = 10,52$; $SD = 8,87$). Štyria členovia kontrolnej skupiny pracovali v zariadeniach sociálnej starostlivosti v Banskobystrickom kraji, 14 v Žilinskom kraji. Ich vzdelanie bolo vysokoškolské (7), stredoškolské s maturitou (7) a stredoškolské bez maturity (4). Podľa typu profesie boli zastúpení ošetrovatelia a opatrovatelia (9), zdravotné sestry (4), sociálni pracovníci (2) a psychológ, dvaja neuviedli profesiu. V priamom kontakte s klientmi svojich zariadení pracovali v týždennom rozsahu: 3-10 hodín (5,6 %), 11-18 hodín (11,1 %), 19-27 hodín (11,1 %), 28-36 hodín (44,4 %) a viac ako 36 hodín (27,8 %).

3.3.3. Výskumné nástroje

Vo výskume sme použili tri skupiny výskumných nástrojov. Prvým bola **dotazníková batéria**, ktorú vyplňali členovia experimentálnej aj kontrolnej skupiny dvakrát: v úvode intervenčného programu pred začiatkom prvého výcvikového stretnutia (v máji) a po ukončení druhého výcvikového stretnutia v závere intervenčného programu (v júni).

Dotazníková batéria pozostávala z piatich nástrojov, ktoré boli zamerané na zisťovanie starostlivosti o seba, štyroch negatívnych dôsledkov pomáhania (emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie ako faktorov vyhorenia, sekundárneho traumatického stresu a vnímaného stresu) a troch pozitívnych dôsledkov pomáhania (spokojnosti s pracovným výkonom, zadosťučinenia z pomáhania a pracovnej spokojnosti). Jednotlivé výskumné nástroje v nasledujúcej časti popíšeme.

Dotazník vykonávanej starostlivosti o seba (VSS-3; Lichner, Halachová, Lovaš, 2018). Tento dotazník bol vytvorený pre účely grantového projektu APVV 14-0921 s cieľom zachytiť variabilitu aktivít starostlivosti o seba u pomáhajúcich pracovníkov. Pozostáva z 50 položiek, ktoré sa pýtajú na spôsoby starostlivosti o seba (napr. „Denne relaxujem.“, „Športujem.“, „Trávim čas s rodinou a priateľmi.“, „Aktívne sa zúčastňujem supervízie.“, „Vytváram dobrú atmosféru na pracovisku.“). Pomáhajúci pracovníci na tento dotazník odpovedali dvoma spôsobmi: najprv na 6-bodovej škále uvádzali, nakoľko sa danú aktivitu snažia vykonávať (1 = vôbec sa nesnažím, 6 = veľmi sa snažím) a následne posudzovali, nakoľko každú aktivitu naozaj vykonávajú (1 = vôbec nie, 6 = rozhodne áno). Týmto spôsobom sme chceli odlišiť aktívne úsilie a reálne vykonávanie jednotlivých aktivít starostlivosti o seba. V analýzach sme pracovali s každou položkou dotazníka VSS-3 samostatne.

Maslachovej Dotazník vyhorenia (MBI-HSS; Maslach, Jackson, 1981; Maslach, Jackson, Leiter, 1996; slovenská adaptácia Ráczová, Köverová, v recenznom konaní). MBI-HSS je 22-položkový nástroj zameraný na subjektívne posúdenie miery prežívania troch aspektov vyhorenia u pracovníkov pomáhajúcich profesií: emocionálneho vyčerpania (EE – 9 položiek; napr. „Moja práca ma citovo vyčerpáva.“), depersonalizácie (DEP – 5 položiek; napr. „Mám pocit, že sa k niektorým klientom správam tak, akoby boli neosobnými vecami.“) a zníženej spokojnosti s pracovným výkonom (PA – 8 položiek, ktoré sa skórujú reverzne v prípade výpočtu celkového HS; napr. „Osobná práca s mojimi klientmi vo mne vyvoláva pocity nadšenia a povzbudenia.“). V našom výskume sme položky poslednej subškály neprepólovali, ale pracovali sme s ňou ako s ukazovateľom pozitívneho dôsledku pomáhania: spokojnosti

s pracovným výkonom. Na položky MBI-HSS sa odpovedá na 7-bodovej škále (0 = nikdy, 6 = denne). Vyššie skóre v našom prípade poukazovalo na častejšie prežívanie emocionálneho vyčerpania, depersonalizácie a spokojnosti s pracovným výkonom. Psychometrické vlastnosti slovenskej adaptácie MBI-HSS (reliabilita, faktorová štruktúra) sa v adaptačnej štúdií ukázali ako vyhovujúce (Ráczová, Köverová, v recenznom konaní). Dotazník sme používali so súhlasom autorov. Pre účely spätného prekladu jeho anglickej verzie do slovenčiny a následnej administrácie pre výskumné účely v počte 1000 kópií bola od spoločnosti Mind Garden, inc. zakúpená licencia s číslom TA-673.

Škála profesijnej kvality života (ProQOL 5; Stamm, 2010; slovenská adaptácia Köverová, 2016, 2018b). Tento 30-položkový nástroj zisťuje frekvenciu prežívania pozitívnych a negatívnych dôsledkov pomáhania s využitím 5-bodovej škály (1 = nikdy, 5 = veľmi často). ProQOL 5 obsahuje tri subškály: zadosťučinenie z pomáhania (10 položiek, napr. „Schopnosť pomáhať ľuďom ma naplňa spokojnosťou.“), vyhorenie (10 položiek, z toho 5 reverzných, napr. „Ako pomáhajúci sa cítim byť zahltený mojou prácou.“) a sekundárny traumatický stres (10 položiek, napr. „Myslím si, že ma mohol ovplyvniť traumatický stres tých, ktorým pomáham.“). Pre účely intervenčného programu sme v dotazníkovej batérii využili iba položky pre 2 faktory: zadosťučinenie z pomáhania a sekundárny traumatický stres. Čím vyššie skóre respondenti v oboch faktoroch získali, tým častejšie tieto dôsledky pomáhania prežívali. Slovenská verzia ProQOL 5 je reliabilný a validný nástroj (Köverová, 2016, 2018b). Súhlas na preklad nástroja do slovenčiny a jeho výskumnú administráciu sme získali online cez webovú stránku dotazníka (http://www.proqol.org/Request_Use_Permission_WTRJ.html). Slovenská verzia je zároveň zverejnená na oficiálnej webovej stránke https://proqol.org/ProQol_Test.html.

Dotazník pracovnej spokojnosti (JSS; Spector, 1985; slovenská adaptácia Mesárošová, 2016; Nezkusilová, Mesárošová, 2018). JSS je 36-položkový nástroj, ktorý zisťuje mieru pracovnej spokojnosti u pomáhajúcich pracovníkov v deviatich oblastiach (každú tvoria 4 položky): plat (napr. „Myslím si, že som spravodlivo finančne ohodnotený za prácu, ktorú robím.“), možnosti povýšenia (napr. „Som spokojný s možnosťami môjho povýšenia.“), supervízia (napr. „Mám rád svojho nadriadeného.“), benefity (napr. „Pracovné výhody, ktoré máme, sú spravodlivé.“), ocenenie (napr. „Keď vykonám dobrú prácu, dostanem zaslúžené uznanie.“), pracovné podmienky (napr. „V práci mám príliš veľa roboty.“ – reverzné skórovanie), spolupracovníci (napr. „Mám rád ľudí, s ktorými pracujem.“), povaha práce (napr. „Rád robím veci, ktoré sú náplňou mojej práce.“) a

komunikácia (napr. „Komunikácia na našom pracovisku je dobrá.“). Na položky sa odpovedá pomocou 6-bodovej škály (1 = rozhodne nesúhlasím, 6 = rozhodne súhlasím). Čím vyššie je skóre v jednotlivých faktoroch, tým je zamestnanec spokojnejší s príslušnými aspektmi práce. Spočítaním deviatich čiastkových skóre získame ukazovateľ celkovej pracovnej spokojnosti. Psychometrické vlastnosti slovenskej verzie škály JSS boli vyhovujúce, no pôvodná faktorová štruktúra nebola potvrdená. V slovenskej verzii tvorili plat, možnosti povýšenia, benefity a ocenenie jeden spoločný faktor (faktor odmien) a supervízia, komunikácia a spolupracovníci druhý spoločný faktor (sociálne aspekty pracovnej spokojnosti) (Nezkusilová, Mesárošová, 2018).

Škála vnímaného stresu (PSS-10; Cohen, Kamarack, Mermelstein, 1983; slovenská adaptácia Ráčzová, Hricová, Lovašová, 2018). PSS-10 je krátky sebaopisový nástroj pozostávajúci z 10 položiek, ktoré umožňujú zistiť mieru vnímaného stresu (napr. „Ako často za posledný mesiac ste sa cítili nervózni/-a alebo „vystresovaný/-á“?). Na otázky sa odpovedá pomocou 5-bodovej škály (0 = nikdy, 4 = veľmi často). Čím je výsledné skóre vyššie, tým je miera vnímaného stresu častejšia. Slovenská verzia PSS-10 je reliabilná a validná (Ráčzová, Hricová, Lovašová, 2018). Pôvodná verzia škály v anglickom jazyku je so súhlasom autorov zverejnená online pre jej nekomerčné využitie vo výskume (<http://www.mindgarden.com/docs/PerceivedStressScale.pdf>).

Druhú časť nástrojov tvorili **krátke škály**, ktoré vyplňali iba členovia experimentálnej skupiny. Tieto škály pozostávali zo šiestich otázok, ktoré sa osobitne pýtali na mieru prežívania stresu, vyhorenia, emocionálneho vyčerpania, únavy vyplývajúcej z pomáhajúcej práce, spokojnosti vyplývajúcej z pomáhajúcej práce a spokojnosti s pracovným výkonom (1 = minimálna miera, 4 = maximálna miera).

Dôvodom zaradenia týchto šiestich otázok bol záujem o zachytenie okamžitého, krátkodobého účinku intervencie bezprostredne po ukončení prvého aj druhého výcvikového stretnutia časovo nenáročným spôsobom. Krátke škály totiž respondenti vyplňali celkovo štyrikrát: na začiatku a na konci prvého aj druhého výcvikového stretnutia (teda dvakrát v máji a dvakrát v júni). Ak by sme pre tento účel zvolili štandardizované nástroje z dotazníkovej batérie, ktorými sme sa pýtali na rovnaké psychologické dôsledky, bolo by to pre účastníkov časovo aj kognitívne náročnejšie. Tí by museli batériu vyplniť ešte aj po ukončení prvého a pred začiatkom druhého výcvikového stretnutia, teda nie dvakrát, ale takisto až štyrikrát.

Tretou skupinou výskumných nástrojov boli *spätné väzby*, v ktorých sme sa účastníkov pýtali na zhodnotenie jednotlivých výcvikových blokov (v závere každého dňa) a intervenčného programu ako celku (po ukončení každého výcvikového stretnutia). Konkrétne znenia otázok uvádzame vo výsledkovej časti, ktorej súčasťou je analýza odpovedí získaných v spätných väzbách.

3.3.4. Štatistické analýzy

Rozdiely medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou v sledovaných premenných sme overovali pomocou parametrických alebo neparametrických štatistických metód. Na analýzu rozdielov medzi skupinami vo vykonávanej starostlivosti o seba sme použili U-testy, nakoľko neboli splnené podmienky pre parametrické t-testy (zachovanie normality distribúcie).

Hrubé skóre sledovaných negatívnych a pozitívnych dôsledkov pomáhania bolo normálne rozložené v experimentálnej aj kontrolnej skupine. Rozdiely medzi oboma skupinami v týchto premenných sme preto overovali t-testami pre dva nezávislé výbery.

Odpovede členov experimentálnej aj kontrolnej skupiny sme osobitne porovnávali aj v čase. Pre tento účel sme využili buď neparametrické metódy (pri vykonávanej starostlivosti o seba) alebo parametrické t-testy pre párové merania (v prípade negatívnych a pozitívnych dôsledkov pomáhania).

Rozdiely medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou v čase sme analyzovali aj pomocou ANOVY (zmiešaný model 2x2) s cieľom overiť efekt interakcie a získať tak komplexnejší pohľad na účinnosť intervenčného programu.

Spätné väzby na intervenčný program sme analyzovali s využitím deskriptívnej štatistiky.

3.4. Výsledky overovania efektivity intervenčného programu

V tejto časti prezentujeme výsledky štatistického overovania troch formulovaných výskumných hypotéz. Popisujeme analýzy rozdielov medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou v starostlivosti o seba, v prežívaní negatívnych dôsledkov pomáhania a v prežívaní pozitívnych dôsledkov pomáhania pred začiatkom intervenčného programu a po jeho ukončení. Takisto uvádzame analýzu spätných väzieb na intervenčný program, ktoré pomáhajúci pracovníci vyplnili po absolvovaní výcvikových aktivít.

3.4.1. *Analýza rozdielov v starostlivosti o seba*

V rámci starostlivosti o seba sme overovali, či sa v tejto premennej líšili experimentálna a kontrolná skupina pred začiatkom intervenčného programu a po jeho ukončení. Zamerali sme sa na analýzu rozdielov v odpovediach na jednotlivé položky, nie v celkovom hrubom skóre. Vzhľadom na rôznorodosť obsahu všetkých 50 položiek dotazníka VSS-3 má totiž takáto analýza vyššiu výpovednú hodnotu ako porovnanie jedného hrubého skóre medzi skupinami.

Podľa výsledkov Kolmogorovho-Smirnovho testu distribúcia odpovedí na väčšinu položiek dotazníka VSS-3 nezodpovedala normálnemu rozloženiu v experimentálnej ani v kontrolnej skupine, preto sme na testovanie rozdielov medzi oboma skupinami využili neparametrické U-testy.

Pripomíname, že na položky dotazníka VSS-3 odpovedali pomáhajúci pracovníci dvoma spôsobmi: 1. nakoľko sa snažím vykonávať každú aktivitu starostlivosti o seba a 2. nakoľko ju naozaj vykonávam. Keď sme sa pozreli na rozdiely v odpovediach na položky VSS-3, ak pomáhajúci pracovníci posudzovali mieru svojho úsilia, zistili sme významné rozdiely medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou pred začiatkom intervenčného programu vo ôsmich položkách z 50 (Tab. 4). Členovia experimentálnej skupiny pred výcvikom uvádzali, že sa usilujú viac o týchto sedem aktivít: využívanie pracovných prestávok; vykonávanie pracovných aktivít, ktoré ich bavia; relaxácia; trávenie času s ľuďmi, ktorých spoločnosť ich teší; dostatočný spánok; kontrola nad vlastnými pocitmi a potrebami a vyhľadávanie informácií o starostlivosti o fyzické zdravie. Členovia kontrolnej skupiny pred výcvikom uviedli, že sa viac usilujú o jednu aktivitu: členstvo v profesijných organizáciách (Tab. 4).

V prípade posudzovania reálneho vykonávania aktivít starostlivosti o seba sme pred začiatkom intervenčného programu zistili rozdiely medzi skupinami iba v položke č. 11: kontrolná skupina uvádzala, že sa viac reálne angažuje v profesijných organizáciách ($Me_{KON} = 5,0$; $Me_{EXP} = 1,0$; $U = 222,5$; $p = 0,005$).

Po absolvovaní intervenčného programu boli medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou zistené štatisticky významné rozdiely v odpovediach na položku č. 11, a to ako v prípade posudzovania snahy o túto aktivitu ($U = 156,5$; $p < 0,001$), tak aj v prípade hodnotenia miery jej reálneho vykonávania ($U = 145,50$; $p < 0,001$). Oba rozdiely boli v prospech kontrolnej skupiny, ktorá sa aj po ukončení intervenčného programu viac usilovala o členstvo v profesijných organizáciách ($Me_{KON} = 5,5$; $Me_{EXP} = 1,0$; Tab. 5) a takisto sa v nich vo vyššej miere aj reálne angažovala (Me_{KON}

= 5,0; $Me_{EXP} = 1,0$). Tento efekt ale nebude súvisieť so samotným intervenčným programom, keďže sa netýkal experimentálnej skupiny. Pravdepodobne bude súvisieť s tým, že v kontrolnej skupine sa stretli angažovanejší pracovníci, čo sa prejavilo na rozdieloch v odpovediach na 11. položku pred aj po intervenčnom programe.

Tab. 4 Signifikantné rozdiely v odpovediach na položky dotazníka VSS-3 (nakoľko sa snažím vykonávať túto aktivitu) medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou pred začiatkom intervenčného programu (máj 2018)

Položka	Skupina	N	Me	U	p																																																												
11. Som členom profesijných organizácií, ktoré sú dôležité pre moju prácu.	Experimentálna	16	1,0	231,00	0,002																																																												
	Kontrolná	18	5,0			17. Využívam pracovné prestávky.	Experimentálna	16	6,0	73,00	0,013	Kontrolná	18	5,0	19. Najviac, ako sa len dá, vykonávam tie pracovné aktivity, ktoré ma bavia.	Experimentálna	16	6,0	75,50	0,016	Kontrolná	18	5,0	40. Denne relaxujem.	Experimentálna	16	6,0	85,50	0,042	Kontrolná	18	4,5	42. Trávim čas s takými ľuďmi, ktorých spoločnosť ma teší.	Experimentálna	16	6,0	86,00	0,046	Kontrolná	18	5,5	43. Spávam toľko, koľko potrebujem.	Experimentálna	16	6,0	69,50	0,008	Kontrolná	18	5,0	48. Snažím sa mať pod kontrolou vlastné pocity a potreby.	Experimentálna	16	6,0	79,00	0,024	Kontrolná	18	5,0	49. Vyhľadávam informácie, ako sa starať o svoje fyzické zdravie.	Experimentálna	16	6,0	70,00	0,009
17. Využívam pracovné prestávky.	Experimentálna	16	6,0	73,00	0,013																																																												
	Kontrolná	18	5,0			19. Najviac, ako sa len dá, vykonávam tie pracovné aktivity, ktoré ma bavia.	Experimentálna	16	6,0	75,50	0,016	Kontrolná	18	5,0	40. Denne relaxujem.	Experimentálna	16	6,0	85,50	0,042	Kontrolná	18	4,5	42. Trávim čas s takými ľuďmi, ktorých spoločnosť ma teší.	Experimentálna	16	6,0	86,00	0,046	Kontrolná	18	5,5	43. Spávam toľko, koľko potrebujem.	Experimentálna	16	6,0	69,50	0,008	Kontrolná	18	5,0	48. Snažím sa mať pod kontrolou vlastné pocity a potreby.	Experimentálna	16	6,0	79,00	0,024	Kontrolná	18	5,0	49. Vyhľadávam informácie, ako sa starať o svoje fyzické zdravie.	Experimentálna	16	6,0	70,00	0,009	Kontrolná	18	5,0						
19. Najviac, ako sa len dá, vykonávam tie pracovné aktivity, ktoré ma bavia.	Experimentálna	16	6,0	75,50	0,016																																																												
	Kontrolná	18	5,0			40. Denne relaxujem.	Experimentálna	16	6,0	85,50	0,042	Kontrolná	18	4,5	42. Trávim čas s takými ľuďmi, ktorých spoločnosť ma teší.	Experimentálna	16	6,0	86,00	0,046	Kontrolná	18	5,5	43. Spávam toľko, koľko potrebujem.	Experimentálna	16	6,0	69,50	0,008	Kontrolná	18	5,0	48. Snažím sa mať pod kontrolou vlastné pocity a potreby.	Experimentálna	16	6,0	79,00	0,024	Kontrolná	18	5,0	49. Vyhľadávam informácie, ako sa starať o svoje fyzické zdravie.	Experimentálna	16	6,0	70,00	0,009	Kontrolná	18	5,0															
40. Denne relaxujem.	Experimentálna	16	6,0	85,50	0,042																																																												
	Kontrolná	18	4,5			42. Trávim čas s takými ľuďmi, ktorých spoločnosť ma teší.	Experimentálna	16	6,0	86,00	0,046	Kontrolná	18	5,5	43. Spávam toľko, koľko potrebujem.	Experimentálna	16	6,0	69,50	0,008	Kontrolná	18	5,0	48. Snažím sa mať pod kontrolou vlastné pocity a potreby.	Experimentálna	16	6,0	79,00	0,024	Kontrolná	18	5,0	49. Vyhľadávam informácie, ako sa starať o svoje fyzické zdravie.	Experimentálna	16	6,0	70,00	0,009	Kontrolná	18	5,0																								
42. Trávim čas s takými ľuďmi, ktorých spoločnosť ma teší.	Experimentálna	16	6,0	86,00	0,046																																																												
	Kontrolná	18	5,5			43. Spávam toľko, koľko potrebujem.	Experimentálna	16	6,0	69,50	0,008	Kontrolná	18	5,0	48. Snažím sa mať pod kontrolou vlastné pocity a potreby.	Experimentálna	16	6,0	79,00	0,024	Kontrolná	18	5,0	49. Vyhľadávam informácie, ako sa starať o svoje fyzické zdravie.	Experimentálna	16	6,0	70,00	0,009	Kontrolná	18	5,0																																	
43. Spávam toľko, koľko potrebujem.	Experimentálna	16	6,0	69,50	0,008																																																												
	Kontrolná	18	5,0			48. Snažím sa mať pod kontrolou vlastné pocity a potreby.	Experimentálna	16	6,0	79,00	0,024	Kontrolná	18	5,0	49. Vyhľadávam informácie, ako sa starať o svoje fyzické zdravie.	Experimentálna	16	6,0	70,00	0,009	Kontrolná	18	5,0																																										
48. Snažím sa mať pod kontrolou vlastné pocity a potreby.	Experimentálna	16	6,0	79,00	0,024																																																												
	Kontrolná	18	5,0			49. Vyhľadávam informácie, ako sa starať o svoje fyzické zdravie.	Experimentálna	16	6,0	70,00	0,009	Kontrolná	18	5,0																																																			
49. Vyhľadávam informácie, ako sa starať o svoje fyzické zdravie.	Experimentálna	16	6,0	70,00	0,009																																																												
	Kontrolná	18	5,0																																																														

Po ukončení intervenčného programu sme ešte zistili signifikantné rozdiely v odpovediach na položku č. 46 (posudzovanie reálneho vykonávania aktivity starostlivosti o seba) medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou ($U = 45,00$; $p = 0,046$). Členovia experimentálnej skupiny po absolvovaní intervenčného programu uvádzali, že pravidelnejšie absolvujú preventívne prehliadky u lekára ($Me_{EXP} = 6,0$; $Me_{KON} = 5,0$). Tento efekt je možné pripísať intervenčnému programu, nakoľko v danej položke sa účastníci pred výcvikom nelíšili a samotný výcvik bol zameraný

aj na tému telesnej starostlivosti o seba. Účastníkov tak mohol intervenčný program motivovať k absolvovaniu preventívnych prehliadok.

Tab. 5 Zmeny mediánových hodnôt po absolvovaní intervenčného programu v odpovediach na tie položky VSS-3, v ktorých sa experimentálna a kontrolná skupina líšili pred jeho začiatkom

Položka	Skupina	N	Me	
			Pred výcvikom	Po výcviku
11. Som členom profesijných organizácií, ktoré sú dôležité pre moju prácu.	Experimentálna	16	1,0	1,0
	Kontrolná	18	5,0	5,5
17. Využívam pracovné prestávky.	Experimentálna	16	6,0	6,0
	Kontrolná	18	5,0	6,0
19. Najviac, ako sa len dá, vykonávam tie pracovné aktivity, ktoré ma bavia.	Experimentálna	16	6,0	5,0
	Kontrolná	18	5,0	5,0
40. Denne relaxujem.	Experimentálna	16	6,0	5,0
	Kontrolná	18	4,5	4,5
42. Trávim čas s takými ľuďmi, ktorých spoločnosť ma teší.	Experimentálna	16	6,0	6,0
	Kontrolná	18	5,5	6,0
43. Spávam toľko, koľko potrebujem.	Experimentálna	16	6,0	6,0
	Kontrolná	18	5,0	6,0
48. Snažím sa mať pod kontrolou vlastné pocity a potreby.	Experimentálna	16	6,0	5,0
	Kontrolná	18	5,0	5,5
49. Vyhľadávam informácie, ako sa starať o svoje fyzické zdravie.	Experimentálna	16	6,0	5,0
	Kontrolná	18	5,0	5,0

Chceli by sme sa takisto vyjadriť ku skutočnosti, že odpovede na sedem z ôsmich položiek VSS-3 (nakol'ko sa snažím), ktoré sa pred výcvikom ukázali ako významne rozdielne medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou (Tab. 4) už po absolvovaní intervenčného programu signifikantne odlišné neboli (Tab. 5). Porovnaním mediánových hodnôt pred výcvikom a po výcviku u experimentálnej skupiny je možné konštatovať, že sa buď nezmenili alebo v čase klesli. Hoci sme očakávali opak (zvýšenie mediánových hodnôt u experimentálnej skupiny po absolvovaní intervenčného programu), aj tieto zistenia majú svoje vysvetlenie. Výcvik mohol spôsobiť, že členovia experimentálnej skupiny získali lepší náhľad

na vlastné úsilie o vykonávanie aktivít starostlivosti o seba a v konečnom dôsledku sa to prejavilo tým, že ich hodnotenie vlastnej snahy o starostlivosť o seba bolo po absolvovaní intervenčného programu kritickejšie a tým bližšie k posúdeniam snahy členov v kontrolnej skupine. Mohli si uvedomiť, že sa o starostlivosť o seba neusilujú v takej miere, v akej si pôvodne mysleli.

3.4.2. *Analýza rozdielov v prežívaní negatívnych dôsledkov pomáhania*

V tejto časti prezentujeme výsledky rozdielových analýz v prežívaní negatívnych dôsledkov pomáhania medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou pomáhajúcich pracovníkov. Rozdiely budeme popisovať v troch okruhoch. Najprv sa zameriame na rozdiely medzi skupinami v hrubých skóre dotazníkov, ktoré sme použili na zisťovanie negatívnych dôsledkov pomáhania. Následne popíšeme tieto rozdiely aj na úrovni jednotlivých dotazníkových položiek. Napokon budeme venovať priestor analýze odpovedí na krátke škály, ktorými sme doplnkovo zisťovali mieru prežívania negatívnych dôsledkov pomáhania u experimentálnej skupiny.

3.4.2.1. *Analýza rozdielov v hrubých skóre dotazníkov*

Rozdiely medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou v hrubých skóre dotazníkov použitých na zistenie miery prežívania negatívnych dôsledkov pomáhania (emocionálneho vyčerpania, depersonalizácie, sekundárneho traumatického stresu, vnímaného stresu) sme overovali pomocou t-testov pre dva nezávislé výbery. Dôvodom výberu parametrických metód boli výsledky Kolmogorovho-Smirnovho testu, na základe ktorých sme mohli konštatovať normálne rozloženie hrubých skóre v prípade všetkých štyroch sledovaných negatívnych dôsledkov pomáhania v experimentálnej aj kontrolnej skupine.

Najprv sme sa pozreli na to, či sa medzi skupinami líšili jednotlivé štyri hrubé skóre pred začatím intervenčného programu v máji 2018. T-testy tieto rozdiely podľa očakávaní nepreukázali (Tab. 6). V období pred realizáciou intervenčného programu bola miera prežívaných negatívnych dôsledkov pomáhania u oboch skupín približne rovnaká. Je však namieste uviesť, že rozdiel v miere depersonalizácie sa blížil k hranici štatistickej významnosti ($p = 0,055$) so silou efektu 0,683 (Cohenovo d). Experimentálna skupina mala pred začiatkom intervenčného programu tendenciu prežívať vyššiu mieru depersonalizácie ($M = 1,01$; $SD = 0,72$) ako kontrolná skupina ($M = 0,52$; $SD = 0,71$), no tento rozdiel napriek veľkosti nebol štatisticky významný.

Po ukončení intervenčného programu sa takisto nepreukázali významné rozdiely v hrubých skóre medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou (Tab. 7), čo bolo v rozpore s našimi predpokladmi. K hranici štatistickej významnosti sa blížil iba rozdiel v miere vnímaného stresu ($t = 1,802$; $p = 0,085$) so silou efektu 0,725 (Cohenovo d). Jeho priemerné hodnoty však boli vyššie u experimentálnej skupiny ($M = 2,69$; $SD = 0,46$), nie kontrolnej skupiny ($M = 2,30$; $SD = 0,58$). Experimentálna skupina teda po ukončení intervenčného programu mala tendenciu pociťovať vyššiu mieru stresu ako kontrolná skupina.

Tab. 6 Analýza rozdielov v prežívaní negatívnych dôsledkov pomáhania medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou pred začiatkom intervenčného programu (máj 2018)

Dôsledky	Skupina	N	M	SD	d	t	p																																
Emocionálne vyčerpanie	experimentálna	16	1,56	1,23	0,151	-0,443	0,664																																
	kontrolná	18	1,77	1,43				Depersonalizácia	experimentálna	16	1,01	0,72	0,683	1,990	0,055	kontrolná	18	0,52	0,71	Sekundárny traumatický stres	experimentálna	16	1,91	0,51	0,446	-1,290	0,206	kontrolná	18	2,17	0,64	Vnímaný stres	experimentálna	16	2,68	0,32	0,219	0,626	0,536
Depersonalizácia	experimentálna	16	1,01	0,72	0,683	1,990	0,055																																
	kontrolná	18	0,52	0,71				Sekundárny traumatický stres	experimentálna	16	1,91	0,51	0,446	-1,290	0,206	kontrolná	18	2,17	0,64	Vnímaný stres	experimentálna	16	2,68	0,32	0,219	0,626	0,536	kontrolná	18	2,56	0,70								
Sekundárny traumatický stres	experimentálna	16	1,91	0,51	0,446	-1,290	0,206																																
	kontrolná	18	2,17	0,64				Vnímaný stres	experimentálna	16	2,68	0,32	0,219	0,626	0,536	kontrolná	18	2,56	0,70																				
Vnímaný stres	experimentálna	16	2,68	0,32	0,219	0,626	0,536																																
	kontrolná	18	2,56	0,70																																			

Tab. 7 Analýza rozdielov v prežívaní negatívnych dôsledkov pomáhania medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou po ukončení intervenčného programu (jún 2018)

Dôsledky	Skupina	N	M	SD	d	t	p																																
Emocionálne vyčerpanie	experimentálna	12	1,47	0,80	0,235	-0,589	0,562																																
	kontrolná	14	1,72	1,26				Depersonalizácia	experimentálna	12	1,20	1,08	0,468	1,206	0,239	kontrolná	14	0,75	0,77	Sekundárny traumatický stres	experimentálna	12	1,91	0,52	0,196	-0,495	0,625	kontrolná	14	2,02	0,61	Vnímaný stres	experimentálna	12	2,69	0,46	0,725	1,802	0,085
Depersonalizácia	experimentálna	12	1,20	1,08	0,468	1,206	0,239																																
	kontrolná	14	0,75	0,77				Sekundárny traumatický stres	experimentálna	12	1,91	0,52	0,196	-0,495	0,625	kontrolná	14	2,02	0,61	Vnímaný stres	experimentálna	12	2,69	0,46	0,725	1,802	0,085	kontrolná	14	2,30	0,58								
Sekundárny traumatický stres	experimentálna	12	1,91	0,52	0,196	-0,495	0,625																																
	kontrolná	14	2,02	0,61				Vnímaný stres	experimentálna	12	2,69	0,46	0,725	1,802	0,085	kontrolná	14	2,30	0,58																				
Vnímaný stres	experimentálna	12	2,69	0,46	0,725	1,802	0,085																																
	kontrolná	14	2,30	0,58																																			

Rozdiely medzi skupinami v hrubých skóre negatívnych dôsledkov sa v obdobiach pred začiatkom intervenčného programu a po jeho ukončení nepreukázali ako štatisticky významné. V prípade, že sa veľkosti rozdielov medzi hrubými skóre po ukončení programu blížili hranici štatistickej významnosti, ich smer bol v rozpore s očakávaniami. Preto sme sa rozhodli porovnať ešte hrubé skóre vnútri skupín v čase a pozrieť sa tak na zmeny, ktoré nastali v prežívaní negatívnych dôsledkov pomáhania po ukončení intervenčného programu v každej skupine osobitne.

Z pohľadu na priemerné hodnoty uvedené v Tab. 6 a Tab. 7 by sme mohli usudzovať, že hrubé skóre sa výrazne nelíšili ani vnútri skupín v čase. Priemerné hodnoty negatívnych dôsledkov pomáhania, o ktorých vypovedala experimentálna skupina, boli približne rovnaké v máji 2018 (pred začiatkom intervenčného programu) aj v júni 2018 (po ukončení intervenčného programu). To isté platilo aj pre kontrolnú skupinu. Počty ľudí v jednotlivých skupinách sa však v máji a júni líšili. Štyria pomáhajúci pracovníci nemohli z časových dôvodov absolvovať druhé výcvikové stretnutie a rovnako štyria členovia kontrolnej skupiny nevyplnili dotazníky po ukončení intervenčného programu. Pre vyjadrenie zmien v prežívaní negatívnych dôsledkov pomáhania v čase u experimentálnej a kontrolnej skupiny sme preto zrealizovali párové porovnania pred a po výcviku iba u tých pomáhajúcich pracovníkov, ktorí na výskume spolupracovali v oboch termínoch. V experimentálnej skupine sme porovnali posúdenia 12 účastníkov intervenčného programu, v kontrolnej skupine hodnotenia 14 respondentov. Výsledky uvádzame v Tab. 8 a v Tab. 9.

Tab. 8 Porovnanie miery prežívania negatívnych dôsledkov pomáhania u experimentálnej skupiny v čase (pred intervenčným programom - v máji a po intervenčnom programe - v júni)

Dôsledky	Termín	N	M	SD	t	p																														
Emocionálne vyčerpanie	Máj	12	1,39	1,11	-0,355	0,729																														
	Jún	12	1,49	0,80			Depersonalizácia	Máj	12	1,13	0,69	-0,195	0,849	Jún	12	1,20	1,08	Sekundárny traumatický stres	Máj	12	1,85	0,49	-0,435	0,672	Jún	12	1,91	0,52	Vnímaný stres	Máj	12	2,59	0,29	-0,646	0,531	Jún
Depersonalizácia	Máj	12	1,13	0,69	-0,195	0,849																														
	Jún	12	1,20	1,08			Sekundárny traumatický stres	Máj	12	1,85	0,49	-0,435	0,672	Jún	12	1,91	0,52	Vnímaný stres	Máj	12	2,59	0,29	-0,646	0,531	Jún	12	2,69	0,46								
Sekundárny traumatický stres	Máj	12	1,85	0,49	-0,435	0,672																														
	Jún	12	1,91	0,52			Vnímaný stres	Máj	12	2,59	0,29	-0,646	0,531	Jún	12	2,69	0,46																			
Vnímaný stres	Máj	12	2,59	0,29	-0,646	0,531																														
	Jún	12	2,69	0,46																																

Párovými porovnaniami sme signifikantné rozdiely v hrubých skóre v čase nezistili ani u experimentálnej (Tab. 8), ani u kontrolnej skupiny (Tab. 9). Môžeme konštatovať, že pomáhajúci pracovníci v oboch skupinách zhodne vypovedali o strednej miere vnímaného stresu a len málo častom prežívaní emocionálneho vyčerpania, depersonalizácie a sekundárneho traumatického stresu pred začiatkom intervenčného programu aj po jeho ukončení. Táto skutočnosť je priaznivá, no zároveň znamená, že výskumu sa v oboch skupinách zúčastnili takí pomáhajúci pracovníci, ktorí neboli ohrozovaní prežívaním vysokej miery sledovaných negatívnych dôsledkov pomáhania. Intervenčný program pre nich síce mohol byť prínosný, no jeho absolvovanie sa nemohlo výraznejšie prejavíť v redukcii emocionálneho vyčerpania, depersonalizácie, sekundárneho traumatického stresu a vnímaného stresu vzhľadom na ich nízke hodnoty už hneď na začiatku výcviku.

Tab. 9 Porovnanie miery prežívania negatívnych dôsledkov pomáhania u kontrolnej skupiny v čase (pred intervenčným programom - v máji a po intervenčnom programe - v júni)

Dôsledky	Obdobie	N	M	SD	t	p
Emocionálne vyčerpanie	Máj	14	1,74	1,53	0,151	0,883
	Jún	14	1,72	1,26		
Depersonalizácia	Máj	14	0,58	0,75	-0,831	0,421
	Jún	14	0,75	0,77		
Sekundárny traumatický stres	Máj	14	2,10	0,64	0,408	0,690
	Jún	14	2,02	0,61		
Vnímaný stres	Máj	14	2,55	0,81	1,334	0,207
	Jún	14	2,30	0,58		

Napokon, ako sme uviedli vyššie, rozdiely v negatívnych dôsledkoch pomáhania medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou v čase (pred výcvikom v máji a po výcviku v júni) sme analyzovali aj pomocou ANOVY (zmiešaný model 2x2) so zámerom overiť efekt interakcie a získať tak komplexnejší pohľad na účinnosť intervenčného programu. Očakávaný efekt interakcie (t.j. zníženie miery prežívania negatívnych dôsledkov pomáhania v experimentálnej skupine po absolvovaní programu a nárast úrovne prežívania negatívnych dôsledkov pomáhania u kontrolnej skupiny po ukončení programu) nebol výsledkami podporený pre žiaden zo sledovaných negatívnych dôsledkov pomáhania ($F = 0,553$; $p = 0,465$ pre

emocionálne vyčerpanie; $F = 0,003$; $p = 0,957$ pre depersonalizáciu; $F = 0,964$; $p = 0,336$ pre sekundárny traumatický stres a $F = 2,035$; $p = 0,167$ pre vnímaný stres), čo je v súlade s vyššie prezentovanými výsledkami rozdielových analýz.

3.4.2.2. *Analýza rozdielov na úrovni položiek*

Keďže na úrovni hrubých skóre negatívnych dôsledkov pomáhania sme signifikantné rozdiely v čase nezistili, zamerali sme sa aj na doplnkové analýzy odpovedí na jednotlivé položky použitých dotazníkov. Rozdiely v odpovediach na položky sme overovali už len u experimentálnej skupiny, pretože nás primárne zaujímal podrobnejší náhľad na efekt intervenčného programu u pomáhajúcich pracovníkov, ktorí ho absolvovali. Využili sme t-testy pre párové merania, nakoľko bola zachovaná normalita distribúcie odpovedí na položky dotazníkov. Výsledky prezentujeme v Tab. 10 -Tab. 13.

Vo faktore emocionálne vyčerpanie boli u experimentálnej skupiny zistené signifikantné rozdiely v odpovedi na položku „Práca s ľuďmi je pre mňa zdrojom príliš veľkého stresu.“ ($t = -2,430$; $p = 0,035$). V rozpore s predpokladmi však na túto položku odpovedali priaznivejšie pred začiatkom intervenčného programu v máji ($M = 0,91$; $SD = 0,70$) a negatívnejšie po jeho absolvovaní v júni ($M = 2,18$; $SD = 1,99$). Jedným z možných vysvetlení tohto zistenia je, že pomáhajúci pracovníci v priebehu intervenčného programu nadobudli intenzívnejší náhľad na zdroje stresu v práci. Preto po absolvovaní intervenčného programu mohli uvádzať, že práca s ľuďmi je pre nich častejšie zdrojom príliš veľkého stresu.

Odpovede experimentálnej skupiny na ostatné položky faktora emocionálne vyčerpanie sa v čase štatisticky významne nelíšili (Tab. 10). Vo väčšine položiek sa však priemerné hodnoty odpovedí po absolvovaní intervenčného programu zvýšili. Pokles, hoci nebol signifikantný, nastal iba v odpovedi na položku „Mám pocit, že som na konci svojich síl.“ ($M = 1,91$; $SD = 2,30$ v máji a $M = 1,18$; $SD = 1,33$ v júni). Pomáhajúci pracovníci v experimentálnej skupine mali po absolvovaní intervenčného programu sklon vnímať v tomto ohľade nižší pocit vyčerpania.

V odpovediach experimentálnej skupiny na položky faktora depersonalizácie neboli zistené signifikantné rozdiely v čase (Tab. 11). V troch položkách sa priemerné hodnoty odpovedí po absolvovaní programu mierne zvýšili, v dvoch nastal žiaduci pokles. Najvyšší rozdiel bol prítomný v odpovediach na položku „V podstate mi nezáleží na tom, čo sa s niektorými klientmi stane.“ ($M = 0,82$; $SD = 1,83$ v máji a $M = 0,00$;

SD = 0,00 v júni). Keďže po ukončení programu odpovedali na túto položku všetci účastníci zhodne číslom 0 (nikdy), je možné usudzovať, že absolvovanie intervenčného programu mohlo mať potenciál zvýšiť záujem pomáhajúcich pracovníkov o ich klientov.

Tab. 10 Porovnanie odpovedí na položky faktora emocionálneho vyčerpania u experimentálnej skupiny v čase (pred intervenčným programom – v máji a po intervenčnom programe – v júni)

Položka	Obdobie	N	M	SD	t	p
Moja práca ma citovo vyčerpáva.	Máj	11	1,82	1,33	-1,345	0,208
	Jún	11	2,55	1,81		
Na konci pracovného dňa sa cítim na dne so silami.	Máj	11	2,73	1,56	-0,637	0,539
	Jún	11	3,00	1,79		
Keď ráno vstanem a musím čeliť ďalšiemu dňu v práci, cítim sa unavený/-á.	Máj	11	1,64	1,57	-1,347	0,208
	Jún	11	2,27	1,74		
Celodenná práca s ľuďmi je pre mňa skutočne namáhavá.	Máj	11	1,73	1,49	-0,498	0,629
	Jún	11	2,09	1,87		
Mám pocit vyhorenia zo svojej práce.	Máj	11	1,18	1,40	-0,614	0,553
	Jún	11	1,55	1,29		
Moja práca ma frustruje.	Máj	11	0,82	0,87	-0,430	0,676
	Jún	11	1,00	1,10		
Mám pocit, že vo svojej práci pracujem príliš tvrdo.	Máj	11	2,55	2,21	0,000	1,000
	Jún	11	2,55	1,92		
Práca s ľuďmi je pre mňa zdrojom príliš veľkého stresu.	Máj	11	0,91	0,70	-2,430	0,035
	Jún	11	2,18	1,99		
Mám pocit, že som na konci svojich síl.	Máj	11	1,91	2,30	1,698	0,120
	Jún	11	1,18	1,33		

Odpovede na položky škály sekundárneho traumatického stresu sa u experimentálnej skupiny takisto signifikantne nelíšili v čase (Tab. 12). Priemerné hodnoty odpovedí na dve položky boli v oboch sledovaných časových úsekoch totožné, v prípade ostatných ôsmich položiek bol v druhom meraní prítomný iba veľmi mierny nárast. Analýza rozdielov na úrovni položiek aj v tomto prípade podporuje zistenia na úrovni rozdielov v hrubých skóre.

Tab. 11 Porovnanie odpovedí na položky faktora depersonalizácie u experimentálnej skupiny v čase (pred intervenčným programom – v máji a po intervenčnom programe – v júni)

Položka	Obdobie	N	M	SD	t	p
Mám pocit, že sa k niektorým klientom správam tak, akoby boli neosobnými vecami.	Máj	11	0,36	0,67	-0,637	0,539
	Jún	11	0,64	1,29		
Odkedy vykonávam túto profesiu, stal/-a som sa k ľuďom viac necitlivým/-ou.	Máj	11	0,27	0,65	-0,837	0,422
	Jún	11	0,82	1,94		
Obávam sa, že moja práca ma robí citovo chladným/-ou.	Máj	11	0,45	0,82	0,219	0,831
	Jún	11	0,36	0,92		
V podstate mi nezáleží na tom, čo sa s niektorými klientmi stane.	Máj	11	0,82	1,83	1,480	0,170
	Jún	11	0,00	0,00		
Mám pocit, že ma klienti obviňujú z niektorých svojich problémov.	Máj	11	1,09	1,14	-0,833	0,424
	Jún	11	1,55	1,86		

V prípade odpovedí experimentálnej skupiny na položky Dotazníka vnímaného stresu neboli zistené významné rozdiely medzi prvým a druhým meraním (Tab. 13). Odpovede na niektoré položky sa v druhom meraní veľmi mierne zvýšili, pri iných bol naopak zaznamenaný nepatrný pokles. Iba v prípade jednej položky („Ako často za posledný mesiac ste cítili, že sa veci odohrávajú tak, ako to chcete Vy?“) sa veľkosť rozdielov medzi odpoveďami prvého a druhého merania blížila k hranici štatistickej významnosti ($t = 1,838$; $p = 0,096$). Zmena v odpovediach na túto položku však mala opačný smer, než aký by sme očakávali. Po absolvovaní intervenčného programu pomáhajúci pracovníci o niečo zriedkavejšie pociťovali, že sa veci odohrávajú tak, ako sami chcú ($M = 3,36$; $SD = 0,50$), čo predstavovalo mierny pokles oproti počiatočnému meraniu v máji pred začiatkom intervenčného programu ($M = 3,82$; $SD = 0,75$). Hoci táto zmena nebola významná, naznačuje tendenciu, ktorú by sme tiež mohli vysvetliť zvýšením náhľadu na jednotlivé aspekty pomáhajúcej práce. Intervenčný program svojim zameraním mohol prispieť k lepšiemu rozlišovaniu toho, čo majú účastníci v práci pod kontrolou a čo nie. Mohli si uvedomiť, že kontrolujú alebo ovplyvňujú menej súčastí (najmä pracovného) života, ako si pôvodne mysleli, čo sa následne v ich odpovediach na túto položku prejavilo.

Tab. 12 Porovnanie odpovedí na položky škály sekundárneho traumatického stresu u experimentálnej skupiny v čase (pred intervenčným programom – v máji a po intervenčnom programe – v júni)

Položka	Obdobie	N	M	SD	t	p
Príliš sa zamestnávam myšlienkami na ľudí, ktorým pomáham.	Máj	11	3,27	0,79	-0,690	0,506
	Jún	11	3,45	0,82		
Pri neočakávaných zvukoch podskočím alebo sa vyľakám.	Máj	11	2,45	1,04	-0,760	0,465
	Jún	11	2,73	0,65		
Považujem za náročné oddeliť môj osobný a pracovný život.	Máj	11	2,27	1,01	-1,077	0,307
	Jún	11	2,64	1,03		
Myslím si, že ma mohol ovplyvniť traumatický stres tých, ktorým pomáham.	Máj	11	1,91	0,83	-1,150	0,277
	Jún	11	2,18	1,17		
Kvôli pomáhaniu sa ohľadom rôznych vecí cítim na pokraji so silami.	Máj	11	2,45	1,44	0,000	1,000
	Jún	11	2,45	1,13		
Kvôli traumatickým zážitkom ľudí, ktorým pomáham, sa cítim depresívne.	Máj	11	1,64	0,81	-0,559	0,588
	Jún	11	1,73	0,65		
Cítim sa tak, akoby som zažíval traumou niekoho, komu pomáham.	Máj	11	1,55	0,69	-0,559	0,588
	Jún	11	1,64	0,67		
Vyhýbam sa istým aktivitám alebo situáciám, pretože mi pripomínajú desivé zážitky ľudí, ktorým pomáham.	Máj	11	1,82	0,75	-0,559	0,588
	Jún	11	2,00	0,89		
Ako dôsledok môjho pomáhania mám vtieravé, desivé myšlienky.	Máj	11	1,45	0,69	0,000	1,000
	Jún	11	1,45	0,52		
Nedokážem si vybaviť dôležité časti mojej práce s obeťami traumy.	Máj	11	1,82	0,98	-0,559	0,588
	Jún	11	2,00	0,89		

Tab. 13 Porovnanie odpovedí na položky Dotazníka vnímaného stresu (PSS) u experimentálnej skupiny v čase (pred intervenčným programom – v máji a po intervenčnom programe – v júni)

Položka	Obdobie	N	M	SD	t	p																																																																																																
Ako často za posledný mesiac ste sa nahnevali, pretože sa stalo niečo nečakané?	Máj	11	3,00	0,63	0,803	0,441																																																																																																
	Jún	11	2,82	0,75			Ako často za posledný mesiac ste cítili, že nie ste schopný/-á mať pod kontrolou veci, ktoré sú pre Vás v živote dôležité?	Máj	11	2,45	1,04	-1,698	0,120	Jún	11	3,18	1,08	Ako často za posledný mesiac ste sa cítili nervózný/-a alebo „vystresovaný/-á“?	Máj	11	2,91	0,83	-1,456	0,176	Jún	11	3,36	1,21	Ako často za posledný mesiac ste sa cítili istý/-á svojou schopnosťou zvládať svoje osobné problémy?	Máj	11	3,55	1,13	0,289	0,779	Jún	11	3,45	1,04	Ako často za posledný mesiac ste cítili, že sa veci odohrávajú tak, ako to chcete Vy?	Máj	11	3,82	0,75	1,838	0,096	Jún	11	3,36	0,50	Ako často za posledný mesiac ste zistili, že nedokázate zvládať všetky veci, ktoré musíte urobiť?	Máj	11	2,73	0,90	-0,559	0,588	Jún	11	2,91	0,70	Ako často za posledný mesiac ste dokázali vo svojom živote ovládnuť podráždenie?	Máj	11	3,73	0,79	1,789	0,104	Jún	11	3,36	0,50	Ako často za posledný mesiac ste cítili, že ste nad vecou?	Máj	11	3,55	1,29	-0,430	0,676	Jún	11	3,73	0,65	Ako často za posledný mesiac ste sa nahnevali kvôli veciam, ktoré neboli pod Vašou kontrolou?	Máj	11	2,73	0,65	-0,803	0,441	Jún	11	2,91	0,70	Ako často za posledný mesiac ste cítili, že sa ťažkosti kopia až tak vysoko, že ich už nemôžete prekonať?	Máj	11	2,45	0,93	-1,491	0,167	Jún
Ako často za posledný mesiac ste cítili, že nie ste schopný/-á mať pod kontrolou veci, ktoré sú pre Vás v živote dôležité?	Máj	11	2,45	1,04	-1,698	0,120																																																																																																
	Jún	11	3,18	1,08			Ako často za posledný mesiac ste sa cítili nervózný/-a alebo „vystresovaný/-á“?	Máj	11	2,91	0,83	-1,456	0,176	Jún	11	3,36	1,21	Ako často za posledný mesiac ste sa cítili istý/-á svojou schopnosťou zvládať svoje osobné problémy?	Máj	11	3,55	1,13	0,289	0,779	Jún	11	3,45	1,04	Ako často za posledný mesiac ste cítili, že sa veci odohrávajú tak, ako to chcete Vy?	Máj	11	3,82	0,75	1,838	0,096	Jún	11	3,36	0,50	Ako často za posledný mesiac ste zistili, že nedokázate zvládať všetky veci, ktoré musíte urobiť?	Máj	11	2,73	0,90	-0,559	0,588	Jún	11	2,91	0,70	Ako často za posledný mesiac ste dokázali vo svojom živote ovládnuť podráždenie?	Máj	11	3,73	0,79	1,789	0,104	Jún	11	3,36	0,50	Ako často za posledný mesiac ste cítili, že ste nad vecou?	Máj	11	3,55	1,29	-0,430	0,676	Jún	11	3,73	0,65	Ako často za posledný mesiac ste sa nahnevali kvôli veciam, ktoré neboli pod Vašou kontrolou?	Máj	11	2,73	0,65	-0,803	0,441	Jún	11	2,91	0,70	Ako často za posledný mesiac ste cítili, že sa ťažkosti kopia až tak vysoko, že ich už nemôžete prekonať?	Máj	11	2,45	0,93	-1,491	0,167	Jún	11	2,82	0,87								
Ako často za posledný mesiac ste sa cítili nervózný/-a alebo „vystresovaný/-á“?	Máj	11	2,91	0,83	-1,456	0,176																																																																																																
	Jún	11	3,36	1,21			Ako často za posledný mesiac ste sa cítili istý/-á svojou schopnosťou zvládať svoje osobné problémy?	Máj	11	3,55	1,13	0,289	0,779	Jún	11	3,45	1,04	Ako často za posledný mesiac ste cítili, že sa veci odohrávajú tak, ako to chcete Vy?	Máj	11	3,82	0,75	1,838	0,096	Jún	11	3,36	0,50	Ako často za posledný mesiac ste zistili, že nedokázate zvládať všetky veci, ktoré musíte urobiť?	Máj	11	2,73	0,90	-0,559	0,588	Jún	11	2,91	0,70	Ako často za posledný mesiac ste dokázali vo svojom živote ovládnuť podráždenie?	Máj	11	3,73	0,79	1,789	0,104	Jún	11	3,36	0,50	Ako často za posledný mesiac ste cítili, že ste nad vecou?	Máj	11	3,55	1,29	-0,430	0,676	Jún	11	3,73	0,65	Ako často za posledný mesiac ste sa nahnevali kvôli veciam, ktoré neboli pod Vašou kontrolou?	Máj	11	2,73	0,65	-0,803	0,441	Jún	11	2,91	0,70	Ako často za posledný mesiac ste cítili, že sa ťažkosti kopia až tak vysoko, že ich už nemôžete prekonať?	Máj	11	2,45	0,93	-1,491	0,167	Jún	11	2,82	0,87																			
Ako často za posledný mesiac ste sa cítili istý/-á svojou schopnosťou zvládať svoje osobné problémy?	Máj	11	3,55	1,13	0,289	0,779																																																																																																
	Jún	11	3,45	1,04			Ako často za posledný mesiac ste cítili, že sa veci odohrávajú tak, ako to chcete Vy?	Máj	11	3,82	0,75	1,838	0,096	Jún	11	3,36	0,50	Ako často za posledný mesiac ste zistili, že nedokázate zvládať všetky veci, ktoré musíte urobiť?	Máj	11	2,73	0,90	-0,559	0,588	Jún	11	2,91	0,70	Ako často za posledný mesiac ste dokázali vo svojom živote ovládnuť podráždenie?	Máj	11	3,73	0,79	1,789	0,104	Jún	11	3,36	0,50	Ako často za posledný mesiac ste cítili, že ste nad vecou?	Máj	11	3,55	1,29	-0,430	0,676	Jún	11	3,73	0,65	Ako často za posledný mesiac ste sa nahnevali kvôli veciam, ktoré neboli pod Vašou kontrolou?	Máj	11	2,73	0,65	-0,803	0,441	Jún	11	2,91	0,70	Ako často za posledný mesiac ste cítili, že sa ťažkosti kopia až tak vysoko, že ich už nemôžete prekonať?	Máj	11	2,45	0,93	-1,491	0,167	Jún	11	2,82	0,87																														
Ako často za posledný mesiac ste cítili, že sa veci odohrávajú tak, ako to chcete Vy?	Máj	11	3,82	0,75	1,838	0,096																																																																																																
	Jún	11	3,36	0,50			Ako často za posledný mesiac ste zistili, že nedokázate zvládať všetky veci, ktoré musíte urobiť?	Máj	11	2,73	0,90	-0,559	0,588	Jún	11	2,91	0,70	Ako často za posledný mesiac ste dokázali vo svojom živote ovládnuť podráždenie?	Máj	11	3,73	0,79	1,789	0,104	Jún	11	3,36	0,50	Ako často za posledný mesiac ste cítili, že ste nad vecou?	Máj	11	3,55	1,29	-0,430	0,676	Jún	11	3,73	0,65	Ako často za posledný mesiac ste sa nahnevali kvôli veciam, ktoré neboli pod Vašou kontrolou?	Máj	11	2,73	0,65	-0,803	0,441	Jún	11	2,91	0,70	Ako často za posledný mesiac ste cítili, že sa ťažkosti kopia až tak vysoko, že ich už nemôžete prekonať?	Máj	11	2,45	0,93	-1,491	0,167	Jún	11	2,82	0,87																																									
Ako často za posledný mesiac ste zistili, že nedokázate zvládať všetky veci, ktoré musíte urobiť?	Máj	11	2,73	0,90	-0,559	0,588																																																																																																
	Jún	11	2,91	0,70			Ako často za posledný mesiac ste dokázali vo svojom živote ovládnuť podráždenie?	Máj	11	3,73	0,79	1,789	0,104	Jún	11	3,36	0,50	Ako často za posledný mesiac ste cítili, že ste nad vecou?	Máj	11	3,55	1,29	-0,430	0,676	Jún	11	3,73	0,65	Ako často za posledný mesiac ste sa nahnevali kvôli veciam, ktoré neboli pod Vašou kontrolou?	Máj	11	2,73	0,65	-0,803	0,441	Jún	11	2,91	0,70	Ako často za posledný mesiac ste cítili, že sa ťažkosti kopia až tak vysoko, že ich už nemôžete prekonať?	Máj	11	2,45	0,93	-1,491	0,167	Jún	11	2,82	0,87																																																				
Ako často za posledný mesiac ste dokázali vo svojom živote ovládnuť podráždenie?	Máj	11	3,73	0,79	1,789	0,104																																																																																																
	Jún	11	3,36	0,50			Ako často za posledný mesiac ste cítili, že ste nad vecou?	Máj	11	3,55	1,29	-0,430	0,676	Jún	11	3,73	0,65	Ako často za posledný mesiac ste sa nahnevali kvôli veciam, ktoré neboli pod Vašou kontrolou?	Máj	11	2,73	0,65	-0,803	0,441	Jún	11	2,91	0,70	Ako často za posledný mesiac ste cítili, že sa ťažkosti kopia až tak vysoko, že ich už nemôžete prekonať?	Máj	11	2,45	0,93	-1,491	0,167	Jún	11	2,82	0,87																																																															
Ako často za posledný mesiac ste cítili, že ste nad vecou?	Máj	11	3,55	1,29	-0,430	0,676																																																																																																
	Jún	11	3,73	0,65			Ako často za posledný mesiac ste sa nahnevali kvôli veciam, ktoré neboli pod Vašou kontrolou?	Máj	11	2,73	0,65	-0,803	0,441	Jún	11	2,91	0,70	Ako často za posledný mesiac ste cítili, že sa ťažkosti kopia až tak vysoko, že ich už nemôžete prekonať?	Máj	11	2,45	0,93	-1,491	0,167	Jún	11	2,82	0,87																																																																										
Ako často za posledný mesiac ste sa nahnevali kvôli veciam, ktoré neboli pod Vašou kontrolou?	Máj	11	2,73	0,65	-0,803	0,441																																																																																																
	Jún	11	2,91	0,70			Ako často za posledný mesiac ste cítili, že sa ťažkosti kopia až tak vysoko, že ich už nemôžete prekonať?	Máj	11	2,45	0,93	-1,491	0,167	Jún	11	2,82	0,87																																																																																					
Ako často za posledný mesiac ste cítili, že sa ťažkosti kopia až tak vysoko, že ich už nemôžete prekonať?	Máj	11	2,45	0,93	-1,491	0,167																																																																																																
	Jún	11	2,82	0,87																																																																																																		

3.4.2.3. *Analýza odpovedí na krátke škály*

Negatívne dôsledky sme u experimentálnej skupiny zisťovali aj krátkymi škálami, ktoré vyplňali v máji aj júni dvakrát: pred začiatkom a po ukončení prvého aj druhého výcvikového stretnutia. Krátkymi škálami sme sa pýtali na štyri negatívne dôsledky: stres, vyhorenie, emocionálne vyčerpanie a únavu vyplývajúcu z pomáhajúcej práce. V nasledujúcej časti prezentujeme párové porovnania odpovedí účastníkov intervenčného programu na tieto krátke škály. Využili sme t-testy pre párové merania, nakoľko distribúcia odpovedí v škálach zodpovedala normálnemu rozloženiu.

Tab. 14 Porovnania posúdení negatívnych dôsledkov na krátkych škálach u experimentálnej skupiny v máji 2018 (pred prvým výcvikovým stretnutím a po ňom)

Dôsledky	Obdobie	N	M	SD	t	p
Stres	Pred výcvikom	16	1,87	0,71	2,449	0,027
	Po výcviku	16	1,37	0,61		
Vyhorenie	Pred výcvikom	16	1,93	0,68	3,467	0,003
	Po výcviku	16	1,25	0,44		
Emocionálne vyčerpanie	Pred výcvikom	16	2,06	0,77	3,576	0,003
	Po výcviku	16	1,50	0,51		
Únava	Pred výcvikom	16	2,31	0,79	1,464	0,164
	Po výcviku	16	1,93	0,92		

V tabuľkách uvádzame porovnania odpovedí členov experimentálnej skupiny na krátke škály pred prvým výcvikovým stretnutím v máji a po jeho ukončení (Tab. 14), pred druhým výcvikovým stretnutím v júni a po jeho ukončení (Tab. 15) a pred prvým výcvikovým stretnutím v máji a po druhom výcvikovom stretnutí v júni (Tab. 16). Vo všetkých troch prípadoch môžeme vidieť, že v druhom meraní sa významne znížili posúdenia miery stresu, vyhorenia a emocionálneho vyčerpania.

Pred začiatkom oboch výcvikových stretnutí uvádzali pomáhajúci pracovníci vyššie priemerné posúdenia prežívaného stresu, vyhorenia a emocionálneho vyčerpania, ktoré sa následne po ukončení každého výcvikového stretnutia znížili (Tab. 14 a Tab. 15). Výnimku predstavovala únava z pomáhania, pri ktorej bol pozorovateľný mierny pokles v máji po absolvovaní prvého výcvikového stretnutia (Tab. 14), ale opätovný mierny

nárast v júni po ukončení druhého výcvikového stretnutia (Tab. 15). Výraznejší pokles stresu, vyhorenia a emocionálneho vyčerpania, ako aj opätovný mierny pokles únavy z pomáhania, môžeme vidieť pri porovnaní priemerných posúdení pred začiatkom celého intervenčného programu v máji a po jeho ukončení v júni (Tab. 16).

Tab. 15 Porovnanie posúdení negatívnych dôsledkov na krátkych škálach u experimentálnej skupiny v júni 2018 (pred druhým výcvikovým stretnutím a po ňom)

Dôsledky	Obdobie	N	M	SD	t	p
Stres	Pred výcvikom	12	1,41	0,51	2,345	0,039
	Po výcviku	12	1,08	0,28		
Vyhorenie	Pred výcvikom	12	1,33	0,49	2,345	0,039
	Po výcviku	12	1,00	0,00		
Emocionálne vyčerpanie	Pred výcvikom	12	1,91	0,66	2,244	0,046
	Po výcviku	12	1,33	0,49		
Únava	Pred výcvikom	12	1,75	0,45	-0,616	0,551
	Po výcviku	12	1,91	0,90		

Tab. 16 Porovnanie posúdení negatívnych dôsledkov na krátkych škálach u experimentálnej skupiny v máji 2018 (pred prvým výcvikovým stretnutím a v júni 2018 (po druhom výcvikovom stretnutí))

Dôsledky	Obdobie	N	M	SD	t	p
Stres	Pred výcvikom	12	1,75	0,45	4,690	0,001
	Po výcviku	12	1,08	0,28		
Vyhorenie	Pred výcvikom	12	1,83	0,57	5,000	<0,0001
	Po výcviku	12	1,00	0,00		
Emocionálne vyčerpanie	Pred výcvikom	12	2,16	0,71	2,590	0,025
	Po výcviku	12	1,33	0,49		
Únava	Pred výcvikom	12	2,08	0,66	0,561	0,586
	Po výcviku	12	1,91	0,90		

Na základe uvedených zistení je možné uzavrieť, že v prípade negatívnych dôsledkov pomáhania sa významný efekt intervenčného programu nepreukázal. Jeho absolvovanie sa v experimentálnej skupine

neprejavilo na signifikantných pozitívnych zmenách ani v hrubých skóre dotazníkov, ani v odpovediach na ich jednotlivé položky. Štatisticky významné zlepšenia nastali iba v odpovediach na krátke škály, ktorými sme sa priamo dopytovali na konkrétne negatívne dôsledky pomáhania, čo môže poukazovať aspoň na zlepšenie miery ich subjektívneho prežívania experimentálnou skupinou bezprostredne po ukončení intervenčného programu.

3.4.3. *Analýza rozdielov v prežívaní pozitívnych dôsledkov pomáhania*

V ďalšom kroku analýz sme sa bližšie pozreli na rozdiely v miere prežívania pozitívnych dôsledkov pomáhania medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou. Aj tieto zistenia budeme prezentovať v troch častiach. Popíšeme rozdiely medzi skupinami v hrubých skóre dotazníkov, v odpovediach na položky týchto dotazníkov a v odpovediach na krátke škály.

3.4.3.1. *Analýza rozdielov v hrubých skóre dotazníkov*

Na overenie štatistickej významnosti rozdielov medzi dvoma skupinami v hrubých skóre dotazníkov na zisťovanie pozitívnych dôsledkov pomáhania sme zvolili t-testy pre dva nezávislé výbery, keďže Kolmogorov-Smirnov test podporil zachovanie normálneho rozloženia hrubých skóre v experimentálnej aj kontrolnej skupine.

Standardizovanými dotazníkmi sme sledovali 6 pozitívnych dôsledkov pomáhania: zadosťučinenie z pomáhania, spokojnosť s pracovným výkonom (subškála z Maslachovej Dotazníka vyhorenia), celkovú pracovnú spokojnosť, spokojnosť so spolupracovníkmi, s povahou práce a s komunikáciou na pracovisku. Posledné tri menované dôsledky predstavujú tri z deviatich faktorov Dotazníka pracovnej spokojnosti. Do analýz sme ich zaradili práve pre ich zameranie: na rozdiel od ostatných šiestich faktorov pracovnej spokojnosti sledujú tie jej oblasti, na ktoré sme aktivitami počas intervenčného programu pôsobili najviac. Z tohto dôvodu sa v nich mohli s väčšou pravdepodobnosťou prejaviť zmeny po absolvovaní programu.

Pred začiatkom intervenčného programu v máji 2018 sa experimentálna a kontrolná skupina líšili v jednom zo šiestich sledovaných pozitívnych dôsledkov pomáhania: v spokojnosti s pracovným výkonom ($t = 2,242$; $p = 0,034$), ktorá predstavovala jeden z faktorov vyhorenia. Experimentálna skupina vypovedala o vyššej spokojnosti s pracovným výkonom ($M = 4,65$; $SD = 0,55$) v porovnaní s kontrolnou skupinou ($M =$

3,95; SD = 1,18), pričom sila efektu pre túto veľkosť rozdielu bola vysoká (Cohenovo $d = 0,756$). Miera prežívania ostatných pozitívnych dôsledkov pomáhania bola medzi oboma skupinami v období pred realizáciou intervenčného programu porovnateľná (Tab. 17). K hranici štatistickej významnosti sa však ešte blížil rozdiel v jednom z faktorov pracovnej spokojnosti (spokojnosť s komunikáciou na pracovisku), v ktorom experimentálna skupina skórovala nižšie ($M = 4,28$; $SD = 0,89$) ako kontrolná skupina ($M = 4,80$; $SD = 0,88$).

Tab. 17 Analýza rozdielov v prežívaní pozitívnych dôsledkov pomáhania medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou pred začiatkom intervenčného programu (máj 2018)

Dôsledky	Skupina	N	M	SD	d	t	p																																																								
Spokojnosť s pracovným výkonom	experimentálna	16	4,65	0,55	0,756	2,158	0,034																																																								
	kontrolná	18	3,95	1,18				Zadost'učinenie z pomáhania	experimentálna	16	3,95	0,54	0,359	1,046	0,303	kontrolná	18	3,75	0,53	Celková pracovná spokojnosť	experimentálna	16	4,11	0,53	0,444	-1,289	0,207	kontrolná	18	4,36	0,59	Spokojnosť so spolupracovníkmi	experimentálna	16	4,81	0,71	0,048	-0,143	0,888	kontrolná	18	4,84	0,70	Spokojnosť s povahou práce	experimentálna	16	5,14	0,58	0,246	0,705	0,486	kontrolná	18	4,90	1,18	Spokojnosť s komunikáciou na pracovisku	experimentálna	16	4,28	0,89	0,588	-1,712	0,097
Zadost'učinenie z pomáhania	experimentálna	16	3,95	0,54	0,359	1,046	0,303																																																								
	kontrolná	18	3,75	0,53				Celková pracovná spokojnosť	experimentálna	16	4,11	0,53	0,444	-1,289	0,207	kontrolná	18	4,36	0,59	Spokojnosť so spolupracovníkmi	experimentálna	16	4,81	0,71	0,048	-0,143	0,888	kontrolná	18	4,84	0,70	Spokojnosť s povahou práce	experimentálna	16	5,14	0,58	0,246	0,705	0,486	kontrolná	18	4,90	1,18	Spokojnosť s komunikáciou na pracovisku	experimentálna	16	4,28	0,89	0,588	-1,712	0,097	kontrolná	18	4,80	0,88								
Celková pracovná spokojnosť	experimentálna	16	4,11	0,53	0,444	-1,289	0,207																																																								
	kontrolná	18	4,36	0,59				Spokojnosť so spolupracovníkmi	experimentálna	16	4,81	0,71	0,048	-0,143	0,888	kontrolná	18	4,84	0,70	Spokojnosť s povahou práce	experimentálna	16	5,14	0,58	0,246	0,705	0,486	kontrolná	18	4,90	1,18	Spokojnosť s komunikáciou na pracovisku	experimentálna	16	4,28	0,89	0,588	-1,712	0,097	kontrolná	18	4,80	0,88																				
Spokojnosť so spolupracovníkmi	experimentálna	16	4,81	0,71	0,048	-0,143	0,888																																																								
	kontrolná	18	4,84	0,70				Spokojnosť s povahou práce	experimentálna	16	5,14	0,58	0,246	0,705	0,486	kontrolná	18	4,90	1,18	Spokojnosť s komunikáciou na pracovisku	experimentálna	16	4,28	0,89	0,588	-1,712	0,097	kontrolná	18	4,80	0,88																																
Spokojnosť s povahou práce	experimentálna	16	5,14	0,58	0,246	0,705	0,486																																																								
	kontrolná	18	4,90	1,18				Spokojnosť s komunikáciou na pracovisku	experimentálna	16	4,28	0,89	0,588	-1,712	0,097	kontrolná	18	4,80	0,88																																												
Spokojnosť s komunikáciou na pracovisku	experimentálna	16	4,28	0,89	0,588	-1,712	0,097																																																								
	kontrolná	18	4,80	0,88																																																											

Po skončení intervenčného programu v júni 2018 sa experimentálna a kontrolná skupina štatisticky významne nelíšili v žiadnom pozitívnom dôsledku pomáhania (Tab. 18), čo nezodpovedalo našim očakávaniam. Po absolvovaní intervenčného programu sa vyrovnali rozdiely vo faktoroch spokojnosť s pracovným výkonom a spokojnosť s komunikáciou na pracovisku a neboli už významné (resp. blízko hranice štatistickej významnosti). Miera spokojnosti s pracovným výkonom zostala u experimentálnej skupiny na takmer rovnakej úrovni ako na začiatku ($M = 4,64$; $SD = 0,73$) a u kontrolnej skupiny sa mierne zvýšila ($M = 4,27$; $SD = 1,00$). Spokojnosť s komunikáciou na pracovisku sa u experimentálnej

skupiny oproti prvému meraniu mierne zvýšila ($M = 4,41$; $SD = 0,78$) a u kontrolnej skupiny znížila ($M = 4,63$; $SD = 1,16$).

Tab. 18 Analýza rozdielov v prežívaní pozitívnych dôsledkov pomáhania medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou po ukončení intervenčného programu (jún 2018)

Dôsledky	Skupina	N	M	SD	d	t	p																																																								
Spokojnosť s pracovným výkonom	experimentálna	12	4,64	0,73	0,419	1,053	0,303																																																								
	kontrolná	14	4,27	1,00				Zadosťučinenie z pomáhania	experimentálna	12	4,09	0,41	0,266	0,672	0,508	kontrolná	14	3,97	0,48	Celková pracovná spokojnosť	experimentálna	12	4,08	0,50	0,387	-0,959	0,347	kontrolná	14	4,32	0,73	Spokojnosť so spolupracovníkmi	experimentálna	12	4,62	0,92	0,101	-0,256	0,800	kontrolná	14	4,71	0,75	Spokojnosť s povahou práce	experimentálna	12	5,33	0,69	0,564	1,395	0,176	kontrolná	14	4,78	1,17	Spokojnosť s komunikáciou na pracovisku	experimentálna	12	4,41	0,78	0,219	-0,545	0,591
Zadosťučinenie z pomáhania	experimentálna	12	4,09	0,41	0,266	0,672	0,508																																																								
	kontrolná	14	3,97	0,48				Celková pracovná spokojnosť	experimentálna	12	4,08	0,50	0,387	-0,959	0,347	kontrolná	14	4,32	0,73	Spokojnosť so spolupracovníkmi	experimentálna	12	4,62	0,92	0,101	-0,256	0,800	kontrolná	14	4,71	0,75	Spokojnosť s povahou práce	experimentálna	12	5,33	0,69	0,564	1,395	0,176	kontrolná	14	4,78	1,17	Spokojnosť s komunikáciou na pracovisku	experimentálna	12	4,41	0,78	0,219	-0,545	0,591	kontrolná	14	4,63	1,16								
Celková pracovná spokojnosť	experimentálna	12	4,08	0,50	0,387	-0,959	0,347																																																								
	kontrolná	14	4,32	0,73				Spokojnosť so spolupracovníkmi	experimentálna	12	4,62	0,92	0,101	-0,256	0,800	kontrolná	14	4,71	0,75	Spokojnosť s povahou práce	experimentálna	12	5,33	0,69	0,564	1,395	0,176	kontrolná	14	4,78	1,17	Spokojnosť s komunikáciou na pracovisku	experimentálna	12	4,41	0,78	0,219	-0,545	0,591	kontrolná	14	4,63	1,16																				
Spokojnosť so spolupracovníkmi	experimentálna	12	4,62	0,92	0,101	-0,256	0,800																																																								
	kontrolná	14	4,71	0,75				Spokojnosť s povahou práce	experimentálna	12	5,33	0,69	0,564	1,395	0,176	kontrolná	14	4,78	1,17	Spokojnosť s komunikáciou na pracovisku	experimentálna	12	4,41	0,78	0,219	-0,545	0,591	kontrolná	14	4,63	1,16																																
Spokojnosť s povahou práce	experimentálna	12	5,33	0,69	0,564	1,395	0,176																																																								
	kontrolná	14	4,78	1,17				Spokojnosť s komunikáciou na pracovisku	experimentálna	12	4,41	0,78	0,219	-0,545	0,591	kontrolná	14	4,63	1,16																																												
Spokojnosť s komunikáciou na pracovisku	experimentálna	12	4,41	0,78	0,219	-0,545	0,591																																																								
	kontrolná	14	4,63	1,16																																																											

Aby sme sa však mohli adekvátne vyjadriť k tomu, či v jednotlivých šiestich pozitívnych dôsledkoch nastalo zníženie alebo zvýšenie po ukončení intervenčného programu vnútri oboch skupín, porovnali sme hrubé skóre v prvom meraní (pred realizáciou programu v máji) a v druhom meraní (po absolvovaní programu v júni) samostatne pre experimentálnu a kontrolnú skupinu. Pre tento účel sme použili t-testy pre párové merania. V tabuľkách uvádzame výsledky párových porovnaní odpovedí pred výcvikom a po výcviku u členov experimentálnej skupiny (Tab. 19) a členov kontrolnej skupiny (Tab. 20).

Na základe prezentovaných výsledkov môžeme zhrnúť, že pomáhajúci pracovníci v oboch skupinách vypovedali o približne rovnakých úrovniach sledovaných pozitívnych dôsledkov pomáhania pred začiatkom intervenčného programu v máji 2018 a po jeho ukončení v júni 2018 (Tab. 19 a Tab. 20). Pomáhajúci pracovníci v experimentálnej aj kontrolnej skupine prežívali pred intervenčným programom vyššiu mieru všetkých šiestich pozitívnych dôsledkov pomáhania (spokojnosti s pracovným výkonom, zadosťučinenia z pomáhania, celkovej pracovnej spokojnosti,

spokojnosti so spolupracovníkmi, s povahou práce a komunikáciou na pracovisku), ktorá zostala zachovaná aj po ukončení intervenčného programu.

Na záver uvádzame výsledky ANOVY (zmiešaný model 2x2), keďže aj v prípade pozitívnych dôsledkov pomáhania sme sa pre potreby komplexnejšieho pohľadu na účinnosť intervenčného programu pozreli na rozdiely v ich prežívaní medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou v čase (pred výcvikom v máji a po výcviku v júni) s cieľom overiť efekt interakcie. Tak, ako pri negatívnych dôsledkoch pomáhania, ani v prípade pozitívnych dôsledkov nebol podporený predpokladaný efekt interakcie (t.j. zvýšenie miery prežívania pozitívnych dôsledkov pomáhania v experimentálnej skupine po absolvovaní programu a pokles úrovně prežívania pozitívnych dôsledkov pomáhania u kontrolnej skupiny po ukončení programu) pre žiaden zo sledovaných pozitívnych dôsledkov pomáhania ($F = 2,260$; $p = 0,146$ pre spokojnosť s pracovným výkonom; $F = 1,391$; $p = 0,250$ pre zadosťučinenie z pomáhania; $F = 0,244$; $p = 0,626$ pre celkovú pracovnú spokojnosť; $F = 0,715$; $p = 0,406$ pre spokojnosť so spolupracovníkmi; $F = 0,000$; $p = 0,995$ pre spokojnosť s povahou práce a $F = 1,709$; $p = 0,204$ pre spokojnosť s komunikáciou na pracovisku), čo korešponduje s vyššie prezentovanými výsledkami rozdielových analýz.

Tab. 19 Porovnanie miery prežívania pozitívnych dôsledkov pomáhania u experimentálnej skupiny v čase (pred intervenčným programom - v máji a po intervenčnom programe - v júni)

Dôsledky	Obdobie	N	M	SD	t	p																																																				
Spokojnosť s pracovným výkonom	Máj	12	4,50	0,54	-0,532	0,606																																																				
	Jún	12	4,64	0,73			Zadosťučinenie z pomáhania	Máj	12	3,98	0,51	-1,048	0,317	Jún	12	4,09	0,41	Celková pracovná spokojnosť	Máj	12	4,06	0,47	-0,152	0,882	Jún	12	4,08	0,50	Spokojnosť so spolupracovníkmi	Máj	12	4,81	0,73	1,014	0,332	Jún	12	4,62	0,93	Spokojnosť s povahou práce	Máj	12	5,25	0,55	-0,364	0,723	Jún	12	5,33	0,69	Spokojnosť s komunikáciou na pracovisku	Máj	12	4,16	0,85	-1,336	0,209	Jún
Zadosťučinenie z pomáhania	Máj	12	3,98	0,51	-1,048	0,317																																																				
	Jún	12	4,09	0,41			Celková pracovná spokojnosť	Máj	12	4,06	0,47	-0,152	0,882	Jún	12	4,08	0,50	Spokojnosť so spolupracovníkmi	Máj	12	4,81	0,73	1,014	0,332	Jún	12	4,62	0,93	Spokojnosť s povahou práce	Máj	12	5,25	0,55	-0,364	0,723	Jún	12	5,33	0,69	Spokojnosť s komunikáciou na pracovisku	Máj	12	4,16	0,85	-1,336	0,209	Jún	12	4,41	0,78								
Celková pracovná spokojnosť	Máj	12	4,06	0,47	-0,152	0,882																																																				
	Jún	12	4,08	0,50			Spokojnosť so spolupracovníkmi	Máj	12	4,81	0,73	1,014	0,332	Jún	12	4,62	0,93	Spokojnosť s povahou práce	Máj	12	5,25	0,55	-0,364	0,723	Jún	12	5,33	0,69	Spokojnosť s komunikáciou na pracovisku	Máj	12	4,16	0,85	-1,336	0,209	Jún	12	4,41	0,78																			
Spokojnosť so spolupracovníkmi	Máj	12	4,81	0,73	1,014	0,332																																																				
	Jún	12	4,62	0,93			Spokojnosť s povahou práce	Máj	12	5,25	0,55	-0,364	0,723	Jún	12	5,33	0,69	Spokojnosť s komunikáciou na pracovisku	Máj	12	4,16	0,85	-1,336	0,209	Jún	12	4,41	0,78																														
Spokojnosť s povahou práce	Máj	12	5,25	0,55	-0,364	0,723																																																				
	Jún	12	5,33	0,69			Spokojnosť s komunikáciou na pracovisku	Máj	12	4,16	0,85	-1,336	0,209	Jún	12	4,41	0,78																																									
Spokojnosť s komunikáciou na pracovisku	Máj	12	4,16	0,85	-1,336	0,209																																																				
	Jún	12	4,41	0,78																																																						

Tab. 20 Porovnanie miery prežívania pozitívnych dôsledkov pomáhania u kontrolnej skupiny v čase (pred intervenčným programom - v máji a po intervenčnom programe - v júni)

Dôsledky	Obdobie	N	M	SD	t	p
Spokojnosť s pracovným výkonom	Máj	13	3,84	1,27	-0,965	0,352
	Jún	13	4,27	1,00		
Zadosťučinenie z pomáhania	Máj	13	3,72	0,54	-1,900	0,080
	Jún	13	3,97	0,48		
Celková pracovná spokojnosť	Máj	13	4,39	0,62	0,501	0,626
	Jún	13	4,32	0,73		
Spokojnosť so spolupracovníkmi	Máj	13	4,69	0,70	-0,119	0,907
	Jún	13	4,71	0,75		
Spokojnosť s povahou práce	Máj	13	4,70	1,29	-0,184	0,857
	Jún	13	4,78	1,17		
Spokojnosť s komunikáciou na pracovisku	Máj	13	4,88	0,79	0,772	0,455
	Jún	13	4,63	1,16		

3.4.3.2. *Analýza rozdielov na úrovni položiek*

Nakoľko sme nezistili štatisticky významné rozdiely v hrubých skóre pozitívnych dôsledkov pomáhania v čase, pristúpili sme aj u tejto skupiny dôsledkov k doplnkovým analýzám odpovedí na úrovni položiek dotazníkov. Rozdiely v odpovediach na položky v čase sme realizovali už len u experimentálnej skupiny tak, ako pri negatívnych dôsledkoch pomáhania. Dôvod bol rovnaký: chceli sme lepšie porozumieť efektu intervenčného programu u tých pomáhajúcich pracovníkov, ktorí sa ho zúčastnili. Pre tento účel sme takisto využili t-testy pre párové merania, pretože bola zachovaná normalita distribúcie odpovedí na položky dotazníkov. Výsledky prezentujeme v Tab. 21 - Tab. 25.

Odpovede na položky faktora spokojnosti s pracovným výkonom sa u experimentálnej skupiny v čase signifikantne nelíšili (Tab. 21). Po ukončení intervenčného programu v júni na nich odpovedali približne rovnako ako pred jeho začiatkom v máji. Napriek chýbajúcej štatistickej významnosti je v prípade niektorých položiek v čase viditeľný žiaduci (ale iba minimálny) nárast, pri niektorých však naopak veľmi mierny pokles posúdení. Iba v prípade jednej položky („Problémy mojich klientov riešim

veľmi efektívne.“) sa rozdiel v odpovediach medzi prvým a druhým meraním blížil k hranici štatistickej významnosti ($t = -1,936$; $p = 0,082$). V porovnaní so vstupnými posúdeniami ($M = 3,91$; $SD = 2,21$) na ňu členovia experimentálnej skupiny priaznivejšie odpovedali po absolvovaní celého intervenčného programu ($M = 5,00$; $SD = 1,18$). Dané zistenie môže naznačovať, že intervenčný program mohol mať potenciál zvýšiť u pomáhajúcich pracovníkov pocit efektívnosti v riešení ťažkostí ich klientov. V tomto smere mohli byť nápomocné tie aktivity intervenčného programu, ktoré účastníkom umožnili lepšie si uvedomiť svoje silné stránky pri vykonávaní pomáhajúcej práce.

Tab. 21 Porovnanie odpovedí na položky faktora spokojnosti s pracovným výkonom u experimentálnej skupiny v čase (pred intervenčným programom – v máji a po intervenčnom programe – v júni)

Položka	Obdobie	N	M	SD	t	p																																																																										
Dokážem ľahko porozumieť pocitom svojich klientov.	Máj	11	4,55	1,92	-1,150	0,277																																																																										
	Jún	11	5,09	0,94			Problémy mojich klientov riešim veľmi efektívne.	Máj	11	3,91	2,21	-1,936	0,082	Jún	11	5,00	1,18	Mám pocit, že prostredníctvom svojej práce pozitívne ovplyvňujem životy iných ľudí.	Máj	11	4,91	1,45	0,404	0,695	Jún	11	4,64	1,69	Cítim sa plný/-á síl.	Máj	11	4,18	1,33	-0,311	0,762	Jún	11	4,36	1,29	Pri práci s klientmi viem poľahky navodiť uvoľnenú atmosféru.	Máj	11	5,00	1,34	0,000	1,000	Jún	11	5,00	1,26	Osobná práca s mojimi klientmi vo mne vyvoláva pocity nadšenia a povzbudenia.	Máj	11	4,27	1,68	-1,000	0,341	Jún	11	4,82	0,98	V tejto práci sa mi podarilo uskutočniť mnoho užitočných vecí.	Máj	11	4,45	1,69	-0,837	0,422	Jún	11	5,00	1,18	Citové problémy v práci riešim veľmi pokojne.	Máj	11	4,00	1,84	-0,303	0,768	Jún
Problémy mojich klientov riešim veľmi efektívne.	Máj	11	3,91	2,21	-1,936	0,082																																																																										
	Jún	11	5,00	1,18			Mám pocit, že prostredníctvom svojej práce pozitívne ovplyvňujem životy iných ľudí.	Máj	11	4,91	1,45	0,404	0,695	Jún	11	4,64	1,69	Cítim sa plný/-á síl.	Máj	11	4,18	1,33	-0,311	0,762	Jún	11	4,36	1,29	Pri práci s klientmi viem poľahky navodiť uvoľnenú atmosféru.	Máj	11	5,00	1,34	0,000	1,000	Jún	11	5,00	1,26	Osobná práca s mojimi klientmi vo mne vyvoláva pocity nadšenia a povzbudenia.	Máj	11	4,27	1,68	-1,000	0,341	Jún	11	4,82	0,98	V tejto práci sa mi podarilo uskutočniť mnoho užitočných vecí.	Máj	11	4,45	1,69	-0,837	0,422	Jún	11	5,00	1,18	Citové problémy v práci riešim veľmi pokojne.	Máj	11	4,00	1,84	-0,303	0,768	Jún	11	4,18	1,40								
Mám pocit, že prostredníctvom svojej práce pozitívne ovplyvňujem životy iných ľudí.	Máj	11	4,91	1,45	0,404	0,695																																																																										
	Jún	11	4,64	1,69			Cítim sa plný/-á síl.	Máj	11	4,18	1,33	-0,311	0,762	Jún	11	4,36	1,29	Pri práci s klientmi viem poľahky navodiť uvoľnenú atmosféru.	Máj	11	5,00	1,34	0,000	1,000	Jún	11	5,00	1,26	Osobná práca s mojimi klientmi vo mne vyvoláva pocity nadšenia a povzbudenia.	Máj	11	4,27	1,68	-1,000	0,341	Jún	11	4,82	0,98	V tejto práci sa mi podarilo uskutočniť mnoho užitočných vecí.	Máj	11	4,45	1,69	-0,837	0,422	Jún	11	5,00	1,18	Citové problémy v práci riešim veľmi pokojne.	Máj	11	4,00	1,84	-0,303	0,768	Jún	11	4,18	1,40																			
Cítim sa plný/-á síl.	Máj	11	4,18	1,33	-0,311	0,762																																																																										
	Jún	11	4,36	1,29			Pri práci s klientmi viem poľahky navodiť uvoľnenú atmosféru.	Máj	11	5,00	1,34	0,000	1,000	Jún	11	5,00	1,26	Osobná práca s mojimi klientmi vo mne vyvoláva pocity nadšenia a povzbudenia.	Máj	11	4,27	1,68	-1,000	0,341	Jún	11	4,82	0,98	V tejto práci sa mi podarilo uskutočniť mnoho užitočných vecí.	Máj	11	4,45	1,69	-0,837	0,422	Jún	11	5,00	1,18	Citové problémy v práci riešim veľmi pokojne.	Máj	11	4,00	1,84	-0,303	0,768	Jún	11	4,18	1,40																														
Pri práci s klientmi viem poľahky navodiť uvoľnenú atmosféru.	Máj	11	5,00	1,34	0,000	1,000																																																																										
	Jún	11	5,00	1,26			Osobná práca s mojimi klientmi vo mne vyvoláva pocity nadšenia a povzbudenia.	Máj	11	4,27	1,68	-1,000	0,341	Jún	11	4,82	0,98	V tejto práci sa mi podarilo uskutočniť mnoho užitočných vecí.	Máj	11	4,45	1,69	-0,837	0,422	Jún	11	5,00	1,18	Citové problémy v práci riešim veľmi pokojne.	Máj	11	4,00	1,84	-0,303	0,768	Jún	11	4,18	1,40																																									
Osobná práca s mojimi klientmi vo mne vyvoláva pocity nadšenia a povzbudenia.	Máj	11	4,27	1,68	-1,000	0,341																																																																										
	Jún	11	4,82	0,98			V tejto práci sa mi podarilo uskutočniť mnoho užitočných vecí.	Máj	11	4,45	1,69	-0,837	0,422	Jún	11	5,00	1,18	Citové problémy v práci riešim veľmi pokojne.	Máj	11	4,00	1,84	-0,303	0,768	Jún	11	4,18	1,40																																																				
V tejto práci sa mi podarilo uskutočniť mnoho užitočných vecí.	Máj	11	4,45	1,69	-0,837	0,422																																																																										
	Jún	11	5,00	1,18			Citové problémy v práci riešim veľmi pokojne.	Máj	11	4,00	1,84	-0,303	0,768	Jún	11	4,18	1,40																																																															
Citové problémy v práci riešim veľmi pokojne.	Máj	11	4,00	1,84	-0,303	0,768																																																																										
	Jún	11	4,18	1,40																																																																												

Tab. 22 Porovnanie odpovedí na položky škály zadosťučinenia z pomáhania u experimentálnej skupiny v čase (pred intervenčným programom – v máji a po intervenčnom programe – v júni)

Položka	Obdobie	N	M	SD	t	p																																																																																																
Schopnosť pomáhať ľuďom ma naplňa spokojnosťou.	Máj	11	4,36	0,67	1,936	0,082																																																																																																
	Jún	11	4,09	0,83			Po práci s ľuďmi, ktorým pomáham, sa cítim svieži a posilnený.	Máj	11	3,45	0,69	0,516	0,617	Jún	11	3,27	0,79	Mám rád moju prácu pomáhajúceho.	Máj	11	4,36	1,03	0,000	1,000	Jún	11	4,36	0,92	Teší ma, ako dokážem držať krok s technikami a postupmi v pomáhaní.	Máj	11	4,00	0,63	-0,363	0,724	Jún	11	4,09	0,94	Moja práca ma uspokojuje.	Máj	11	4,45	0,69	1,936	0,082	Jún	11	4,18	0,98	Mám kladné myšlienky a pocity o tých, ktorým pomáham, a o tom, ako by som im mohol pomôcť.	Máj	11	4,18	0,75	1,491	0,167	Jún	11	4,00	1,00	Verím, že prostredníctvom mojej práce môžem niečo zmeniť.	Máj	11	4,00	0,77	-0,289	0,779	Jún	11	4,09	1,04	Som hrdý na to, čo som schopný urobiť, aby som pomohol.	Máj	11	4,18	0,75	0,319	0,756	Jún	11	4,09	1,04	Myslím, že ako pomáhajúci som "úspešný človek".	Máj	11	3,91	0,94	0,614	0,553	Jún	11	3,73	0,79	Som šťastný, že som si vybral túto prácu.	Máj	11	4,27	0,90	0,000	1,000	Jún
Po práci s ľuďmi, ktorým pomáham, sa cítim svieži a posilnený.	Máj	11	3,45	0,69	0,516	0,617																																																																																																
	Jún	11	3,27	0,79			Mám rád moju prácu pomáhajúceho.	Máj	11	4,36	1,03	0,000	1,000	Jún	11	4,36	0,92	Teší ma, ako dokážem držať krok s technikami a postupmi v pomáhaní.	Máj	11	4,00	0,63	-0,363	0,724	Jún	11	4,09	0,94	Moja práca ma uspokojuje.	Máj	11	4,45	0,69	1,936	0,082	Jún	11	4,18	0,98	Mám kladné myšlienky a pocity o tých, ktorým pomáham, a o tom, ako by som im mohol pomôcť.	Máj	11	4,18	0,75	1,491	0,167	Jún	11	4,00	1,00	Verím, že prostredníctvom mojej práce môžem niečo zmeniť.	Máj	11	4,00	0,77	-0,289	0,779	Jún	11	4,09	1,04	Som hrdý na to, čo som schopný urobiť, aby som pomohol.	Máj	11	4,18	0,75	0,319	0,756	Jún	11	4,09	1,04	Myslím, že ako pomáhajúci som "úspešný človek".	Máj	11	3,91	0,94	0,614	0,553	Jún	11	3,73	0,79	Som šťastný, že som si vybral túto prácu.	Máj	11	4,27	0,90	0,000	1,000	Jún	11	4,27	0,90								
Mám rád moju prácu pomáhajúceho.	Máj	11	4,36	1,03	0,000	1,000																																																																																																
	Jún	11	4,36	0,92			Teší ma, ako dokážem držať krok s technikami a postupmi v pomáhaní.	Máj	11	4,00	0,63	-0,363	0,724	Jún	11	4,09	0,94	Moja práca ma uspokojuje.	Máj	11	4,45	0,69	1,936	0,082	Jún	11	4,18	0,98	Mám kladné myšlienky a pocity o tých, ktorým pomáham, a o tom, ako by som im mohol pomôcť.	Máj	11	4,18	0,75	1,491	0,167	Jún	11	4,00	1,00	Verím, že prostredníctvom mojej práce môžem niečo zmeniť.	Máj	11	4,00	0,77	-0,289	0,779	Jún	11	4,09	1,04	Som hrdý na to, čo som schopný urobiť, aby som pomohol.	Máj	11	4,18	0,75	0,319	0,756	Jún	11	4,09	1,04	Myslím, že ako pomáhajúci som "úspešný človek".	Máj	11	3,91	0,94	0,614	0,553	Jún	11	3,73	0,79	Som šťastný, že som si vybral túto prácu.	Máj	11	4,27	0,90	0,000	1,000	Jún	11	4,27	0,90																			
Teší ma, ako dokážem držať krok s technikami a postupmi v pomáhaní.	Máj	11	4,00	0,63	-0,363	0,724																																																																																																
	Jún	11	4,09	0,94			Moja práca ma uspokojuje.	Máj	11	4,45	0,69	1,936	0,082	Jún	11	4,18	0,98	Mám kladné myšlienky a pocity o tých, ktorým pomáham, a o tom, ako by som im mohol pomôcť.	Máj	11	4,18	0,75	1,491	0,167	Jún	11	4,00	1,00	Verím, že prostredníctvom mojej práce môžem niečo zmeniť.	Máj	11	4,00	0,77	-0,289	0,779	Jún	11	4,09	1,04	Som hrdý na to, čo som schopný urobiť, aby som pomohol.	Máj	11	4,18	0,75	0,319	0,756	Jún	11	4,09	1,04	Myslím, že ako pomáhajúci som "úspešný človek".	Máj	11	3,91	0,94	0,614	0,553	Jún	11	3,73	0,79	Som šťastný, že som si vybral túto prácu.	Máj	11	4,27	0,90	0,000	1,000	Jún	11	4,27	0,90																														
Moja práca ma uspokojuje.	Máj	11	4,45	0,69	1,936	0,082																																																																																																
	Jún	11	4,18	0,98			Mám kladné myšlienky a pocity o tých, ktorým pomáham, a o tom, ako by som im mohol pomôcť.	Máj	11	4,18	0,75	1,491	0,167	Jún	11	4,00	1,00	Verím, že prostredníctvom mojej práce môžem niečo zmeniť.	Máj	11	4,00	0,77	-0,289	0,779	Jún	11	4,09	1,04	Som hrdý na to, čo som schopný urobiť, aby som pomohol.	Máj	11	4,18	0,75	0,319	0,756	Jún	11	4,09	1,04	Myslím, že ako pomáhajúci som "úspešný človek".	Máj	11	3,91	0,94	0,614	0,553	Jún	11	3,73	0,79	Som šťastný, že som si vybral túto prácu.	Máj	11	4,27	0,90	0,000	1,000	Jún	11	4,27	0,90																																									
Mám kladné myšlienky a pocity o tých, ktorým pomáham, a o tom, ako by som im mohol pomôcť.	Máj	11	4,18	0,75	1,491	0,167																																																																																																
	Jún	11	4,00	1,00			Verím, že prostredníctvom mojej práce môžem niečo zmeniť.	Máj	11	4,00	0,77	-0,289	0,779	Jún	11	4,09	1,04	Som hrdý na to, čo som schopný urobiť, aby som pomohol.	Máj	11	4,18	0,75	0,319	0,756	Jún	11	4,09	1,04	Myslím, že ako pomáhajúci som "úspešný človek".	Máj	11	3,91	0,94	0,614	0,553	Jún	11	3,73	0,79	Som šťastný, že som si vybral túto prácu.	Máj	11	4,27	0,90	0,000	1,000	Jún	11	4,27	0,90																																																				
Verím, že prostredníctvom mojej práce môžem niečo zmeniť.	Máj	11	4,00	0,77	-0,289	0,779																																																																																																
	Jún	11	4,09	1,04			Som hrdý na to, čo som schopný urobiť, aby som pomohol.	Máj	11	4,18	0,75	0,319	0,756	Jún	11	4,09	1,04	Myslím, že ako pomáhajúci som "úspešný človek".	Máj	11	3,91	0,94	0,614	0,553	Jún	11	3,73	0,79	Som šťastný, že som si vybral túto prácu.	Máj	11	4,27	0,90	0,000	1,000	Jún	11	4,27	0,90																																																															
Som hrdý na to, čo som schopný urobiť, aby som pomohol.	Máj	11	4,18	0,75	0,319	0,756																																																																																																
	Jún	11	4,09	1,04			Myslím, že ako pomáhajúci som "úspešný človek".	Máj	11	3,91	0,94	0,614	0,553	Jún	11	3,73	0,79	Som šťastný, že som si vybral túto prácu.	Máj	11	4,27	0,90	0,000	1,000	Jún	11	4,27	0,90																																																																										
Myslím, že ako pomáhajúci som "úspešný človek".	Máj	11	3,91	0,94	0,614	0,553																																																																																																
	Jún	11	3,73	0,79			Som šťastný, že som si vybral túto prácu.	Máj	11	4,27	0,90	0,000	1,000	Jún	11	4,27	0,90																																																																																					
Som šťastný, že som si vybral túto prácu.	Máj	11	4,27	0,90	0,000	1,000																																																																																																
	Jún	11	4,27	0,90																																																																																																		

Prevažná časť odpovedí na položky vo faktore zadosťučinenia z pomáhania sa v čase takisto signifikantne nelíšila (Tab. 22). Po ukončení intervenčného programu odpovedala experimentálna skupina na dve z nich rovnako ako na začiatku, odpovede na ostatné položky boli v druhom meraní buď veľmi mierne znížené alebo zvýšené. Identifikovali sme však dve položky, pri ktorých sa veľkosti rozdielov v odpovediach účastníkov v čase približovali k hranici štatistickej významnosti: „Schopnosť pomáhať ľuďom ma naplňa spokojnosťou:“ ($t = 1,936$; $p = 0,082$) a „Moja práca ma uspokojuje.“ ($t = 1,936$; $p = 0,082$). Odpovede na obe položky boli ale v druhom meraní v priemere nižšie, čo sme nepredpokladali. Absolvovanie

intervenčného programu malo tendenciu mierne znížiť pocity potešenia z pomáhajúcej práce u účastníkov. Vysvetľujeme si to tým, že v priebehu niektorých aktivít sa pomáhajúci pracovníci viac zameriavali na konkrétne negatíva svojich profesií a nadobudli na nich bližší náhľad, čo mohlo ovplyvniť ich výstupné posúdenia. Napriek tomu však po ukončení intervenčného programu zostali ich odpovede na položky škály zadostučinenia z pomáhania na nadpriemernej úrovni.

Tab. 23 Porovnanie odpovedí na položky faktora spokojnosti so spolupracovníkmi u experimentálnej skupiny v čase (pred intervenčným programom – v máji a po intervenčnom programe – v júni)

Položka	Obdobie	N	M	SD	t	p
Mám rád ľudí, s ktorými pracujem.	Máj	12	5,33	0,78	0,000	1,000
	Jún	12	5,33	0,98		
Zisťujem, že musím vykonávať viac práce kvôli nekompetentnosti mojich spolupracovníkov.	Máj	12	2,67	1,23	-1,609	0,136
	Jún	12	3,33	1,30		
S kolegami sa cítim príjemne.	Máj	12	4,75	0,87	-1,603	0,137
	Jún	12	5,17	0,83		
V práci je príliš veľa hašterenia a rozporov.	Máj	12	2,17	1,27	-2,171	0,053
	Jún	12	2,67	1,61		

Tab. 24 Porovnanie odpovedí na položky faktora spokojnosti s povahou práce u experimentálnej skupiny v čase (pred intervenčným programom – v máji a po intervenčnom programe – v júni)

Položka	Obdobie	N	M	SD	t	p
Niekedy mám pocit, že moja práca nemá zmysel.	Máj	12	1,75	1,14	-0,518	0,615
	Jún	12	1,92	1,24		
Rád robím veci, ktoré sú náplňou mojej práce.	Máj	12	5,25	0,75	0,158	0,878
	Jún	12	5,17	1,47		
Som hrdý na svoju prácu.	Máj	12	5,17	0,72	-1,393	0,191
	Jún	12	5,42	0,67		
Moja práca ma teší.	Máj	12	5,33	0,65	-1,483	0,166
	Jún	12	5,67	0,49		

Tab. 25 Porovnanie odpovedí na položky faktora spokojnosti s komunikáciou na pracovisku u experimentálnej skupiny v čase (pred intervenčným programom – v máji a po intervenčnom programe – v júni)

Položka	Obdobie	N	M	SD	t	p
Komunikácia na našom pracovisku je dobrá.	Máj	12	4,42	0,67	0,432	0,674
	Jún	12	4,33	0,98		
Ciele našej organizácie mi nie sú jasné.	Máj	12	2,58	1,93	0,252	0,806
	Jún	12	2,42	1,78		
Často mám pocit, že neviem, čo sa s našim pracoviskom deje.	Máj	12	2,92	1,24	0,616	0,551
	Jún	12	2,75	1,06		
Pracovné úlohy nie sú úplne vysvetlené.	Máj	12	3,25	1,54	1,431	0,180
	Jún	12	2,50	1,24		

Signifikantné rozdiely v čase neboli zistené ani v odpovediach experimentálnej skupiny na položky troch faktorov Dotazníka pracovnej spokojnosti: spokojnosť so spolupracovníkmi (Tab. 23), spokojnosť s povahou práce (Tab. 24) a spokojnosť s komunikáciou na pracovisku (Tab. 25). Minimálny nárast alebo pokles priemerných odpovedí na položky všetkých troch faktorov, ktorý bol prítomný v druhom meraní, nedosahoval úroveň štatistickej významnosti. K jej hranici sa približoval iba rozdiel v májových a júnových odpovediach členov experimentálnej skupiny na jednu položku faktora spokojnosti so spolupracovníkmi: „V práci je príliš veľa hašterenia a rozporov.“ ($t = -2,171$; $p = 0,053$). V druhom meraní pomáhajúci pracovníci uvádzali vyšší výskyt hašterenia a rozporov ($M = 2,67$; $SD = 1,61$) ako v prvom meraní ($M = 2,17$; $SD = 1,61$). Túto tendenciu si vysvetľujeme podobne ako v predošlom prípade: niektoré aktivity intervenčného programu mohli viac upriamiť pozornosť účastníkov na interpersonálne konflikty, ktoré sú prítomné na ich pracoviskách a prejavilo sa to v ich odpovediach na toto tvrdenie. Celkovo sa však v odpovediach experimentálnej skupiny na položky troch faktorov zrkadlila vyššia úroveň spokojnosti so spolupracovníkmi, povahou práce a komunikáciou na pracovisku: v oboch meraniach vyjadrovali pomáhajúci pracovníci vyššiu mieru súhlasu s pozitívne formulovanými položkami a nižšiu mieru súhlasu s negatívne formulovanými položkami.

3.4.3.3. *Analýza odpovedí na krátke škály*

Napokon popíšeme analýzy odpovedí experimentálnej skupiny na krátke škály, ktorými sme sa pýtali na dva pozitívne dôsledky: mieru prežívania spokojnosti vyplývajúcej z pomáhajúcej práce a mieru spokojnosti s pracovným výkonom. Experimentálna skupina ich vyplňala štyrikrát (pred začiatkom a po ukončení prvého aj druhého výcvikového stretnutia). Zaujímali nás rozdiely v ich odpovediach na obe krátke škály pred začiatkom prvého výcvikového stretnutia a po jeho ukončení (Tab. 26), pred začiatkom druhého výcvikového stretnutia a po jeho ukončení (Tab. 27) a napokon pred začiatkom prvého výcvikového stretnutia a po ukončení druhého výcvikového stretnutia (Tab. 28). Pre tento účel sme využili parametrické t-testy pre párové merania, nakoľko distribúcia škálových odpovedí zodpovedala normálnemu rozloženiu.

Tab. 26 Porovnanie posúdení pozitívnych dôsledkov na krátkych škálach u experimentálnej skupiny v máji 2018 (pred prvým výcvikovým stretnutím a po ňom)

Dôsledky	Obdobie	N	M	SD	t	p
Spokojnosť s pracovným výkonom	Pred výcvikom	16	3,12	0,71	0,222	0,827
	Po výcviku	16	3,06	1,12		
Spokojnosť vyplývajúca z pomáhajúcej práce	Pred výcvikom	16	3,18	0,65	-0,397	0,697
	Po výcviku	16	3,31	1,07		

Tab. 27 Porovnanie posúdení pozitívnych dôsledkov na krátkych škálach u experimentálnej skupiny v júni 2018 (pred prvým výcvikovým stretnutím a po ňom)

Dôsledky	Obdobie	N	M	SD	t	p
Spokojnosť s pracovným výkonom	Pred výcvikom	12	3,00	0,85	-0,561	0,586
	Po výcviku	12	3,16	1,11		
Spokojnosť vyplývajúca z pomáhajúcej práce	Pred výcvikom	12	3,00	1,27	-0,761	0,463
	Po výcviku	12	3,25	1,21		

V Tab. 26 - Tab. 28 môžeme vidieť, že posúdenia pozitívnych dôsledkov na krátkych škálach boli približne rovnaké v prvom aj druhom meraní vo všetkých troch časových porovnaníach. Po absolvovaní

intervenčného programu sa teda u experimentálnej skupiny nepreukázali štatisticky významné rozdiely v prežívaní pozitívnych dôsledkov pomáhania ani v prípade, ak sme sa na nich priamo dopytovali pomocou krátkych škál. Pomáhajúci pracovníci, ktorí sa intervenčného programu zúčastnili, prežívali vo všetkých sledovaných časových etapách približne rovnakú (vyššiu) mieru spokojnosti s pracovným výkonom aj spokojnosti, ktorá vyplývala z pomáhajúcej práce. K ich nárastu po absolvovaní intervenčného programu však už nedošlo, a to aj napriek tomu, že na začiatku výcviku nedosahovali maximálnu možnú úroveň.

Tab. 28 Porovnanie posúdení pozitívnych dôsledkov na krátkych škálach u experimentálnej skupiny v máji 2018 (pred prvým výcvikovým stretnutím) a v júni 2018 (po druhom výcvikovom stretnutí)

Dôsledky	Obdobie	N	M	SD	t	p
Spokojnosť s pracovným výkonom	Pred výcvikom	12	3,16	0,83	0,000	1,000
	Po výcviku	12	3,16	1,11		
Spokojnosť vyplývajúca z pomáhajúcej práce	Pred výcvikom	12	3,16	0,71	-0,321	0,754
	Po výcviku	12	3,25	1,21		

Celkovo je možné zhrnúť, že intervenčný program nemal významný efekt ani na zvyšovanie pozitívnych dôsledkov pomáhania u účastníkov v experimentálnej skupine. Po absolvovaní intervenčného programu sme u pomáhajúcich pracovníkov nezaznamenali signifikantné zlepšenie v žiadnom zo zvolených ukazovateľov úrovne pozitívnych dôsledkov. Nenastali očakávané zmeny na úrovni hrubých skóre dotazníkov, v odpovediach na ich položky a ani v posúdeniach pozitívnych dôsledkov na krátkych škálach.

3.4.4. Analýza spätných väzieb na absolvovaný intervenčný program

Okrem štandardizovaných dotazníkov a krátkych škál sme všetkým účastníkom intervenčného programu administrovali aj spätné väzby, v ktorých hodnotili absolvované výcvikové aktivity a intervenčný program ako celok formou uzavretých i otvorených otázok. Popis konkrétnych aktivít sme uviedli v Tab. 2 a Tab. 3. Na tomto mieste uvedieme analýzu odpovedí na všetky otázky, ktoré boli súčasťou spätných väzieb v závere každého dňa počas prvého aj druhého výcvikového stretnutia.

3.4.4.1. *Analýza spätných väzieb na prvé výcvikové stretnutie*

Prvého výcvikového stretnutia sa zúčastnilo 16 pomáhajúcich pracovníkov, ktorí následne mohli posúdiť intervenčný program v spätných väzbách. Počas prvého dňa prvého výcvikového stretnutia absolvovala experimentálna skupina tri výcvikové bloky. Blok 1 bol primárne zameraný na identifikáciu pracovných záležitostí, ktoré neovplyvňujeme, ovplyvňujeme a kontrolujeme. K tejto aktivite sme sa v spätnej väzbe opýtali jednu otázku:

1. V akej miere Vám táto aktivita pomohla uvedomiť si, čo viete mať v práci pod kontrolou? (1 = minimálne; 4 = maximálne)

Členovia experimentálnej skupiny uviedli, že táto aktivita im vo väčšej miere pomohla uvedomiť si, čo môžu mať v práci pod kontrolou ($M = 3,56$; $SD = 0,51$). Sedem účastníkov (43,8 %) odpovedalo zakrúžkovaním čísla 3 na škále, 9 pomáhajúci pracovníci (56,2 %) hodnotili užitočnosť tejto aktivity v maximálnej miere.

Blok 2 bol venovaný edukácii o starostlivosti o seba. V spätnej väzbe nás zaujímali odpovede na tri otázky:

2. Dozvedeli ste sa v tejto aktivite nové poznatky o starostlivosti o seba? (áno/nie)
3. V akej miere Vám táto aktivita pomohla uvedomiť si, akým spôsobom sa o seba staráte? (1 = minimálne; 4 = maximálne)
4. V akej miere Vám táto aktivita pomohla uvedomiť si, aké spôsoby starostlivosti o seba môžete využívať? (1 = minimálne; 4 = maximálne)

Na druhú otázku spätnej väzby 13 pomáhajúcich pracovníkov (81,3 %) uviedlo, že počas druhého bloku sa dozvedeli nové informácie o starostlivosti o seba a traja (18,8 %) odpovedali záporne. Aktivita druhého bloku však bola celkovo užitočná, nakoľko pomohla účastníkom lepšie si uvedomiť, akým spôsobom sa o seba starajú ($M = 3,43$; $SD = 0,62$). Na túto otázku odpovedalo osem pracovníkov (50 %) zakrúžkovaním čísla 4, siedmi (43,8 %) zakrúžkovali číslo 3 a jeden (6,3 %) číslo 2. Aktivita v druhom bloku takisto pomohla účastníkom lepšie si uvedomiť to, aké spôsoby starostlivosti o seba môžu využívať ($M = 3,62$; $SD = 0,71$). Na túto otázku odpovedalo 12 respondentov (75 %) zakrúžkovaním čísla 4 na škále, dvaja (12,5 %) zakrúžkovali číslo 3 a dvaja (12,5 %) číslo 2.

Blok 3 zahŕňal aktivity venované telesnej starostlivosti o seba. V spätnej väzbe sme k tomuto bloku položili účastníkom štyri otázky:

5. Dozvedeli ste sa v tejto aktivite nové poznatky o telesnej starostlivosti o seba? (áno/nie)
6. V akej miere Vám táto aktivita pomohla uvedomiť si, aké spôsoby telesnej starostlivosti o seba môžete využívať? (1 = minimálne; 4 = maximálne)
7. Do akej miery bol pre Vás užitočný nácvik relaxácie? (1 = minimálne; 4 = maximálne)
8. Do akej miery bol pre Vás užitočný nácvik práce s dychom? (1 = minimálne; 4 = maximálne)

Na otázku číslo 5 odpovedalo 13 pomáhajúcich pracovníkov (81,3 %) kladne a traja (18,7 %) uviedli, že sa nové informácie o telesnej starostlivosti o seba nedozvedeli. Napriek tomu bol aj tretí blok prevažne nápomocný a účastníci si vďaka nemu viac uvedomili, aké spôsoby telesnej starostlivosti o seba môžu využívať ($M = 3,56$; $SD = 0,72$). Ako užitočný hodnotili aj nácvik relaxácie ($M = 3,43$; $SD = 0,89$) a nácvik práce s dychom ($M = 3,37$; $SD = 0,80$). Na otázku číslo 7 odpovedalo 11 pomáhajúcich pracovníkov (68,8 %) zakrúžkovaním čísla 4 na škále, jeden (6,2 %) zakrúžkoval číslo 3 a pre štyroch (25 %) bol nácvik relaxácie užitočný menej – zakrúžkovali možnosť 2. Na otázku číslo 8 odpovedali deväť účastníci (56,3 %) zaškrtnutím čísla 4 na škále, štyria (25 %) zakrúžkovali číslo 3 a traja (18,7) možnosť 2.

V priebehu nasledujúceho druhého dňa prvého výcvikového stretnutia prebehli dva bloky aktivít. Prvý z nich – blok 4 – bol zameraný na diskusiu o spôsoboch riešenia problémov a zvládania záťaže. Opýtali sme sa k nemu dve otázky v spätnej väzbe:

9. Dozvedeli ste sa nové informácie o možnostiach zvládania záťaže a riešenia problémov? (áno/nie)
10. Do akej miery bola pre Vás táto aktivita užitočná? (1 = minimálne; 4 = maximálne)

Na otázku číslo 9 odpovedalo 13 účastníkov (81,3 %) kladne a traja (18,7) uviedli, že sa nedozvedeli nové poznatky o zvládaní záťaže a riešení problémov. Vo všeobecnosti však aktivitu štvrtého bloku posúdili ako užitočnú ($M = 3,25$; $SD = 1,06$): na otázku číslo 10 odpovedalo 9 pomáhajúcich pracovníkov (56,3 %) zakrúžkovaním čísla 4 na škále, štyria (25 %) zakrúžkovali možnosť 3, jeden (6,3 %) číslo 2 a dvaja (12,5 %) považovali prínos tejto aktivity za minimálny.

Blok 5 zahŕňal aktivity zamerané na časový manažment a možnosti starostlivosti o seba v práci. Zaujímali nás odpovede účastníkov na dve otázky v spätnej väzbe:

11. Dozvedeli ste sa v tejto aktivite nové informácie o starostlivosti o seba v práci? (áno/nie)
12. Do akej miery boli pre Vás tieto aktivity užitočné? (1 = minimálne; 4 = maximálne)

V piatom bloku sa 14 účastníkov (87,5 %) dozvedelo nové poznatky o starostlivosti o seba v práci a dvaja (12,5 %) odpovedali na otázku číslo 11 záporne. Pre väčšinu pomáhajúcich pracovníkov boli aktivity v poslednom bloku prvého výcvikového stretnutia užitočné ($M = 3,43$; $SD = 0,81$): deväť (56,3 %) odpovedali na otázku číslo 12 zakrúžkovaním čísla 4 na škále a traja (37,5 %) zakrúžkovali možnosť 3. Iba jeden (6,3 %) sa vyjadril, že piaty blok bol preňho prínosný len minimálne.

Po uvedených 12 otázkach k piatim blokmi prvého výcvikového stretnutia sme sa v spätnej väzbe zaujímali aj o jeho zhodnotenie ako celku. Položili sme tieto uzavreté a otvorené otázky:

13. Do akej miery bol pre Vás výcvikový program užitočný? (1 = minimálne; 4 = maximálne)
14. Do akej miery ste boli spokojní s obsahom výcvikového programu? (1 = minimálne; 4 = maximálne)
15. Ktorá aktivita bola pre Vás najviac užitočná?
16. Čo hodnotíte na výcvikovom programe pozitívne?
17. Čo hodnotíte na výcvikovom programe negatívne?

Prvý výcvikový program posúdili účastníci celkovo ako užitočný ($M = 3,75$; $SD = 0,44$) a boli výrazne spokojní aj s jeho obsahom ($M = 3,81$; $SD = 0,40$). Na otázku číslo 13 zvolilo 12 pomáhajúcich pracovníkov (75 %) škálovú odpoveď 4 a štyria (25 %) zakrúžkovali odpoveď 3. S obsahom prvého výcvikového stretnutia bolo maximálne spokojných 13 účastníkov (81,3 %), škálovú odpoveď 3 zakrúžkovali traja (18,7 %).

Za najviac užitočné aktivity prvého výcvikového stretnutia považovali pomáhajúci pracovníci tie, ktoré boli súčasťou blokov 3, 4 a 5. Šiesti účastníci (37,5 %) sa vyjadrili, že pre nich boli prínosné všetky aktivity. Rovnaký počet respondentov zhodnotil ako najviac užitočné aktivity v bloku 4, ktoré boli zamerané na problematiku riešenia problémov a zvládanie záťaže v práci. Pre troch pracovníkov (18,7 %) boli najviac prínosné aktivity v bloku 5, ktoré sme venovali téme časového manažmentu

a starostlivosti o seba v práci. Jeden účastník (6,3 %) uviedol, že preňho bol užitočný najmä blok 3 o telesnej starostlivosti o seba.

Na prvom výcvikovom stretnutí hodnotili pomáhajúci pracovníci pozitívne viacero aspektov. Oceňovali celkovú koncepciu intervenčného programu, pripravenosť a prístup lektorov, príjemnú atmosféru v priebehu blokov, otváranie nových tém, možnosť sebazpoznania a komunikácie v skupine, utuženie vzťahov v kolektíve, ale aj spoznanie nových ľudí. Účastníci sa podľa vlastných slov mohli naučiť niečo nové a získali inú perspektívu v pohľade najmä na negatívne stránky spojené s pomáhajúcou prácou (stres, problémy na pracovisku). Uvedomili si, že svoju prácu chcú vykonávať aj naďalej a vidia v nej zmysel.

V časti vyhradenej na negatívne spätné väzby sa objavilo menej odpovedí. Jednotlivci negatívne hodnotili napríklad pasivitu niektorých členov v skupine, ich neochotu zapájať sa do diskusie alebo odbočovanie od témy a komunikáciu o záležitostiach, ktoré sa netýkali aktivít. Väčšina účastníkov (68,7 %) však nevnímala žiadne negatíva prvého výcvikového stretnutia. Niektorí vnímali ako negatívum iba to, že sa skončilo.

3.4.4.2. *Analýza spätných väzieb na druhé výcvikové stretnutie*

Spätné väzby na druhé výcvikové stretnutie sme mali k dispozícii od 13 pomáhajúcich pracovníkov. V priebehu prvého dňa druhého výcvikového stretnutia absolvovali účastníci tri výcvikové bloky. Obsahom bloku 1 bolo vyhodnotenie domácej úlohy, ktorú dostali na konci prvého výcvikového stretnutia. V spätnej väzbe sme sa zaujímali o odpoveď na jednu otázku:

1. V akej miere Vám táto aktivita pomohla uvedomiť si, aké aktivity starostlivosti o seba ste využívali za posledný mesiac? (1 = minimálne; 4 = maximálne)

Táto aktivita bola pre pomáhajúcich pracovníkov nápomocná v menšej miere ($M = 2,83$; $SD = 1,02$). Z celkového počtu 13 účastníkov ju traja (23,1 %) považovali za maximálne užitočnú, šiesti (46,2 %) zakrúžkovali škálovú odpoveď 3, jeden označil škálovú hodnotu 2 a dvaja ju posúdili ako minimálne nápomocnú.

Blok 2 sme venovali téme sebaregulácie starostlivosti o seba. V spätnej väzbe sme sa pýtali štyri otázky:

2. Dozvedeli ste sa v tejto aktivite nové informácie o starostlivosti o seba? (áno/nie)

3. V akej miere Vám táto aktivita pomohla uvedomiť si, aké spôsoby starostlivosti o seba viete reálne zaradiť do Vášho týždenného rozvrhu? (1 = minimálne; 4 = maximálne)
4. V akej miere Vám táto aktivita pomohla uvedomiť si, aké spôsoby starostlivosti o seba chcete z vlastnej motivácie zaradiť do Vášho týždenného rozvrhu? (1 = minimálne; 4 = maximálne)
5. V akej miere boli pre Vás nápomocné poznatky o aktívnom plánovaní starostlivosti o seba? (1 = minimálne; 4 = maximálne)

V odpovedi na druhú otázku 10 účastníkov (76,9 %) uviedlo, že sa v bloku 2 dozvedeli nové poznatky o starostlivosti o seba a traja (23,1 %) na ňu odpovedali negatívne. Iba v strednej miere im aktivity tohto bloku pomohli uvedomiť si, aké spôsoby starostlivosti o seba vedia reálne zaradiť do svojho života ($M = 2,61$; $SD = 0,65$): na otázku číslo 3 nikto neuviedol maximálnu škálovú odpoveď, deväti účastníci (69,2 %) odpovedali zakrúžkovaním čísla 3 na škále, traja (23,1 %) zakrúžkovali číslo 2 a jeden považoval aktivity bloku 2 za minimálne prínosné. Z odpovedí na otázku číslo 4 sme sa dozvedeli, že druhý blok bol v strednej miere nápomocný aj pre uvedomenie si toho, aké aktivity starostlivosti o seba chcú účastníci začať využívať z vnútornej motivácie ($M = 2,69$; $SD = 1,03$): na otázku číslo 4 traja pracovníci (23,1 %) uviedli najvyššiu škálovú odpoveď, piati (38,5 %) zakrúžkovali číslo 3 na škále, traja číslo 2 a dvaja (15,4 %) zhodnotili v tomto smere blok 2 ako minimálne užitočný. Teoretické poznatky o aktívnom plánovaní starostlivosti o seba boli pre pomáhajúcich pracovníkov takisto priemerne prínosné ($M = 2,84$; $SD = 0,89$): maximálnu škálovú odpoveď zaškrtili v otázke číslo 5 traja účastníci (23,1 %), šiesti (46,2 %) odpovedali zakrúžkovaním čísla 3, traja zaškrtili 2 a jeden (7,7 %) považoval informácie o aktívnom plánovaní starostlivosti o seba za minimálne nápomocné.

Blok 3 zahŕňal dve odlišné aktivity. Prvá bola zameraná na prácu v skupine a druhá na všímanosť. Do spätnej väzby k tretiemu bloku sme zaradili tri otázky:

6. V akej miere bola pre Vás prínosná aktivita zameraná na riešenie úlohy v skupine? (1 = minimálne; 4 = maximálne)
7. V akej miere Vám práca v skupine na spoločnej úlohe pomohla uvedomiť si, ako fungujete v pracovnej skupine v reálnom živote? (1 = minimálne; 4 = maximálne)
8. V akej miere bola pre Vás prínosná aktivita zameraná na prácu s pozornosťou? (1 = minimálne; 4 = maximálne)

Aktivity bloku 3 boli hodnotené pozitívnejšie ako aktivity predchádzajúcich dvoch blokov. Skupinová práca bola pre účastníkov prínosná vo vysokej miere ($M = 3,61$; $SD = 0,65$) a na rovnakej úrovni im pomohla uvedomiť si aj to, ako pristupujú k skupinovej práci v reálnom živote ($M = 3,61$; $SD = 0,65$): v odpovediach na otázky 6 a 7 vypovedalo zhodne 9 účastníkov (69,2 %) o maximálnom prínose skupinovej aktivity, traja (23,1 %) označili v oboch otázkach škálovú odpoveď 3 a jeden (7,7 %) uviedol škálovú odpoveď 2. Ako prínosná bola posúdená aj aktivita na podporu všímavosti ($M = 3,46$; $SD = 0,77$): osem účastníkov (61,5 %) sa vyjadrilo o jej maximálnej užitočnosti, traja (23,1 %) uviedli škálovú odpoveď 3 a dvaja (15,4 %) škálovú odpoveď 2.

Počas druhého dňa druhého výcvikového stretnutia boli naplánované bloky 4 a 5, ktoré sa venovali vybraným aspektom starostlivosti o seba v práci. V bloku 4 sme rozoberali spôsoby riešenia konfliktov a v spätnej väzbe sme k nemu položili dve otázky:

9. Dozvedeli ste sa nové informácie o spôsoboch riešenia konfliktov? (áno/nie)
10. Do akej miery bola pre Vás užitočná diskusia o spôsoboch riešenia konfliktov v práci? (1 = minimálne; 4 = maximálne)

Na otázku číslo 9 odpovedalo 11 účastníkov (84,6 %) kladne a iba dvaja uviedli, že sa nedozvedeli žiadne nové poznatky o spôsoboch riešenia konfliktov. Diskusiu o možnostiach riešenia konfliktov v práci však celkovo považovali za prínosnú ($M = 3,38$; $SD = 0,65$): šiesti pracovníci (46,2 %) v otázke číslo 10 zhodne zakrúžkovali škálové odpovede 4 a 3, jeden (7,7 %) považoval diskusiu o riešení konfliktov na pracovisku za menej prínosnú (škálová odpoveď 2).

Blok 5 uzatváral druhé výcvikové stretnutie aktivitou zameranou na podporu komunikačných spôsobilostí – nácvik formulovania negatívnej spätnej väzby na pracovisku. Pôvodne sme v tomto bloku chceli precvičovať aj asertívnu komunikáciu, ale z časových dôvodov sme sa tejto časti nevenovali. K bloku 5 sa účastníci vyjadrovali v odpovediach na dve otázky:

11. Dozvedeli ste sa nové informácie o spôsoboch poskytovania negatívnej spätnej väzby na pracovisku? (áno/nie)
12. Do akej miery boli pre Vás užitočné cvičenia na formuláciu negatívnej spätnej väzby na pracovisku? (1 = minimálne; 4 = maximálne)

Na prvú z položených otázok 12 pracovníkov (92,3 %) uviedlo, že sa v piatom bloku naučili nové vedomosti o poskytovaní negatívnej spätnej väzby a iba jeden (7,7 %) sa vyjadril záporne. Cvičenia na formulovanie negatívnej spätnej väzby v priemere zhodnotili ako veľmi užitočné ($M = 3,61$; $SD = 0,65$): deväti účastníci (69,2 %) vypovedali o maximálnom prínose tejto aktivity, traja (23,1 %) označili škálovú odpoveď 3 a jeden (7,7 %) škálovú odpoveď 2.

Po 12 otázkach k jednotlivým aktivitám piatich blokov druhého výcvikového stretnutia nás zaujímalo aj jeho celkové posúdenie zo strany pomáhajúcich pracovníkov. Položili sme im rovnaké uzavreté a otvorené otázky ako po prvom výcvikovom stretnutí:

13. Do akej miery bol pre Vás výcvikový program užitočný? (1 = minimálne; 4 = maximálne)
14. Do akej miery ste boli spokojní s obsahom výcvikového programu? (1 = minimálne; 4 = maximálne)
15. Ktorá aktivita bola pre Vás najviac užitočná?
16. Čo hodnotíte na výcvikovom programe pozitívne?
17. Čo hodnotíte na výcvikovom programe negatívne?

Druhý výcvikový program hodnotili pomáhajúci pracovníci celkovo ako užitočný ($M = 3,69$; $SD = 0,63$) a vyjadrovali rovnako vysokú mieru spokojnosti aj s jeho obsahom ($M = 3,69$; $SD = 0,63$): v otázkach 13 a 14 uviedlo zhodne 10 účastníkov (76,9 %) maximálnu možnú škálovú odpoveď, dvaja (15,4 %) zakružkovali škálovú odpoveď 3 a jeden (7,7 %) škálovú odpoveď 2.

Pre účastníkov intervenčného programu boli v druhom výcvikovom stretnutí najviac užitočné aktivity v rámci blokov 3, 4 a 5. Sedem pomáhajúcich pracovníkov (53,9 %) považovalo za najviac užitočné aktivity v blokoch 4 a 5, ktoré boli zamerané na riešenie konfliktov a formulovanie negatívnej spätnej väzby. Štyria (30,8 %) zhodnotili všetky aktivity ako maximálne prínosné. Pre dvoch účastníkov (15,4 %) boli najviac prínosné aktivity v bloku 3: skupinová práca a nácvik všímavosti.

Na druhom výcvikovom stretnutí oceňovali pomáhajúci pracovníci podobné aspekty ako v prípade prvého výcvikového stretnutia: pripravenosť a prístup lektorov, nové informácie, dobrú atmosféru. Oveľa viac pozitívnych hodnotení sa v tomto prípade týkalo kolektívu, spolupráce v rámci jednotlivých blokov a vzájomnej komunikácie. Účastníci reflektovali, že sa nebáli vyjadriť vlastný názor a vnímali, že ich ostatní počúvajú viac ako počas prvého výcvikového stretnutia. Takisto ocenili, že spoznali nových ľudí z podobných profesií, s ktorými si mohli vymieňať

názory, skúsenosti, poznatky. Podľa vlastných vyjadrení si uvedomili aj nové veci a získali iný uhol pohľadu na niektoré záležitosti. V neposlednom rade si oddýchli a niektorí tiež uviedli, že sa naučili starať sa o seba.

Traja účastníci uviedli niekoľko negatív, ktoré vnímali v priebehu druhého výcvikového stretnutia. Prekážali im občasné zdĺhavé reakcie iných členov skupiny, najmä ak sa potom odklonili od témy aktivity. Prijali by aj viac dynamiky v diskusiách a účastníkov z väčšieho počtu zariadení, aby sa väčšina navzájom nepoznala. Zaťažovali ich aj zdĺhavé dotazníky, ktoré museli vyplňať. Väčšina pomáhajúcich pracovníkov (81,2 %) však nevnímala žiadne negatívum druhého výcvikového stretnutia a celý intervenčný program zhodnotila pozitívne.

3.5. Diskusia

Podstatou tejto vedeckej monografie bolo prezentovať výsledky overovania efektivity vlastného intervenčného programu pre pomáhajúcich pracovníkov so zameraním na podporu starostlivosti o seba. V priebehu intervenčného programu sme sa primárne zameriavali na rozvoj zručností v oblasti starostlivosti o seba u pomáhajúcich profesionálov. Očakávali sme, že intervencie u účastníkov ovplyvnia frekvenciu vykonávania aktivít starostlivosti o seba, a že táto zmena sa prejaví aj v miere prežívania pozitívnych a negatívnych dôsledkov pomáhanie po absolvovaní intervenčného programu. V súlade s uvedenými predpokladmi sme sledovali tri ukazovatele účinnosti intervenčného programu: zvýšenie frekvencie vykonávania aktivít starostlivosti o seba, zvýšenie prežívania pozitívnych dôsledkov pomáhanie a zníženie prežívania negatívnych dôsledkov pomáhanie u účastníkov po jeho absolvovaní.

Pri zostavovaní nášho intervenčného programu sme vychádzali z troch hlavných zdrojov. Tým prvým boli relevantné teoretické poznatky a výskumné štúdie, ktoré sa venovali problematike starostlivosti o seba a dôsledkov, ktoré sú spojené s vykonávaním pomáhajúcich profesií. Tieto výskumy priniesli vedecké dôkazy o prepojení starostlivosti o seba s prežívaním pozitívnych aj negatívnych dôsledkov pomáhanie. Konkrétne, starostlivosť o seba sa preukázala ako faktor, ktorý je jednak spojený s redukciou prežívania negatívnych dôsledkov pomáhanie (stresu, vyhorenia, únavy z pomáhanie, sekundárneho traumatického stresu), a jednak má potenciál zvýšiť prežívanie pozitívnych dôsledkov vyplývajúcich z pomáhanie (subjektívnu pohodu, zadosťučinenie z pomáhanie) (Alkema, Linton, Davies, 2008; Bloomquist et al., 2015; Killian, 2008; Lawson, Myers, 2011; Santana, Fouad, 2017). Vykonávanie aktivít starostlivosti o seba má však význam nielen priamo pre samotných

pomáhajúcich pracovníkov, ale aj nepriamo pre ich klientov, nakoľko sa spája aj s vyššou kvalitou poskytovanej profesionálnej starostlivosti (Mesárošová et al., 2017).

Druhým zdrojom informácií pri tvorbe intervenčného programu boli výsledky našich vlastných výskumov, ktoré sme realizovali v jednotlivých etapách projektu APVV 14-0921. Na reprezentatívnom súbore slovenských pomáhajúcich pracovníkov sme zistili, že vykonávaná starostlivosť o seba redukuje pociťovanie negatívnych dôsledkov, ktoré sú spojené s pomáhaním (stresu a vyhorenia) a podporuje prežívanie pozitívnych dôsledkov pomáhania (zadosťučinenia z pomáhania, spokojnosti s pracovným výkonom a celkovej pracovnej spokojnosti) (Mesárošová et al., 2018). V ďalšom výskume sme u pomáhajúcich profesionálov zisťovali dopyt po konkrétnych aktivitách starostlivosti o seba a získali sme nasledujúci krátky zoznam tých, ktoré by na svojich pracoviskách privítali najviac: vzdelávacie aktivity so zameraním na možnosti zvládania záťaže a tréning jemných sociálnych zručností (kooperácie, komunikácie, asertivity, riešenia konfliktov), relaxačné aktivity a spoločné aktivity na podporu pracovného kolektívu (Köverová, 2018a). Tieto informácie boli pre nás užitočným vodítkom pri zostavovaní obsahu intervenčného programu. Vďaka nim sme mohli vytvoriť výcvikové aktivity v rámci starostlivosti o seba, ktoré boli adresné a z pohľadu pomáhajúcich pracovníkov aj žiaduce a užitočné.

Tretím kľúčovým zdrojom boli vedecké štúdie, ktoré priniesli výskumnú podporu pre efektivitu intervenčných programov v oblasti starostlivosti o seba a dôsledkov pomáhania (Ruotsalainen et al., 2008; Awa, Plaumann, Walter, 2010). Najviac výskumov overovalo účinnosť programov zameraných na redukciu vyhorenia pomocou rôznych krátkodobých a dlhodobých intervencií, ktoré zahŕňali napríklad: tréning profesijných zručností a supervíziu (Pålsson et al., 1996), tréning všímavosti, kognitívno-behaviorálny tréning a poradenstvo (Carmody et al., 2009; Cohen-Katz et al., 2005; Gorter et al., 2001; Parsons et al., 2017; Te Brake et al., 2001; van Dierendonck et al., 1998), tréning sociálnych zručností a komunikácie (Cohen, Gagin, 2005; Ewers et al., 2002), autogénny tréning (Kanji et al., 2006), tréning adaptívneho zvládania stresu (Rowe, 2000; Zolnierczyk-Zreda, 2005), rekreačné hudobné činnosti (Bittman et al., 2003), relaxáciu (Ossebaard, 2000; van Rhenen et al., 2005) alebo psychoterapiu (Salmela-aro et al., 2004). Metaanalýzy ukázali, že väčšina takýchto intervenčných programov je efektívna v redukcii stresu (Ruotsalainen et al., 2008) aj vyhorenia (Awa, Plaumann, Walter, 2010). Účinok intervencií pretrvával buď krátkodobo (najviac šesť mesiacov po ukončení programu) alebo dlhodobo (12 a viac mesiacov po ukončení

programu), trvalý efekt sa však nepreukázal (Awa, Plaumann, Walter, 2010).

Uvedené teoretické a výskumné poznatky sme považovali za postačujúce východiská pre tvorbu vlastného intervenčného programu. Jeho podrobný popis sme publikovali samostatne (Köverová et al., 2019). Intervenčný program bol rozdelený na dve výcvikové stretnutia, ktoré boli naplánované s mesačným časovým odstupom. Každé výcvikové stretnutie trvalo dva dni a pozostávalo z piatich výcvikových blokov. Počas mesiaca medzi prvým a druhým výcvikovým stretnutím mali byť účastníci aktívne zapojení do vykonávania aktivít starostlivosti o seba, ktoré dostali ako domácu úlohu. Obsah intervenčného programu tvorili aktivity so zameraním na tri oblasti starostlivosti o seba: telesnú (relaxácia, dychové cvičenia), psychologickú (tréning všímavosti, zvládanie záťaže) a pracovnú (časový manažment, tréning sociálnych zručností). Snažili sme sa venovať približne rovnaký priestor edukácii o starostlivosti o seba a tréningu jej jednotlivých zručností.

Overovanie účinnosti intervenčného programu bolo založené na experimentálnom dizajne. Náhodným spôsobom sme vybrali zariadenia, ktoré sme oslovili pre účasť vo výskume a z tých, ktoré mali záujem, sme zostavili experimentálne a kontrolné skupiny. Obe skupiny dvakrát (pred začiatkom aj po ukončení intervenčného programu) vyplnili batériu štandardizovaných dotazníkov na zisťovanie pozitívnych a negatívnych dôsledkov, ktoré sú spojené s pomáhaním. Experimentálna skupina vyplňala aj krátke škály, ktorými sme zisťovali subjektívnu mieru prežívania vybraných dôsledkov pomáhania a porovnávali sme vnímanú mieru ich pociťovania pred výcvikovými stretnutiami a bezprostredne po ich ukončení. Od účastníkov intervenčného programu sme zároveň požadovali jeho zhodnotenie v spätných väzbách.

Vo všeobecnosti môžeme konštatovať, že porovnania experimentálnej a kontrolnej skupiny v sledovaných premenných (vykonávanej starostlivosti o seba, pozitívnych a negatívnych dôsledkoch pomáhania) pred začiatkom intervenčného programu a po jeho ukončení neprinesli očakávanú podporu pre jeho efektívnosť. Na slabú účinnosť poukazovali najmä porovnania oboch skupín v odpovediach na položky Dotazníka vykonávanej starostlivosti o seba a v hrubých skóre štandardizovaných dotazníkov. Pozitívny účinok intervenčného programu sa najviac prejavil v krátkych škálach, ktoré vyplňala iba experimentálna skupina: účastníci po ukončení výcviku subjektívne vnímali nižšiu mieru prežívania negatívnych dôsledkov, ak sme sa na každý pýtali priamo jednou otázkou.

Čo sa týka našich zistení v oblasti zmien vo vykonávanej starostlivosti o seba, po absolvovaní intervenčného programu sa experimentálna

a kontrolná skupina signifikantne líšili iba v odpovedi na položku „Pravidelne absolvujem odborné preventívne prehliadky.“ Účastníci intervenčného programu po jeho ukončení vypovedali o tom, že sa preventívnych prehliadok zúčastňujú viac. Tento výsledok môžeme považovať za prejav účinku intervenčného programu, keďže v odpovediach na túto položku neboli prítomné rozdiely medzi skupinami pred jeho začiatkom a jeho súčasťou bola aj diskusia o možnostiach telesnej starostlivosti o seba. Účastníci preto mohli byť po absolvovaní intervenčného programu motivovaní k preventívnym prehliadkam. Posúdenie zmien vo vykonávaní tejto činnosti však zostáva na subjektívnom dojme pomáhajúcich pracovníkov. Nemohli sme objektívne overiť, či skutočne preventívne prehliadky absolvovali.

V rozpore s predpokladmi sme museli konštatovať, že u experimentálnej skupiny sme po ukončení intervenčného programu nezaznamenali štatisticky významný pokles úrovne prežívania negatívnych dôsledkov pomáhania (emocionálneho vyčerpania, depersonalizácie, sekundárneho traumatického stresu, vnímaného stresu), ak sme porovnávali príslušné hrubé skóre a položky štandardizovaných dotazníkov. Tento výsledok nekorešponduje so zisteniami výskumných štúdií, ktoré efektivitu intervenčných programov v redukcii stresu a vyhorenia podporili (Ruotsalainen et al., 2008; Awa, Plaumann, Walter, 2010). Signifikantné zlepšenie u experimentálnej skupiny nastalo v našom výskume len v odpovediach na tri zo štyroch vybraných negatívnych dôsledkov pomáhania (stresu, vyhorenia, emocionálneho vyčerpania a únavy vyplývajúcej z pomáhania). Bezprostredne po ukončení výcvikových stretnutí vypovedali účastníci o vnímanom znížení prežívaného stresu, vyhorenia a emocionálneho vyčerpania. V tomto ohľade naše zistenia aspoň čiastočne súhlasia s výsledkami predchádzajúcich výskumov (Ruotsalainen et al., 2008; Awa, Plaumann, Walter, 2010).

V prípade pozitívnych dôsledkov pomáhania naše zistenia nepriniesli podporu pre žiadnu z očakávaných zmien u experimentálnej skupiny po absolvovaní intervenčného programu. Signifikantný nárast sme nezaznamenali ani na úrovni hrubých skóre dotazníkov a ich položiek (6 sledovaných dôsledkov: spokojnosť s pracovným výkonom, zadosťučinenie z pomáhania, celková pracovná spokojnosť, spokojnosť so spolupracovníkmi, náplňou práce a komunikáciou na pracovisku), ani na úrovni krátkych škál (2 sledované dôsledky: spokojnosť s pracovným výkonom, spokojnosť vyplývajúca z pomáhajúcej práce). Tieto výsledky tiež nezodpovedajú zisteniam predchádzajúcich výskumných štúdií, ktoré poukazovali na potenciál starostlivosti o seba zvyšovať prežívanie

pozitívnych dôsledkov pomáhanie (Alkema, Linton, Davies, 2008; Bloomquist et al., 2015; Killian, 2008; Lawson, Myers, 2011). Je však namieste poukázať na skutočnosť, že tieto výskumy mali korelačný charakter a neoverovali vplyv intervencií na prežívanie pozitívnych dôsledkov pomáhanie. Efektivita intervenčných aktivít bola skúmaná prevažne v kontexte negatívnych dôsledkov pomáhanie, predovšetkým stresu a vyhorenia (Awa, Plaumann, Walter, 2010; Ruotsalainen et al., 2008).

Napriek tomu, že na úrovni dotazníkov, ich položiek a krátkych škál sa efektivita intervenčného programu vo významnej miere nepreukázala, spätné väzby účastníkov výcviku vypovedajú o tom, že ho považovali za prínosný a nápomocný. Obsahovú náplň intervenčného programu vnímali ako zmysluplnú a jednotlivé aktivity hodnotili ako potrebné a veľmi užitočné. Väčšina oceňovala najmä tie, ktoré sa týkali pracovnej oblasti starostlivosti o seba: časový manažment, riešenie konfliktov v práci, formulovanie negatívnej spätnej väzby, podpora skupinovej práce. Tieto hodnotenia nás neprekvapili, nakoľko v uvedených zručnostiach pomáhajúci pracovníci najviac vnímali vlastné rezervy a chceli mať viac príležitostí na ich tréning (Köveroová, 2018a). Pre niektorých účastníkov boli najviac užitočné aktivity na podporu psychologickú starostlivosti o seba (nácvik všímanosti a diskusia o možnostiach zvládania záťaže v práci) a nácvik techník telesnej starostlivosti o seba (relaxácia, dychové cvičenia). Informácie získané pomocou spätých väzieb sa čiastočne prelínajú s poznatkami zahraničných výskumných štúdií, v ktorých pomáhajúci pracovníci identifikovali nasledujúce aktivity starostlivosti o seba ako najviac nápomocné pre znižovanie negatívnych dôsledkov pomáhanie: udržiavanie rovnováhy medzi pracovným a súkromným životom, dodržiavanie pracovných prestávok, rozhovory s kolegami, supervízia, viera, všímanosť, relaxácia, meditácia, trávenie času s rodinou a priateľmi, zmysel pre humor, pozitívne myslenie, voľnočasové aktivity (Bloomquist et al., 2015; Killian, 2008; Lawson, Myers, 2011).

Skutočnosť, že efektivita intervenčného programu sa nepreukázala tak, ako sme očakávali, môže mať niekoľko príčin. Jedným z dôvodov mohla byť skutočnosť, že už pred začiatkom intervenčného programu sa pomáhajúci pracovníci angažovali v starostlivosti o seba a zároveň vypovedali o prežívaní nízkej miery negatívnych dôsledkov pomáhanie a vyššej miery pozitívnych dôsledkov pomáhanie. Výrazné zlepšenia v týchto troch oblastiach preto po absolvovaní intervenčného programu ani nemohli nastať. Nemali sme však možnosť vyberať do experimentálnej a kontrolnej skupiny iba najviac ohrozených pomáhajúcich pracovníkov,

ktorí by mali výrazné rezervy v starostlivosti o seba a boli by riziková aj z hľadiska miery prežívania pozitívnych a negatívnych dôsledkov pomáhania. Takýchto zamestnancov bolo v zariadeniach, ktoré mali záujem zúčastniť sa intervenčného programu, iba minimum a nepostačovalo na zostavenie dvoch skupín s odporúčaným počtom aspoň 8 účastníkov (Hartley, Kennard, 2009; Kolařík, 2011). Skupiny sme preto museli zostaviť spomedzi všetkých pracovníkov zariadení, ktoré sa do programu prihlásili. Uvedomujeme si však limit, ktorý z toho vyplýva a preto by bolo potrebné, aby sa účinnosť intervenčného programu v nadväzujúcich výskumoch overila na cieľovej skupine pomáhajúcich pracovníkov, ktorí majú ťažkosti v starostlivosti o seba, pociťujú vysokú mieru stresu, vyhorenia a únavy z pomáhania, práca ich viac neteší alebo pociťujú zníženie pracovnej spokojnosti.

Za možnú príčinu len čiastočne potvrdenej efektivity intervenčného programu považujeme aj počet a heterogénnosť aktivít, ktoré boli súčasťou intervenčného programu. Do desiatich výcvikových blokov sme na základe teoretických a výskumných poznatkov zaradili celkovo 12 aktivít, ktoré sa týkali jednej z troch základných oblastí starostlivosti o seba: pracovnej, psychologickej a telesnej. Napriek tomu, že niektoré aktivity boli tematicky prepojené, vo svojej podstate boli rôznorodé. Každú zručnosť sme tak trénovali iba v dĺžke trvania jedného bloku, čo v závislosti od typu aktivity predstavovalo čas 30-90 minút. Takúto krátku dobu spätne hodnotíme ako nepostačujúcu pre dosiahnutie trvalejších zmien v správaní účastníkov. Výskumy, v ktorých sa preukázala účinnosť intervenčných programov, sa od nášho líšili práve tým, že boli zamerané na intenzívnejšie precvičovanie prevažne jednej až troch aktivít v trvaní 6-10 týždňov a poskytovali tak lepší priestor na nácvik zručností a následnú zmenu v prežívaní vyhorenia alebo stresu (Bittman et al., 2003; Cohen, Gagin, 2005; Kanji et al., 2006; Ossebaard, 2000; Salmela-aro et al., 2004; van Rhenen et al., 2005). Odporúčame, aby budúci výskum overil účinnosť intervenčného programu v upravenej podobe s využitím menšieho počtu aktivít, aby si ich účastníci mohli precvičiť lepšie. Pre dosiahnutie tohto účinku by bolo vhodné aj opakované tréningy rovnakých zručností na pravidelných výcvikových stretnutiach, napríklad v dĺžke jednej hodiny týždenne alebo dvoch hodín raz za mesiac (Hartley, Kennard, 2009). Pozornosť by sa mala venovať aj overovaniu efektivity konkrétnych aktivít, aby boli k dispozícii vedecky podložené poznatky o tom, ktoré sú naozaj účinné v podpore starostlivosti o seba a v redukcii negatívnych dôsledkov pomáhania.

Ako ďalší dôvod nízkej efektivity intervenčného programu, a limit výskumu zároveň, vnímame to, že jednotlivé premenné (vykonávaná starostlivosť o seba, pozitívne a negatívne dôsledky pomáhania) boli

získované sebakvetyovými dotazníkmi. Pomáhajúci pracovníci v nich mohli odpovedať sociálne žiaduco v snahe javiť sa v lepšom svetle, čo nemuselo zodpovedať tomu, ako sa reálne cítili v období zberu dát. Dotazníková batéria bola aj relatívne zdlháva, pretože sme získovali viacero premenných. Jej vyplňanie trvalo približne pol hodinu a u niektorých respondentov mohlo viesť k rýchlym, neuváženým a menej presným odpovediam. Skreslenia mohli nastať aj z dôvodu, že účastníci výskumu nemuseli vedieť reálne zhodnotiť, ako často vykonávajú jednotlivé aktivity starostlivosti o seba a v akej miere naozaj prežívajú stres, vyhorenie, únavu z pomáhania, zadosťučinenie z pomáhania či pracovnú spokojnosť. Niektoré ich odpovede tak môžu byť vzdialenejšie od reality a reflektovať skôr ich dojmy než skutočnosť. Tento rozpor sme si všimli v rozhovoroch s účastníkmi intervenčného programu, ktorí rozprávali o tom, že sú vyhorení, vyčerpaní, unavení zo svojej práce, no ich odpovede v dotazníkoch tomu úplne nenasvedčovali. Žiaden z pomáhajúcich pracovníkov nezískal vyššie ako priemerné skóre v škálach na získovanie negatívnych dôsledkov pomáhania a zároveň nižšie než priemerné skóre v dotazníkoch, ktoré získovali pozitívne dôsledky pomáhania a vykonávanie starostlivosti o seba. Na elimináciu týchto výskumných obmedzení by bolo vhodné zamerať sa napríklad na získovanie menšieho počtu premenných a eliminovať tak počet nevyhnutných výskumných nástrojov, ktoré by museli účastníci vyplňať. Mohli by byť potom motivovanejšii ku korektnjším a premyslenejším odpovediam. Zaujímavé by bolo aj doplnkové využitie objektívnejších metód merania, napríklad posúdenie správania účastníkov pred intervenčným programom a po ňom zo strany iného hodnotiteľa – nadriadeného alebo kolegu.

Na základe uvedených obmedzení, reflexie vlastných skúseností po ukončení intervenčného programu a s ohľadom na doterajšie poznatky (Awa, Plaumann, Walter, 2010; Hartley, Kennard, 2009; Kolařík, 2011; Ruotsalainen et al., 2008) by sme chceli zhrnúť faktory, ktoré by bolo potrebné zohľadňovať pri realizácii podobných výcvikových stretnutí v budúcnosti, ak majú byť efektívne v podpore starostlivosti o seba a ovplyvňovaní pozitívnych a negatívnych dôsledkov pomáhania:

- skupiny by mali mať 8-12 členov; v menších skupinách môže byť oslabená dynamika a s vyšším počtom členov sa zvyšujú aj časové nároky na trvanie výcvikových blokov;
- miestnosť, v ktorej výcvik prebieha, by mala byť odhlučnená;
- lektori by mali byť kompetentní a preto by mali mať maximálne zvládnuté všetky výcvikové aktivity pred tým, ako budú sami viesť intervenčný program;

- počet lektorov alebo ich výber podľa rodu či veku je vhodné zväziť s ohľadom na veľkosť, rodové a vekové zloženie výcvikovej skupiny;
- účastníkmi by mali byť rizikové skupiny pracovníkov, ktorí majú rezervy v oblasti starostlivosti o seba, prežívajú vysoké úrovne stresu, vyhorenia, únavy z pomáhania alebo stratili radosť z vykonávanej práce;
- účasť na intervenčnom programe by mala byť dobrovoľná, vnútorne motivovaná;
- výcvikové stretnutia by mali byť pravidelné a dlhodobé (napríklad raz týždenne alebo mesačne v priebehu jedného roka alebo aj dlhšieho obdobia);
- účastníci by mali byť na rovnakej úrovni, napríklad s ohľadom na dosiahnuté vzdelanie, pracovné zaradenie alebo pracovnú oblasť, v ktorej pôsobia;
- prínosom je, ak sú účastníci z rôznych pracovísk, pretože ich vzájomná výmena názorov, postojov alebo skúseností môže viac obohatiť;
- program by mal rozvíjať tie zručnosti, ktoré účastníci využijú vo svojom pracovnom živote;
- súčasťou intervenčného programu by mali byť spätné väzby na vyhodnotenie jeho pozitív a negatív.

Realizovaný intervenčný program mal viaceré prínosy aj napriek spomenutým obmedzeniam a skutočnosti, že nepriniesol očakávané signifikantné zmeny v starostlivosti o seba a prežívaní dôsledkov vyplývajúcich z pomáhania. Ako sme už vyššie uviedli, pomáhajúci pracovníci, ktorí ho absolvovali, zhodnotili jeho zameranie a obsah veľmi pozitívne. Ocenili, že sme im ponúkli možnosť intervenčný program absolvovať. Vnímali to ako prejav záujmu o ich prácu, ktorá je v našej spoločnosti nedocenená. Výcvikové aktivity považovali za zmysluplné a užitočné. Pozitívne vnímali, že mali možnosť stretnúť sa aj s kolegami z iných pracovísk a vzájomne zdieľať svoje názory a skúsenosti, ktoré boli pre nich obohacujúce. Intervenčný program bol pre všetkých zúčastnených zdrojom nových informácií, ktoré sa budú snažiť naďalej využívať vo svojom súkromnom aj pracovnom živote.

Záver

Pri experimentálnom overovaní efektu programu starostlivosti o seba „*Ako sa o seba starám? Intervenčný program na podporu starostlivosti o seba pre pomáhajúce profesie*“ sme vychádzali z poznatkov získaných v rámci riešenia projektu APVV 14-0921 „Starostlivosť o seba ako faktor vyrovnávania sa s negatívnymi dôsledkami vykonávania pomáhajúcich profesií“, ktoré podporili predpoklad, že starostlivosť o seba znižuje mieru pociťovaných negatívnych dôsledkov pomáhania, predovšetkým mieru vnímaného stresu a vyhorenia, ako aj to, že starostlivosť o seba podporuje prežívanie pozitívnych dôsledkov pomáhania, hlavne zadosťučinenia z pomáhania, spokojnosti s pracovným výkonom a celkovej pracovnej spokojnosti (Mesárošová et al., 2018).

Ďalším významným východiskom kreovania, implementácie a verifikácie intervenčného programu bolo potvrdenie predpokladu, že medzi pomáhajúcimi pracovníkmi jestvuje dopyt po aktivitách starostlivosti o seba, a to najmä po väčšom počte vzdelávacích aktivít so zameraním na možnosti zvládania záťaže a tréning jemných sociálnych spôsobilostí (kooperácie, komunikácie, asertivity, riešenia konfliktov), ako aj tréningov relaxačných techník a spoločných aktivít na podporu pracovného kolektívu (Köoverová, 2018a).

Overovaný intervenčný program, publikovaný v manuáli pre lektorov (Köoverová et al., 2019), bol zameraný na rozvoj starostlivosti o seba u pomáhajúcich pracovníkov poskytujúcich sociálne služby, pričom hlavný dôraz bol kladený na edukáciu o starostlivosti o seba a nácvik aktivít starostlivosti o seba vo sfére telesnej starostlivosti o seba, psychologickej starostlivosti o seba a starostlivosti o seba v práci. Aktivity *telesnej starostlivosti o seba* boli orientované na tréning relaxácie a prácu s dychom, aktivity *psychologickej starostlivosti o seba* na nácvik všímavosti (mindfulness) a zvládanie záťažových situácií, aktivity *starostlivosti o seba v práci* na časový manažment a nácvik jemných sociálnych spôsobilostí, ako sú komunikácia na pracovisku, formulovanie negatívnej spätnej väzby, asertivita, riešenie konfliktov, tímová spolupráca.

Experimentálne overovanie intervenčného programu vychádzalo z viacerých predpokladov. Očakávali sme efekt programu vo zvýšení frekvencie vykonávania aktivít v starostlivosti o seba, vo zvýšení frekvencie prežívania pozitívnych dôsledkov pomáhania, a zároveň v znížení frekvencie prežívania negatívnych dôsledkov pomáhania po absolvovaní intervenčného programu. Overovanie účinnosti intervenčného programu bolo založené na *experimentálnom dizajne*, teda náhodnom výbere

zariadení sociálnej sféry, náhodnom zaradení účastníkov do experimentálnej a kontrolnej skupiny.

Experimentálne overovanie prebiehalo v období máj až december 2018 v piatich experimentálnych a troch kontrolných skupinách, s celkovým počtom 123 osôb. Výskumný súbor, o ktorom referuje text tejto monografie, zahŕňal jednu experimentálnu a jednu kontrolnú skupinu, ktoré výcvik absolvovali v máji a júni 2018. Experimentálna skupina pozostávala zo 16 pomáhajúcich pracovníkov, z toho 13 žien (81,3 %) a 3 mužov vo veku 22-63 rokov ($M = 44,62$; $SD = 13,74$) a dĺžkou praxe 1-40 rokov ($M = 7,62$; $SD = 11,11$). Kontrolná skupina pozostávala z 18 pomáhajúcich pracovníkov, z toho 15 žien (83,3 %) a 3 mužov vo veku 28-56 rokov ($M = 41,29$; $SD = 9,12$) a dĺžkou praxe 1-28 rokov ($M = 10,52$; $SD = 8,87$).

Ako nástroj posudzovania premenných, ktoré boli vo výskumnom overovaní intervenčného programu zaradené do tréningových aktivít, bola v prvom rade využitá dotazníková batéria pozostávajúca z piatich nástrojov, ktoré boli zamerané na zisťovanie: a) starostlivosti o seba – *Dotazník vykonávanej starostlivosti o seba* (VSS-3; Lichner, Halachová, Lovaš, 2018); b) štyroch negatívnych dôsledkov pomáhania – emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie ako faktorov vyhorenia (*Maslachovej Dotazník vyhorenia*, MBI-HSS; Maslach, Jackson, 1981; Maslach, Jackson, Leiter, 1996; slovenská adaptácia Ráčzová, Köverová); sekundárneho traumatického stresu (*Škála profesijnej kvality života*, ProQOL 5; Stamm, 2010; slovenská adaptácia Köverová, 2016, 2018b) a vnímaného stresu (*Škála vnímaného stresu*, PSS-10; Cohen, Kamarack, Mermelstein, 1983; slovenská adaptácia Ráčzová, Hricová, Lovašová, 2018); c) a troch pozitívnych dôsledkov pomáhania – spokojnosti s pracovným výkonom (*Maslachovej Dotazník vyhorenia*), zadosťučinenia z pomáhania (*Škála profesijnej kvality života*) a pracovnej spokojnosti (*Dotazník pracovnej spokojnosti*, JSS; Spector, 1985; slovenská adaptácia Mesárošová, 2016; Nezkusilová, Mesárošová, 2018). Druhú časť nástrojov tvorili krátke škály (vyplňované iba experimentálnou skupinou): súbor šiestich otázok zisťujúcich subjektívnu mieru prežívania stresu, vyhorenia, emocionálneho vyčerpania, únavy vyplývajúcej z pomáhajúcej práce, spokojnosti vyplývajúcej z pomáhajúcej práce a spokojnosti s pracovným výkonom. Tretou skupinou výskumných nástrojov boli spätné väzby, v ktorých účastníci hodnotili jednotlivé výcvikové bloky (v závere každého dňa) a intervenčného programu ako celku (po ukončení každého výcvikového stretnutia).

Výsledky skúmania efektívnosti intervenčného programu poukázali na významné rozdiely medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou pred

začiatkom intervenčného programu vo vybraných aktivitách týkajúcich sa *snahovej starostlivosti o seba*: využívanie pracovných prestávok; vykonávanie zaujímavých pracovných aktivít; relaxácia; trávenie času s ľuďmi, ktorých spoločnosť ich teší; dostatočný spánok; kontrola nad vlastnými pocitmi a potrebami a vyhľadávanie informácií o starostlivosti o fyzické zdravie, členstvo v profesijných organizáciách, a to v prospech experimentálnej skupiny. V *reálnej vykonávanej starostlivosti o seba* boli pred začiatkom intervenčného programu zistené rozdiely medzi skupinami iba v reálnej angažovanosti v profesijných organizáciách v prospech kontrolnej skupiny. Po absolvovaní intervenčného programu boli medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou nájdené štatisticky významné rozdiely v snahe o členstvo a v angažovanosti v profesijných organizáciách v prospech kontrolnej skupiny, čo môže naznačovať, že v kontrolnej skupine sa stretli angažovanejší pracovníci pre prácu v profesijných organizáciách, čo možno hodnotiť ako záujem o profesionálny rast. Ako efekt intervenčného programu môžeme uviesť v experimentálnej skupine zvýšené absolvovanie preventívnych prehliadok u lekára.

Analýza rozdielov v prežívaní negatívnych dôsledkov pomáhania poukázala na viacero zmien. Medziskupinové porovnávanie odhalilo, že v období pred realizáciou intervenčného programu bola miera prežívaných negatívnych dôsledkov pomáhania u oboch skupín približne rovnaká. Po ukončení intervenčného programu sa takisto nepreukázali významné rozdiely v hrubých skóre medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou, čo bolo v rozpore s našimi predpokladmi. Vnútroskupinové porovnanie naznačilo podobný trend v prežívaní negatívnych dôsledkov pomáhania: na ilustráciu možno uviesť, že pomáhajúci pracovníci v oboch skupinách zhodne vypovedali o strednej miere vnímaného stresu a nízkej frekvencii prežívania emocionálneho vyčerpania, depersonalizácie a sekundárneho traumatického stresu pred začiatkom intervenčného programu aj po jeho ukončení. Čiastkové zmeny boli zaznamenané v experimentálnej skupine v znížení pocitu emocionálneho vyčerpania na jednej strane, v zvýšení chápania práce s ľuďmi ako zdroja stresu na strane druhej. Zároveň u nich bol zaznamenaný po výcviku významný pokles ľahostajnosti ku osudu klientov.

Analýza rozdielov v prežívaní pozitívnych dôsledkov pomáhania naznačila existenciu rozdielu v spokojnosti s pracovným výkonom pred začiatkom intervenčného programu v prospech experimentálnej skupiny, pričom miera prežívania ostatných pozitívnych dôsledkov pomáhania bola medzi oboma skupinami porovnateľná. Podobný trend bol odhalený aj po skončení intervenčného programu. Kým u experimentálnej skupiny miera spokojnosti s pracovným výkonom bola stabilná, jej spokojnosť

s komunikáciou na pracovisku sa mierne zvýšila na rozdiel od kontrolnej skupiny, kde došlo k jej poklesu. Vnútroskupinové porovnanie ukázalo, že pomáhajúci pracovníci v oboch skupinách vypovedali o približne rovnakých úrovniach sledovaných pozitívnych dôsledkov pomáhania pred začiatkom intervenčného programu a po jeho ukončení. Pomáhajúci pracovníci v experimentálnej aj kontrolnej skupine prežívali pred intervenčným programom vyššiu mieru všetkých šiestich pozitívnych dôsledkov pomáhania (spokojnosti s pracovným výkonom, zadosťučinenia z pomáhania, celkovej pracovnej spokojnosti, spokojnosti so spolupracovníkmi, s povahou práce a komunikáciou na pracovisku), ktorá zostala zachovaná aj po ukončení intervenčného programu

Signifikantné zlepšenie u experimentálnej skupiny nastalo v overovanom intervenčnom programe v *subjektívnej miere prežívania vybraných negatívnych dôsledkov pomáhania (stresu, vyhorenia a emocionálneho vyčerpania)* zisťovanej konkrétnymi technikami – krátkymi škálami, v ktorých sme sa priamo pýtali na efekt výcviku. Bezprostredne po ukončení výcvikových stretnutí vypovedali účastníci o vnímanom znížení prežívaného stresu, vyhorenia a emocionálneho vyčerpania. V tomto ohľade považujeme tento program za prínosný.

Ako dôvody, prečo sa efektivita intervenčného programu nepreukázala podľa očakávaní, možno uviesť viac skupín dôvodov: 1. Relatívne vysoká miera angažovanosti v starostlivosti o seba a percipovania pozitívnych dôsledkov pomáhania a zároveň nízka miera prežívania negatívnych dôsledkov pomáhania pred začiatkom intervenčného programu. Výrazné zlepšenia v týchto troch oblastiach preto po absolvovaní intervenčného programu nemohli nastať. To je limitom štúdie, a preto by bolo potrebné, aby sa účinnosť intervenčného programu v nadväzujúcich výskumoch overila na cieľovej skupine pomáhajúcich pracovníkov s vysokou mierou stresu, vyhorenia, únavy z pomáhania či zníženej pracovnej spokojnosti. 2. Počet a heterogénnosť aktivít, ktoré boli súčasťou intervenčného programu, čo umožnilo tréning viacero aktivít iba v dĺžke trvania jedného bloku (30-90 minút) a nepostačovalo na dosiahnutie trvalejších zmien v správaní účastníkov. Budúci výskum by mal overovať účinnosť intervenčného programu v upravenej podobe s využitím menšieho počtu aktivít, s opakovaným tréningom, s väčším počtom domácich úloh. 3. Použitie seba-výpovedových dotazníkov, všeobecnejšie orientovaných, s relatívne veľkým počtom premenných, s rizikom skreslenia, pričom v rozhovoroch s účastníkmi intervenčného programu bola zistená vysoká úroveň ich vyhorenia, vyčerpania, únavy zo svojej práce. Vhodnejšie je zamerať sa na zisťovanie menšieho počtu premenných, eliminovať počet nevyhnutných výskumných nástrojov, ako aj využiť objektívnejšie metódy merania

(posúdenie správania účastníkov pred intervenčným programom a po ňom zo strany iného hodnotiteľa – nadriadeného alebo kolegu).

O *efektivite výcviku* vypovedali spätné väzby účastníkov o tom, že ho považovali za prínosný a nápomocný. Obsahovú náplň intervenčného programu vnímali ako zmysluplnú a jednotlivé aktivity hodnotili ako potrebné a veľmi užitočné. Väčšina oceňovala aktivity orientované na pracovnú oblasť starostlivosti o seba: časový manažment, riešenie konfliktov v práci, formulovanie negatívnej spätnej väzby, podporu skupinovej práce.

Na záver si dovoľujeme konštatovať prínos konštrukcie a overovania prezentovaného intervenčného programu tak pre teóriu, ako aj pre prax, samozrejme s ohľadom na obmedzenia, ktoré sme uviedli.

Resumé

The research monograph *A self-care intervention programme for helping professions* presents the original research findings on the implementation and evaluation of the intervention programme for helping professionals focused on the reduction of the negative effects of helping and on the promotion of the positive effects of helping by performing self-care activities. This publication is a part of the research project APVV 14-0921 *Self-care as a factor of coping with the negative consequences of practicing helping professions*.

The first chapter of the research monograph presents an overview of the theoretical and empirical background for the preparation, realization and evaluation of the intervention programme. The theoretical and empirical studies have provided evidence that self-care is correlated with decreased levels of the negative effects of helping (perceived stress, depersonalization, emotional exhaustion, secondary traumatic stress) and increased levels of the positive effects of helping (personal accomplishment, compassion satisfaction, job satisfaction). Our own research findings gathered in the previous phases of the project have shown that self-care is a predictor of the positive and negative effects of helping (perceived stress, burnout, compassion satisfaction, personal accomplishment, job satisfaction). The effectiveness of intervention programmes focused on self-care activities has been supported in the research studies as well.

The second chapter of the research monograph describes the intervention programme for helping professionals, its content, timeline, and requirements for lecturers and participants. The intervention programme has been prepared for helping professionals working in the social services. The intervention activities involved in the programme were selected in accordance with our research findings which have provided evidence that there is a demand for specific self-care activities among the Slovak helping professionals. The intervention programme was therefore focused on the promotion of psychological self-care (mindfulness training, coping with the problems resulting from helping), physical self-care (relaxation and breathing training), and organizational self-care (soft skills training: time management, communication at work, negative feedback, assertiveness, conflicts, cooperation).

The third chapter of the research monograph provides a detailed description of the evaluation of the effectiveness of the intervention programme. It was expected that the participation in the intervention programme would lead to increase in the frequency of performing self-care activities, increase in the level of the positive effects of helping (compassion

satisfaction, personal accomplishment, job satisfaction) and decrease in the level of the negative effects of helping (perceived stress, depersonalization, emotional exhaustion, secondary traumatic stress). It was hypothesised that there would be significant differences in the levels of self-care, positive and negative effects of helping between the experimental and control group after the implementation of the intervention programme.

An experimental design was used to verify the effectiveness of the intervention programme. The participants were assigned to the experimental and control condition. The participants in the experimental condition were 16 helping professionals (13 women, 3 men) aged 22-63 years with 1-40 years of experience in professional helping. There were eight health professionals, seven social workers and one psychologist in the experimental group. The participants in the control condition were 18 helping professionals (15 women, 3 men) aged 28-56 years with 1-28 years of experience. There were 15 health professionals, two social workers and one psychologist in the control group.

The participants completed three sets of questionnaires. The first set (answered by experimental and control group) contained five instruments for measuring self-care and the positive and negative effects of helping (Performed self-care questionnaire, MBI-HSS - Maslach Burnout Inventory, ProQOL 5 - Professional quality of life scale, JSS - Job satisfaction survey and PSS-10 - Perceived stress scale). The second set (answered by experimental group only) contained six short questions about the level of the six effects of helping (stress, burnout, emotional exhaustion, compassion fatigue, compassion satisfaction and job satisfaction). The third set included feedback questions answered by experimental group only.

The results showed that there were no differences between the experimental and control group after the intervention programme in the levels of self-care, positive and negative effects of helping when measured by the five standardized instruments. The effectiveness of the intervention programme was only supported by the comparison of the answers of the experimental group to the three out of six short questions before and after the intervention programme. The participants in the experimental group reported decreased levels of stress, burnout and emotional exhaustion after the intervention. The effectiveness of the intervention programme was supported also by the very positive feedback from the participants on the activities involved in the programme, as well as on the programme as a whole.

Literatúra

- Alastalo, M. (2008). The History of Social Research Methods. In P. Bickman, L. Alasuutari, & J. Brannen (Eds.), *The SAGE Handbook of Social Research Methods*. Wiltshire: Cromwell Press.
- Alkema, K., Linton, J. M., & Davies, R. (2008). A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 4(2), 101-119.
- American Psychological Association. (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Online: <https://www.apa.org/ethics/code>
- Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient education and counseling*, 78(2), 184-190.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.
- Baker, E. K. (2003). *Caring for ourselves: The therapist's guide to personal and professional well-being*. Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Bamonti, P. M., Keelan, C. M., Larson, N., Mentrikoski, J. M., Randall, C. L., Sly, S. K., ... McNeil, D. W. (2014). Promoting ethical behavior by cultivating a culture of self-care during graduate training: A call to action. *Training and Education in Professional Psychology*, 8(4), 253-260.
- Bánovčinová, A., & Levická, J. (2010). Syndróm vyhorenia a jeho vplyv na rozvoj a využívanie ľudského potenciálu. In A. Grenčíková, a M. Grenčík, (Eds.), *Zborník príspevkov z medzinárodného seminára „Zdravie ako základný predpoklad rozvoja ľudského potenciálu.“* (pp. 5-9). Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce.
- Barnett, J. E., & Cooper, N. (2009). Creating a Culture of Self-Care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1),16-20.
- Beck, A. T. (2005). *Kognitívni terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál.
- Bercier, M. L., & Maynard, B. R. (2014). Interventions for Secondary Traumatic Stress With Mental Health Workers. *Research on Social Work Practice*, 25(1), 81-89.
- Berry, D., et al. (2014). Electronic Self-Report Assessment for Cancer and Self-Care Support: Results of a Multicenter Randomized Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 32(3), 199-205.

- Berry, J. O. (2012). *Self-Care Advice for Caring Professionals* [online]. [cit. 2016-12-03]. Dostupné na: <https://www.noexperiencenecessary.com/pZWvp/self-careadvice-for-caring-professionals-university-of-oklahoma.html>
- Bittman, B., Bruhn, K. T., Stevens, C., Westengard, J., & Umbach, P. O. (2003). Recreational music-making: a cost-effective group interdisciplinary strategy for reducing burnout and improving mood states in long-term care workers. *Advances in Mind Body Medicine, 19*(3/4), 4-15.
- Bloomquist, K. R., Wood, L., Friedmeyer-Trainor, K., & Kim, H. W. (2015). Self-care and professional quality of life: Predictive factors among MSW practitioners. *Advances in Social Work, 16*(2), 292-311.
- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal, 35*(3), 155-163.
- Brown, J. C. et al. (2014). Prescription and adherence to lymphedema self-care modalities among women with breast cancer-related lymphedema. *Supportive Care in Cancer, 22*(1), 135-143.
- Brown, S. D., & Lent. R.W. (1996). A social cognitive framework for career choice counseling. *The Career Development Quarterly, 44*(4), 354-366.
- Brucato, B., & Neimeyer, G. (2009). Epistemology as a predictor of psychotherapists' self-care and coping. *Journal of Constructivist Psychology, 22*(4), 269-282.
- Bryant, P. (2012). Cognition theory. In M. R. Marvel (Ed.), *Encyclopedia of new venture management* (pp. 71-71). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- Burke, A. (2011). Group Work: How to Use Groups Effectively. *The Journal of Effective Teaching, 11*(2), 87-95.
- Campbell, J. & Dunnette, M. (1968). The Effectiveness of T-Group Experience in Managerial Training and Development. *Psychological Bulletin, 70*, 73-103
- Carmody, J., Baer, R. A., LB Lykins, E., & Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of clinical psychology, 65*(6), 613-626.
- Cohen, M., & Gagin, R. (2005). Can skill-development training alleviate burnout in hospital social workers? *Social Work in Health Care, 40*(4), 83-97.
- Cohen, S., Kamarack, T., Mermelstein, R. A. (1983). Global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 4*(4), 385-396.

- Cohen-Katz, J., Wiley, S., Capuano, T., Baker, D. M., Deitrick, L., & Shapiro, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: a qualitative and quantitative study, part III. *Holistic nursing practice, 19*(2), 78-86.
- Colman, D. E., Echon, R., Lemay, M. S., McDonald, J., Smith, K. R., Spencer, J., & Swift, J. K. (2016). The Efficacy of Self-Care for Graduate Students in Professional Psychology: A Meta-Analysis. *Training and Education in Professional Psychology, 10*(4), 188-197.
- Easwaran, E. (1991). *Meditation: A simple eightpoint program for translating spiritual ideals into daily life*, 2nd ed. Tomales, CA: Nilgiri Press (full text: <http://www.easwaran.org>)
- Evans, G. W., Becker, F., Zahn, A., Bilotta, E., & Keese, A. (2012). Capturing the Ecology of Workplace Stress with Cumulative Risk Assessment. *Environment and Behavior, 44*(1), 136-154.
- Ewers, P., Bradshaw, T., McGovern, J., & Ewers, B. (2002). Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses?. *Journal of advanced nursing, 37*(5), 470-476.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology, 58*(11), 1433-1441.
- Figley, C. R. (2002a). *Treating compassion fatigue*. New York, NY: Routledge.
- Fitzpatrick, J. J. (2016). *Nursing Concept Analysis: Applications to Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Fry, L., Kidron, A., & Schriesheim C. (1975). The Effectiveness of Experiential Methods in Training and Education: a review. *Business Games and Experiential Learning in Action, 2*, 365-373.
- Gaston-Johansson, F. et al. (2013). Long-term effect of the self-management comprehensive coping strategy program on quality of life in patients with breast cancer treated with high-dose chemotherapy. *Psychooncology, 22*(3), 530-539.
- Gentry, J., Baranowsky, A., & Dunning, K. (2002). The accelerated recovery program for compassion fatigue. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue II: Treating compassion fatigue* (pp.123-137). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Gockel A. et al. (2013). Introducing Mindfulness as a Self-Care and Clinical Training Strategy for Beginning Social Work Students. *Mindfulness, 4*(4), 343-353.
- Goodman, M.J., & Schorling, J. B. (2012). A Mindfulness Course Decreases Burnout and Improves Well-Being Among Healthcare Providers. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 43*(2) 119-128.

- Gorter, R. C., Eijkman, M. A., & Hoogstraten, J. (2001). A career counseling program for dentists: effects on burnout. *Patient Education and Counseling*, 43(1), 23-30.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43.
- Hale, E. D., Trehan, G. J., & Kitas, G. D. (2007). The Common-Sense Model of self-regulation of health and illness: how can we use it to understand and respond to our patients' needs. *Rheumatology*, 46(6), 904-906.
- Hartley, P., & Kennard, D. (2009). *Staff support groups in the helping professions. Principles, practice and pitfalls*. London: Routledge.
- Hermochová, S. (1991). *Metody aplikované sociální psychologie IV*. Praha: SPN.
- Hevezi, J. A. (2016). Evaluation of a Meditation Intervention to Reduce the Effects of Stressors Associated With Compassion Fatigue Among Nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 34(4), 343-350.
- Hricová, M., & Lovaš, L. (2015). Sebaregulácia a vykonávané aktivity v oblasti starostlivosti o seba. *Človek a spoločnosť*, 18(1), 26-32.
- Inbar, J., & Ganor, M. (2003). Trauma and compassion fatigue: Helping the helpers. *Journal of Jewish Communal Service*, 79, 109-111.
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Bell, I., & Schwartz, G. E. (2004). Mindfulness meditation versus relaxation training for medical, premedical, nursing, and prehealth students: Differential effects on response style and psychological distress. Poster presented at the *Second Annual Mindfulness in Medicine and Health Care Conference*, Worcester, MA.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Kanji, N., White, A., & Ernst, E. (2006). Autogenic training to reduce anxiety in nursing students: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), 729-735.
- Kennedy, A., Gask, L., & Rogers, A. (2005). Training professionals to engage with and promote self-management. *Health Education Research*, 20(5), 567-578.
- Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14(2), 32-44.
- Kolařík, M. (2011). *Interakční psychologický výcvik*. Praha: Grada.
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning*. New Jersey: Prentice Hall.

- Köverová, M. (2016). Psychometric properties of the Slovak version of the professional quality of life scale: Preliminary results. *Global Journal of Psychology Research: New Trends and Issues*, 6(2), 88-96.
- Köverová, M. (2018a). Vykonávaná starostlivosť o seba ako prediktor zadosťučinenia a únavy z pomáhania. In M. Köverová, & M. Mesárošová (Eds.), *Pomáhajúce profesie a starostlivosť o seba z pohľadu psychológie a sociálnej práce* (pp. 46-53). Košice: Katedra psychológie FF UPJŠ v Košiciach.
- Köverová, M. (2018b). Konfirmačná faktorová analýza slovenskej verzie Škály profesijnej kvality života (ProQOL). *Československá psychologie*, 62(6), 565-578.
- Köverová, M. et al. (2019). *Ako sa o seba starám? Intervenčný program na podporu starostlivosti o seba pre pomáhajúce profesie*. Košice: ŠafárikPress.
- Köverová, M., & Ráczová, B. (2017). Selected Psychological Aspects of Helping Professionals. *Človek a spoločnosť*, 20(1), 22-35.
- Kushner, R. F., Kesler, S., & McGaghie, W. C. (2011). Using Behavior Change Plans to Improve Medical Student Self-Care. *Academic Medicine*, 86(7), 901-906.
- Lawson, G., & Myers, J. E. (2011). Wellness, professional quality of life, and career-sustaining behaviors: What keeps us well? *Journal of Counseling & Development*, 89(2), 163-171.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lichner, V., Halachová, M., Lovaš, L. (2018). The concept of self-care, work engagement, and burnout syndrome among Slovak social workers. *Czech & Slovak social work / Sociální práce / Sociálna práca*, 18(4), 62-75.
- Lloyd, C., King, R., & Chenoweth, L. (2002). Social work, stress and burnout: A review. *Journal of Mental Health*, 11(3), 255-265.
- Lovaš, L. a kol. (2011). *Osobné a situačné kontexty sebakontroly*. Košice: UPJŠ.
- Lovašová, S., & Balogová, B. (2018). Kváziexperiment v sociálnej práci. In B. Balogová, & M. Hamadej (Eds.), *Aktuálne oblasti spoločensko-vedného výskumu* (8-16). Prešov: PU v Prešove.
- Lovašová, S. (2015). Sociálna práca s agresívnym klientom. In: *Aplikovaná sociálna práca - od teórie k praxi*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach.
- Lykins, E. B., & Baer, R. A. (2009). Psychological functioning in a sample of longterm practitioners of mindfulness meditation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 226-241.

- Maes, S., & Karoly, P. (2005). Self-regulation assessment and intervention in physical health and illness: A review. *Applied psychology, 54*(2), 267-299.
- Manotas, M., Segura, C., Eraso, M., Oggins, J., & McGovern, K. (2014). Association of brief mindfulness training with reductions in perceived stress and distress in Colombian health care professionals. *International Journal of Stress Management, 21*(2), 207-225.
- Marti, M. N. et al. (2013). Patient-Reported Selective Adherence to Heart Failure Self-Care Recommendations: A Prospective Cohort Study: The Atlanta Cardiomyopathy Consortium. *Congestive Heart Failure, 19*(1), 16-24.
- Maslach, C., Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior, 2*(2), 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory: Manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Matoušek, O. et al. (2013). *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress, 3*(1), 131-149.
- McGarrigle, T., & Walsh, C. A. (2011). Mindfulness, Self-Care, and Wellness in Social Work: Effects of Contemplative Training. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought, 30*(3), 212-233.
- McGrath, J. E. (1970). *Social and psychological factors in stress*. Oxford, England: Holt, Rinehart, & Winston.
- McKinzie, C., Altamura, V., Burgoon, E. a Bishop, C. (2006). Exploring the effect of stress on mood, self-esteem, and daily habits with psychology graduate students. *Psychological Reports, 99*, 439-448.
- Meadors, P., & Lamson, A. (2008). Compassion fatigue and secondary traumatization: Provider self care on intensive care units for children. *Journal of Pediatric Health Care, 22*(1), 24-34.
- Mesárošová, M. (2016). Psychometric properties of a job satisfaction survey in Slovakia in helping professionals: Preliminary results. *Global Journal of Psychology Research: New Trends and Issues, 6*(4), 203-209.
- Mesárošová, M. et al. (2017). *Starostlivosť o seba a dôsledky vykonávania pomáhajúcich profesií*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach.

- Mesárošová, M. et al. (2018). Starostlivosť o seba ako prediktor negatívnych a pozitívnych dôsledkov vykonávania pomáhajúcich profesií. *Československá psychologie*, 62(5), 447-462.
- Morgan, G. A., Gliner, J. A., & Harmon, R. J. (2000). Quasi-experimental designs. *Child & Adolescent Psychiatry*, 39(6), 794-796.
- Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., & Pfahler, C. (2012). Burnout in Mental Health Services: A Review of the Problem and Its Remediation. *Administration and Policy in Mental Health*, 39(5), 341-352.
- Navrátil, P. (2001). Kognitívne-behaviorálné teórie. In O. MATOUŠEK et al. (Eds.), *Základy sociálnej práce* (pp. 226-231). Praha: Portál.
- Nezkusilová, J., Mesárošová, M. (2018). Pozitívne a negatívne dôsledky z pomáhania v kontexte pracovnej spokojnosti. In M. Köverová, & M. Mesárošová (Eds.), *Pomáhajúce profesie a starostlivosť o seba z pohľadu psychológie a sociálnej práce* (pp. 156-166). Košice: Katedra psychológie FF UPJŠ v Košiciach.
- Norcross, J. C. (2005). The Psychotherapist's Own Psychotherapy: Educating and Developing Psychologists. *American Psychologist*, 60(8), 840-850.
- Norcross, J., & Guy, J. (2007). *Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care*. New York: The Guilford Press.
- Novotná, J. (2014). *Teórie sociálnej práce*. Jihlava: VŠP Jihlava.
- Oman, D., Richards, T. A., Hedberg, J., & Thoresen, C. E. (2008). Passage Meditation Improves Caregiving Self-efficacy among Health Professionals. *Journal of Health Psychology*, 13(8), 1119-1135.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Orem, E. D. (1991). *Nursing concepts of practice*. 4th ed. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Ossebaard, H. C. (2000). Stress reduction by technology? An experimental study into the effects of brainmachines on burnout and state anxiety. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 25(2), 93-101.
- Pålsson, M. B., Hallberg, I., Norberg, A., & Björvell, H. (1996). Burnout, empathy and sense of coherence among Swedish district nurses before and after systematic clinical supervision. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10(1), 19-26.
- Parkin, C. et al. (2009). AADE Guidelines for the Practice of Diabetes Self-Management Education and Training. *Diabetes Self-Management Education and Training*, 35(3), 85-107.
- Parsons, C. E., Crane, C., Parsons, L. J., Fjorback, L. O., & Kuyken, W. (2017). Home practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and

- Mindfulness-Based Stress Reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 29-41.
- Patton, M. Q. (2003). Utilization-Focused Evaluation. In: T. Kellaghan, & D. L. Stufflebeam (Eds.), *International Handbook of Educational Evaluation. Kluwer International Handbooks of Education*, 9. Dordrecht: Springer.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W. W. Norton & Company.
- Peridou, E. N., Spathis, C. T. (2001). Designing training intervention: human or technical skills training? *International Journal of Training and Development*, 5(3), 185-195.
- Pierson, J., & Thomas, M. (2011). *Dictionary of social work*. Berkshire: Open University Press.
- Ráčzová, B., Hricová, M., Lovašová, S. (2018). Overenie psychometrických vlastností slovenskej verzie dotazníka PSS-10 (Perceived stress scale) na súbore pomáhajúcich profesionálov. *Československá psychologie*, 62(6), 552-564.
- Ráčzová, B., Köverová, M. (v recenznom konaní). Konfirmačná faktorová analýza slovenskej verzie dotazníka MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey) pre pomáhajúce profesie. *Československá psychologie*.
- Radeke, J. T., & Mahoney, M. J. (2000). Comparing the personal lives of psychotherapists and research psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 82-84.
- Raková, J., & Bednarek, A. (2015). Postavenie sociálneho pracovníka v zdravotníckych zariadeniach. In E. Pribišová, P. Beňo, & M. Šramka (Eds.), *Nové trendy v súčasnom zdravotníctve* (pp. 46-54). Bratislava: Samosato s.r.o.
- Reichardt, C. S., & Mark, M. M. (1998). Quasi-experimentation. In L. Bickman & D. J. Rog (Eds.), *Handbook of applied social research methods*, Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Ross, H. (2012). *Designing and Implementing Training Programs. MDS-3: Managing Access to Medicines and Health Technologies*. Arlington, VA: Management Sciences for Health, 1027-1046.
- Rowe, M. M. (2000). Skills training in the long-term management of stress and occupational burnout. *Current Psychology*, 19(3), 215-228.
- Ruotsalainen, J., Serra, C., Marine, A., & Verbeek, J. (2008). Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care

- workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 34(3), 169-178.
- Salmela-aro, K., Näätänen, P., & Nurmi, J. E. (2004). The role of work-related personal projects during two burnout interventions: a longitudinal study. *Work & Stress*, 18(3), 208-230.
- Santana, M. C., & Fouad, N. A. (2017). Development and validation of a Self-Care Behavior Inventory. *Training and Education in Professional Psychology*, 11(3), 140-145.
- Salyers, M. P., Hudson, C., Morse, G., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., Wilson, C., & Freeland, L. (2011). BREATHE: A pilot study of a one-day retreat to reduce burnout among mental health professionals. *Psychiatric Services*, 62(2), 214-217.
- Sarros, J. C., & Sarros, A. M. (1992). Social Support and Teacher Burnout. *Journal of Educational Administration*, 30(1).
- Scott, P. G. (1997). Assessing Determinants of Bureaucratic Discretion: An Experiment in Street-Level Decision Making. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 7(1), 35-58.
- Seidman, E. (1983). *Handbook of Social Intervention*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Selye, H. (1978). *The stress of life*. New York, NY, US: McGraw-Hill.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164-176.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105-115.
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(6), 581-599.
- Shiow-Luan, T. (2003). Self-efficacy training for patients with end-stage renal disease. *Leading Global Nursing Research*, 43(4), 370-375.
- Shrivastava, S., Ramasamy, J., & Shrivastava, P. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 12(1), 14.
- Soydan, H. (2008). Applying Randomized Controlled Trials and Systematic Reviews in Social Work Research. *Research on Social Work Practise*, 18(4), 311-318.

- Spector, P. E. (1985). Measurement of human service staff satisfaction: Development of the Job Satisfaction Survey. *American Journal of Community Psychology*, 13(6), 693-713.
- Spector, P. E. (1997). *Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Stamm, B. H. (2010). *The concise ProQOL Manual* (2nd ed.). Pocatello.
- Stock, C. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada.
- Taylor, C. (1972). Psychological behaviorism. In P. Edwards (Ed.), *The encyclopedia of philosophy*. Vol. 6. New York: Macmillan.
- Te Brake, H., Gorter, R., Hoogstraten, J., & Eijkman, M. (2001). Burnout intervention among Dutch dentists: long-term effects. *European Journal of Oral Sciences*, 109(6), 380-387.
- Thyer, B. A. (2012). *Quasi-experimental research designs*. New York: Oxford University Press.
- Torraco, R. J. (2016). Early History of the Fields of Practice of Training and Development and Organization Development. *Advances in Developing Human Resources*, 18(4), 1-13.
- Um, M. Y., & Harrison, D. F. (1998). Role stressors, burnout, mediators, and job satisfaction: A stress-strain-outcome model and an empirical test. *Social Work Research*, 22, 100-115.
- Van Dierendonck, D., Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (1998). The evaluation of an individual burnout intervention program: The role of inequity and social support. *Journal of Applied Psychology*, 83(3), 392-407.
- Van Rhenen, W., Blonk, R. W., van der Klink, J. J., van Dijk, F. J., & Schaufeli, W. B. (2005). The effect of a cognitive and a physical stress-reducing programme on psychological complaints. *International archives of occupational and environmental health*, 78(2), 139-148.
- Vellone, E. et al. (2013). Psychometric testing of the self-care of heart failure index version 6.2. *Research in Nursing & Health*, 36(5), 500-511.
- Walsh, J. (2013). *Theories for direct social work practice*. Virginia Commonwealth University.
- Williams, I., & Moore, D. and Gambrel, EL (2010). Perspectives on self-care. *Journal of Creativity in Mental Health*, 5, 320-338.
- Williams, K. A., Kolar, M. M., Reger, B. E., & Pearson, J. C. (2001). Evaluation of a wellness-based mindfulness stress reduction intervention: A controlled trial. *American Journal of Health Promotion*, 15(6), 422-432.
- Wollner, U. (2010a). Problém sebaznania v Xenofóntovom diele Memorabilia. *Filozofia*, 65(7), 622-630.

- Wollner, U. (2010b). Starosť o seba v Platónovom dialógu Gorgias. *Filozofia*, 65(3), 227-238.
- Woolen, N. R., Kim, H. J., & Fakunmoju, S. B. (2011). Occupational stress in social work practice. In J. Langan & C. Cooper (Eds.), *Handbook of Stress in the Occupations* (pp. 71-87). Northampton: Edward Elgar Publishing, Ltd.
- Xenofón, (1972). *Vzpomínky na Sókrata*. Preklad V. BAHNÍK. Praha: Svoboda. ISBN 25-094-72 (viaz.).
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2007). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál.
- Żołnierczyk-Zreda, D. (2005). An intervention to reduce work-related burnout in teachers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 11(4), 423-430.

Intervenčný program starostlivosti o seba pre pomáhajúce profesie
Vedecká monografia

Autori: prof. PhDr. Margita Mesárošová, CSc.
Mgr. Miroslava Köverová, PhD.
doc. Mgr. Soňa Lovašová, PhD.

Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Vydavateľstvo ŠafárikPress

Rok vydania: 2019

Náklad: 100 ks

Rozsah strán: 100

Rozsah: 5,95 AH

Vydanie: prvé

Tlač: EQUILIBRIA, s. r. o.

Účelová publikácia, nepredajná.

ISBN 978-80-8152-744-9 (tlačená verzia)

ISBN 978-80-8152-745-6 (online verzia)



ISBN 978-80-8152-744-9



9 788081 527449