

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Pavčina MORÁVKOVÁ

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Syndrom vyhoření u pracovníků v dlouhodobé péči

(prevence, možnosti ze strany zaměstnavatele)

Pavλίna Morávková

Bakalářská práce

2013

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Pavína Morávková**
Osobní číslo: **Z10027**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Syndrom vyhoření u pracovníků v dlouhodobé péči (prevence, možnosti ze strany zaměstnavatele)**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení cílů práce.
3. Stanovení výzkumných otázek.
4. Konzultace vybrané metodiky výzkumu s vedoucím práce.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:


1. BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-439-9.
2. KALLWASS, A. Syndrom vyhoření v práci a osobním životě. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.
3. KŘIVOHLAVÝ, J. Duševní hygiena zdravotní sestry. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0784-5.
4. STOCK, CH. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3553-5.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Kristýna Šoukalová
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. července 2013


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Martina Jedlinská
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2013

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 28. 6. 2013

Pavλίna Morávková

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala za odborné vedení a cenné rady vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Kristýně Šoukalové. Děkuji jí za čas, který mi věnovala při konzultacích a její ochotu mi pomoci. Současně děkuji ředitelům zařízení za umožnění dotazníkového šetření a všem respondentům za jejich čas, vstřícnost a spolupráci. Také děkuji mé rodině a blízkým za jejich trpělivost a podporu při mém studiu.

ANOTACE

Název bakalářské práce je Syndrom vyhoření u pracovníků v dlouhodobé péči (prevence, možnosti ze strany zaměstnavatele). Práce má teoretickou a praktickou část. Teoretická část se převážně věnuje problematice syndromu vyhoření a to rizikovým faktorům, příznakům, fázím vývoje, diagnostice, léčbě a prevenci. Okrajově je zde popsán systém dlouhodobé péče, pojem supervize a metody duševní hygieny. Pro výzkumnou část byla data shromážděna pomocí standardizovaného dotazníku MBI a dotazníku vlastní tvorby v Domovech pro seniory a Nemocnici následné péče. Jedna z výzkumných otázek byla ověřována pomocí rozhovoru s řediteli institucí. Nasbíraná data jsou vyhodnocena a prezentována v praktické části práce.

KLÍČOVÁ SLOVA

Syndrom vyhoření, vyčerpání, dlouhodobá péče, supervize, duševní hygiena

TITLE

Burnout syndrome among workers in long-term care (prevention, possibilities of the employer)

ANNOTATION

Title of bachelor thesis is Burnout among workers in long-term care (prevention, the possibility of the employer). It has theoretical and practical part. The theoretical part is mainly devoted to the issue of burnout and risk factors, symptoms, stage of development, diagnosis, the treatment and the prevention. Marginally there is described the long-term care system, the concept of supervision and methods of mental hygiene. For the research part of the data was collected by using a standardized questionnaire and survey MBI own work in Retirement homes and hospitals aftercare. One of the research questions was assessed through an interview with directors of the institution. The collected data are evaluated and presented in the practical part of work.

KEYWORDS

Burnout syndrome, exhaustion, long-term care, supervision, mental hygiene

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
Cíle teoretické části.....	11
1 Syndrom vyhoření.....	11
1.1 Rizikové faktory syndromu vyhoření	11
1.1.1 Rizikové profese	11
1.1.2 Charakterové předpoklady.....	11
1.1.3 Management pracoviště.....	12
1.2 Příznaky syndromu vyhoření	12
1.2.1 Tělesné vyčerpání	12
1.2.2 Psychické vyčerpání	12
1.2.3 Emocionální vyčerpání	13
1.3 Vývoj syndromu vyhoření	13
1.3.1 Fáze vývoje.....	13
1.4 Diagnostika syndromu vyhoření	14
1.4.1 Dotazníkové metody.....	14
1.5 Léčba syndromu vyhoření	15
1.6 Prevence syndromu vyhoření.....	15
2 Supervize	17
2.1 Formy supervize	17
2.1.1 Individuální supervize	17
2.1.2 Skupinová supervize.....	18
3 Duševní hygiena	19
3.1 Životospráva	19
3.2 Pracovní prostředí	19
3.3 Organizace práce.....	20
3.4 Sebevýchova	20
3.5 Relaxační techniky.....	20
4 Dlouhodobá péče	21
4.1 Dlouhodobá péče dle OECD.....	21
4.2 Dlouhodobá péče v ČR.....	21
4.3 Poskytovatelé dlouhodobé péče.....	21

II	PRAKTICKÁ ČÁST	22
	Cíle praktické části.....	22
	Výzkumné otázky	22
5	Metodika výzkumu	23
5.1	Charakteristika výzkumného vzorku	23
5.2	Kvantitativní výzkum	24
5.3	Kvalitativní výzkum	24
6	Kvalitativní část - rozhovor	25
6.1	Vyhodnocení rozhovorů	26
7	Kvantitativní část – dotazník MBI.....	28
7.1	Vyhodnocení dat	29
8	Kvantitativní část – dotazník vlastní tvorby	31
8.1	Vyhodnocení dat	31
9	Diskuze	42
10	Závěr	47
	Bibliografická citace	48
	Seznam příloh	51

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Graf zobrazující stupeň vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání.....	29
Obrázek 2 Graf ukazující stupeň vyhoření v oblasti depersonalizace.....	29
Obrázek 3 Graf znázorňující stupeň vyhoření v oblasti osobního uspokojení.....	30
Obrázek 4 Graf subjektivního názoru respondentů na vlastní vyhoření.	31
Obrázek 5 Graf znázorňující zájem vedení o náměty a připomínky respondentů.	32
Obrázek 6 Graf znázorňující realizaci nápadů respondentů vedením.	32
Obrázek 7 Graf zachycující poskytování informací respondentům vedením.	33
Obrázek 8 Graf zobrazující rozložení důvěry a opory ve vedoucích pozicích z pohledu respondentů.....	34
Obrázek 9 Graf ukazující vztahy mezi spolupracovníky.	34
Obrázek 10 Graf znázorňující nejčastější zdroje konfliktů.	35
Obrázek 11 Graf ukazující rychlost a účelnost v řešení problémů vedením.	36
Obrázek 12 Graf zobrazující poskytování vzdělávacích akcí respondentům.....	36
Obrázek 13 Graf zobrazující provádění pravidelné supervize.	37
Obrázek 14 Graf zachycující přínosnost supervizí.....	37
Obrázek 15 Graf zobrazující přínosnost supervizí.	38
Obrázek 16 Graf znázorňující metody zvládnání stresu a vyčerpání.	39
Obrázek 17 Graf zobrazující pracoviště respondentů.	39
Obrázek 18 Graf rozložení pracovních pozic respondentů.	40
Obrázek 19 Graf znázorňující délku pracovního poměru v oboru zdravotnictví.....	40
Obrázek 20 Graf zachycující věkové rozložení respondentů.	41
Obrázek 21 Graf znázorňující pohlaví respondentů.....	41

ÚVOD

„Komukoli prospěti můžeš, prospívej rád, možno-li celému světu. Sloužiti a prospívati je vlastnost povah vznešených.“

Jan Amos Komenský

Jak je uvedeno v citátu, pomoc druhým je vlastnost povah vznešených, ne však bezchybných a neomylných. Každý, kdo je při své práci v každodenním kontaktu s lidmi a s jejich těžkými osudy, má právo podlehnout vyhoření. V takovém případě je nutné tuto situaci nebrat jako prohru, ale uvědomit si svůj problém a postavit se mu čelem.

Syndrom vyhoření vzniká při dlouhodobém působení náročných situací na jedince, na kterého jsou kladeny vysoké nároky s následným nízkým ohodnocením. Důsledkem toho dochází k psychosomatickému onemocnění, které se projevuje fyzickou, psychickou a emocionální vyčerpaností organismu. Konkrétně dochází ke ztrátě energie, svalovým bolestem, zvýšené únavnosti, negativistickým a pesimistickým myšlenkám, depersonalizaci a ztrátě smyslu života. V diagnostice je hlavní složkou sebezpozorování jedince a všímavost jeho okolí. K bližší diagnostice se používají dotazníkové metody. K léčbě vyhoření je využíváno převážně nastolení vlastního duševního klidu a sociální opory rodiny, přátel a kolegů. Může dojít i k drobným či větším změnám v pracovním poměru. Při přetrvávání obtíží je nutné vyhledat odborníka. Pro prevenci syndromu vyhoření lze využívat metody duševní hygieny. Důležitou roli hraje i postoj zaměstnavatele k prevenci, který můžeme vytvořit klidné a produktivní pracovní prostředí. (Venglářová, 2011)

Téma mé bakalářské práce je zaměřeno na pracovníky v dlouhodobé péči, tedy převážně na pracovníky v zařízeních pro seniory. Tomuto tématu by se měla věnovat pozornost hlavně z důvodu nárůstu stárnoucího obyvatelstva a zvyšování věkové hranice. Proto by do této oblasti měla být směřována prevence možných komplikací v péči o seniory.

Má bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. První, teoretická část je zaměřena na popis problematiky syndromu vyhoření. Zabývá se rizikovými faktory, příznaky, fázemi vývoje, diagnostikou, léčbou a prevencí. Dále je stručně popsán pojem supervize, metody duševní hygieny a systém dlouhodobé péče u nás. V druhé, praktické části jsou vyhodnocena data získaná od 63 respondentů pomocí standardizovaného dotazníku MBI a vlastního dotazníku, který byl rozdán v Domovech pro seniory a Nemocnici následné péče. Pro vyhodnocení jedné z výzkumných otázek byla použita metoda rozhovoru s řediteli jednotlivých zařízení.

I TEORETICKÁ ČÁST

Cíle teoretické části

1. Popsat problematiku syndromu vyhoření na základě dostupných literárních a elektronických zdrojů.

1 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření vzniká při dlouhodobém působení emočně náročných situací a v důsledku selhání osobních mechanismů pro zvládání nároků. Dalšími faktory mohou být velká očekávání pracovníka, vysoké nároky a následné nízké ohodnocení ze strany zaměstnavatele. V důsledku těchto jevů vzniká stav fyzického, psychického a emocionálního vyčerpání, které se projevuje ztrátou zájmů a ideálů, nedostatkem energie, negativním sebehodnocením a negativním vztahem k vlastnímu povolání. (Bartošíková, 2006; Venglářová a kol., 2011)

Pojem burnout poprvé publikoval newyorský psychoanalytik H. J. Freudenberger v letech 1974-1975. Anglický pojem „burnout“ překládáme jako vyhořet, vypálit, vyhasnout, vyčerpat. Postupem času se vyhoření stalo jednou z nejkoumanějších sfér dopadu pracovního prostředí na lidskou psychiku. (Bartošíková, 2006)

1.1 Rizikové faktory syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je nejčastěji spojován s pomáhajícími profesemi, které jsou v častém kontaktu s lidmi, jejich bolestmi a těžkými životními osudy. V současné době dochází k výskytu syndromu vyhoření i v dalších oblastech lidského života. (Venglářová a kol., 2011)

1.1.1 Rizikové profese

Jak již bylo zmíněno, syndrom vyhoření se nejčastěji týká pomáhajících profesí, ale rozšiřuje se i do dalších oblastí lidského života. Nejvíce rizikové profese jsou: lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, učitelé, dispečeři záchranné i dopravní služby, policisté, právníci, pracovníci věznic, manažeři, poradci, duchovní a řádové sestry. (Kebza a Šolcová, 2003)

1.1.2 Charakterové předpoklady

Charakterové vlastnosti mají značný podíl na vzniku syndromu vyhoření. Nejčastěji postihuje motivované lidi s vysokými cíly a značnými očekáváními. Nadšení a zápal mohou dlouhodobě vydržet pouze v případě naplněného očekávání. Lidé s vysokými nároky na sebe sama, s přílišnou zodpovědností a s rysy perfekcionismu při nesplnění cílu prožívají zklamání

z porážky. Touha po vděčnosti, pochvale a ocenění je vrozená a přirozená. Špatně zvládají náročné situace lidé, kteří neumí požádat o pomoc a vše musí zvládnout sami. Dalším faktorem může být tzv. syndrom pomahače nebo spasitelský komplex, kdy člověk má nutkavou potřebu pomoci druhým a staví jejich potřeby před vlastní. (Bartošíková, 2006)

1.1.3 Management pracoviště

Syndrom vyhoření je chápán jako dysfunkce pracoviště. Na jeho rozvoji se podílí i vedení a uspořádání daného pracoviště. K vyhoření dochází častěji na pracovištích, kde chybí péče o potřeby personálu a není zde možnost profesionálního růstu. Riziko u nových zaměstnanců bývá z důvodu neseznámení nového člena týmu s řádem, chodem a zvyky na pracovišti, zkušeným personálem. Špatná komunikace mezi zaměstnanci a managementem a rivalita mezi spolupracovníky je dalším rizikovým faktorem. Neefektivní jsou pracoviště se silnou byrokratickou kontrolou personálu a pracoviště, kde není prováděna pravidelná supervize, ani v případě opakujících se konfliktů. Vyhoření tedy nevypovídá tolik o jednotlivci, jako spíše o jeho pracovních podmínkách, proto by se neměl léčit jen postižený jednatel, ale i celá organizace, ve které se vyhoření objevilo. (Matoušek a kol., 2008; Leiter, Maslach, 1997)

1.2 Příznaky syndromu vyhoření

Mezi první známky syndromu vyhoření při dlouhotrvajícím a nadměrném stresu mohou patřit pocity nezvládnání práce, podceňování obsahu a účelu své práce. Vyhořelý je nervózní a podrážděný. Příznaky dělíme na tělesné, psychické a emocionální. (Venglářová a kol., 2011)

1.2.1 Tělesné vyčerpání

Hlavními projevy je dlouhotrvající únava, minimum energie, tělesná slabost, bolesti svalů a kolísání hmotnosti. Při aktivitě dochází k rychlé unavitelnosti a následné vyšší potřebě spánku, který je nekvalitní. Ráno po probuzení je člověk nevyspalý a neodpočatý. Tělesná vyčerpanost souvisí s pocitem viny a selhání. Častější výskyt drobných úrazů a nemocností. (Bartošíková, 2006)

1.2.2 Psychické vyčerpání

Dochází ke změnám životních postojů a negativnímu pohledu na sebe a své okolí. Svůj život vidí jako katastrofu. Vyhořelý se chová cynicky, pesimisticky, negativisticky, brání se změnám a všemu novému. Nevěří si. Často zapomíná, nedokáže se soustředit. Ztrácí smysl ve své práci, upřednostňuje rutinní postupy a stereotypní myšlení. Dochází k odvrácení od světa, k hledání smyslu života a k vtírání sebevražedných myšlenek. (Bartošíková, 2006)

1.2.3 Emocionální vyčerpání

Člověk je citově vysátý a cítí se prázdný, z toho důvodu se objevují pocity beznaděje a bezmoci. Dochází ke ztrátě empatie, vyhýbání se kontaktu s lidmi a uzavírání se do sebe se svým trápením a starostmi. Při nevyhnutelném kontaktu s lidmi se chová podrážděně, necitlivě a nepřátelsky. Z počátku se vyčerpání projevuje jen v práci, postupem času ho začne vnímat i rodina a přátelé. (Bartošíková, 2006)

1.3 Vývoj syndromu vyhoření

V dnešní době již není vyhoření chápáno pouze jako stav, ale jako proces, který se neustále vyvíjí po dobu několika měsíců až let. Při rozvoji syndromu vyhoření dochází nejprve k emocionálnímu vyčerpání, které více vnímají ženy. Následuje psychické a nakonec i fyzické vyčerpání, které může vyvolat některá psychosomatická onemocnění. Jednotlivá stádia vyhoření mohou být u jedince jasně nebo méně zřetelná. V literatuře se objevuje mnoho různých dělení syndromu vyhoření do různých fází. (Venglářová a kol., 2011)

1.3.1 Fáze vývoje

Jedním typem dělení syndromu vyhoření je dělení, které uvedla K. Kraska–Lüdecke:

- Nadšení- člověk má jasné cíle, je plný ideálů, odvádí kvalitní práci, ve které vidí smysl, má spoustu nápadů, ale dochází k postupnému přetěžování.
- Stagnace- dochází ke ztrátě prvotního nadšení, polevení z ideálů.
- Frustrace- pokládání otázek ohledně smyslu odvedené práce, soustředění pouze na práci, okolí nevnímá, člověk je osamělý, dochází k deziluzi.
- Apatie- člověk bere své zaměstnání jako zdroj peněz, vykonává pouze nezbytně nutné výkony, kontakt s nemocným bere jako zátěž, má pocit bezmoci a beznaděje.
- Vyhoření- dochází k absolutnímu vyčerpání, negativistické myšlení, vyhýbání se pracovním povinnostem. (Venglářová a kol., 2011)

Další pojetí vývoje syndromu vyhoření stanovila Ch. Maslachová do čtyř fází:

1. fáze- počáteční nadšení a zaujetí pro věc spojené s dlouhotrvajícím přetěžováním
2. fáze- dochází k psychickému a fyzickému vyčerpání
3. fáze- dehumanizace svého okolí, obranné postoje vůči dalšímu vyčerpání
4. fáze- přítomnost úplného syndromu vyhoření, pocity lhostejnosti, nezájmu a vyčerpání (Kebza, Šolcová, 2003)

1.4 Diagnostika syndromu vyhoření

Lékaři diagnostikují syndrom vyhoření na základě příznaků, které získávají z pozorování jedince či z rozhovoru s ním. K usnadnění diagnostiky přispívá vzdělanost jedince v této problematice. Další metodou je tzv. sémantický diferenciál, který pracuje s dvěma extrémy (cítím se plně hodnotný x cítím se zcela bezcenný). Extrémy spojuje škála, na které jedinec označí bod, kde se domnívá, že se právě nachází. (viz. příloha A) Nejužívanější diagnostickou metodou jsou dotazníky. (Křivohlavý, 1998)

1.4.1 Dotazníkové metody

Orientační dotazník vytvořila čtveřice autorů Chris Thursman, Paul Maier, Frank Minirth a Dno Hawkins v roce 1990. Jedná se o jednoduchou metodu, která zachytí blížící se psychické vyhoření. Je vhodná pro každého. Výhodou tohoto dotazníku je, že psychické vyhoření je vnímáno jako proces se svým zrodem, vývojem a vyvrcholením. Dotazník se skládá z 24 otázek, na které jedinec odpovídá „ano“ nebo „ne“. V případě, že většina odpovědí je „ano“, nasvědčuje to přítomnosti syndromu vyhoření. Je tedy nutné zjistit stádium vyhoření a provést další psychologická vyšetření. (viz. příloha B) (Křivohlavý, 1998)

Dotazník BM „Burnout Measure“ sestavila dvojice Ayale Pinesova a Elliot Aronson v roce 1980. Na celkové vyčerpání je zde pohlíženo ze tří různých hledisek: fyzického, duševního a emocionálního. Dotazník má 21 otázek, které se zabývají pocity a zkušenostmi jedince. Ke každé otázce se přiřadí číslo ze stupnice 1-7 na základě četnosti výskytu daného pocitu. (viz. příloha C) (Křivohlavý, 1998)

MBI dotazník „Maslach Burnout Inventory“ patří mezi nejpoužívanější metody diagnostiky. Prvně byla publikována autorkami Christinou Maslach a Susane E. Jakson v roce 1981. V roce 1986 autorky zveřejnily upravenou verzi. Českou verzi dotazníku přeložila Iva Šolcová. Na základě tohoto dotazníku zjišťujeme emocionální vyčerpání (emotional exhaustion- EE), depersonalizaci (DP) a snížený pracovní výkon (personal accomplishment- PA). Dotazník má celkem 22 otázek, na kterých hodnotíme častost výskytu prožitku nebo sílu intenzity prožitku. Lze vyhodnotit jednotlivé složky (EE, DP a PA) zvlášť. Tento standardizovaný dotazník je součástí mého dotazníku ve výzkumné části práce. (viz. příloha D) (Křivohlavý, 1998)

1.5 Léčba syndromu vyhoření

Jestliže člověk pojme jakékoli podezření, že by se mohl stát obětí burnout syndromu, měl by se zaměřit na vlastní potřeby a pocity a následně vyhledat pomoc u druhých. V první řadě jedinec musí získat odstup a nadhled nad danou situací. Nejlepší je odjet nějak sám minimálně na týden, kde bude mít jedinec čas pouze sám na sebe, na řešení daného problému a tvorbu svých nových cílů. Pro uvolnění napětí a vnitřního neklidu se doporučují relaxační techniky, jako např.: jóga, dechová cvičení, meditace, kondiční cvičení nebo autogenní trénink (viz. příloha D). (Stock, 2010)

Zásadní součástí terapie je i již zmiňovaná pomoc dalších osob. Pro některé jedince, kteří zaujímají vysoké postavení, může být žádost o pomoc problém. Je důležité to nepokládat za projev slabosti, ale za potřebnou a správnou věc. Nejprve bychom měli hledat pomoc u rodiny a přátel, kteří jsou s postiženým v blízkém kontaktu a měli by mu dát najevo důvěru, lásku, zajímat se o jeho pokroky. Jestliže dotyčný pracuje v dobrém kolektivu s přátelskými a empatickými kolegy, může pomoc hledat tam. Ze strany vedení může dojít ke změně pracovní náplně, změně oddělení či zkrácení pracovního úvazku. Jestliže předchozí postupy nemají žádný výsledek, je nutné vyhledat pomoc odborníka, psychologa či psychoterapeuta. Lze využít i telefonickou linku důvěry nebo naděje. Odborník pomáhá jedinci s otázkami ohledně podstaty lidské existence, smyslu života a odpovědnosti člověka. Společně utvářejí směr jedince do budoucna, který pro něj bude smysluplný a naplňující. Medikamentózní léčba se používá pouze jako podpůrná. (Kebza, Šolcová, 2003; Venglářová a kol., 2011)

1.6 Prevence syndromu vyhoření

Jako v jiných případech i zde jsou preventivní opatření velmi důležitá a přínosná. Úskalím bývá pocit lidí, že se jich tento problém netýká, že se znají a tedy vědí, co mají dělat. Opak je však pravdou. Preventivní opatření dělíme na dvě roviny, rovinu zabývající se jedincem a na rovinu zaměřenou na organizaci. (Venglářová a kol., 2011)

1. Adaptační praxe. Každý zdravotník by si měl před nástupem do zaměstnání uvědomit, jak náročná tato práce po všech směrech je a jaká z toho plynou rizika. Proto je velmi důležitá příprava již ve školách při hodinách psychologie a ošetřovatelství. Důležitá je i kvalitní nástupní praxe, kde zkušenější kolegyně předávají cenné informace a poskytují pomoc a podporu. Každý by měl zhodnotit své osobní předpoklady pro vykonávání této profese.

2. Péče o sebe sama. Je důležité mít rádi sami sebe a přijímat se takoví jací jsme. Protože ten kdo se nemá rád, o sebe nepečuje a nedokáže přijímat vydanou energii zpět.

3. Pomoc tam, kde naše síly nestačí. Každý zdravotník by si měl uvědomovat svoje hranice a nesrovnávat je s ostatními. Měl by umět žádat o pomoc bez pocitu selhání, ale jako projev důvěry v druhého.

4. Mezilidské vztahy. Jde především o přítomnost blízkých osob, které mohou poskytnout aktivní naslouchání nebo povzbuzení v těžké situaci.

5. Sebepoznání a sebehodnocení. K tomu, abychom porozuměli chování ostatních, musíme nejprve pochopit své vlastní chování. „*Sebepoznání je neustálé uvědomování si dobrých vlastností, schopností, nedostatků, ale také vlastních pocitů, a to v každé situaci, ve který se nacházíme.*“ (Venglářová a kol., 2011, s. 35) Na podkladě sebepoznání dochází následně k sebehodnocení. Pozitivní sebehodnocení má vliv na fyzický a duševní stav, vyšší výkonnost, optimistický pohled na svět.

6. Osobní život, přátelé, koníčky. Ztrátou zájmů jsou nejvíce ohroženy ženy v roli matky a manželky, které na sebe již nemají příliš mnoho času, protože práci řadí na první místo. Je důležité udržovat a pěstovat vztahy s přáteli, spolupracovníky a rodinou. Ti nám totiž mohou pomoci v případech nouze. Neměli bychom zapomínat na zájmy a koníčky, jsou pro nás zdrojem energie a emočních zážitků.

7. Pomáhá dobrá tělesná kondice. Základem zdravého organismu jsou správná životospráva, pohybová aktivita, kvalitní spánek a pravidelný denní režim. Tyto zásady jsou všeobecně známé, při jejich nedodržování se objevuje neustálý pocit únavy. Proto je důležité odpočívat, když jsme unaveni a ne až když máme čas.

8. Práce patří do práce. Pomáhající profese se setkávají s těžkými lidskými osudy, proto je těžké na ně na konci služby zapomenout. Je vhodné vytvořit si rituál, který vám přeladí myšlenky na domov, který by pro vás měl být místem odpočinku.

9. Osvícení zaměstnavatelé. Úlohou správného nadřízeného by měla být dostatečná psychohygiena. Patří sem správné ohodnocení provedené práce, dostatečná pochvala, podpora zaměstnanců na vzdělávacích akcích a podobně.

10. Supervize. V této profesi je nutný celoživotní rozvoj. Supervize má za cíl rozvíjet profesní dovednosti, zlepšovat pracovní prostředí a organizaci práce. (viz. kapitola 3. Supervize) (Venglářová a kol., 2011)

2 Supervize

Pojem supervize je u nás poměrně nový, ale postupem času se stává více a více vyhledávaným nástrojem kvality a řízení. U nás se poprvé objevila v šedesátých letech 20. století. V dnešní době se využívá v ošetrovatelství, medicíně, školství a managementu institucí. Supervizi lze definovat jako „Čistou mezilidskou interakci, jejímž obecným cílem je, aby se jedna osoba, supervizor, setkávala s druhou osobou, supervidovaným, ve snaze zlepšit schopnost supervidovaného účinně pomáhat lidem“. (Hawkins, Shohet, 2004, s. 59) Účelem supervize je vyjasnit si hranice a zajistit jejich dodržování. Dochází k rozvoji schopností, znalostí, dovedností a vlastní osobnosti. Dále slouží jako pomoc při řešení náročných situací, zvládání emočně těžkých situací. Překážkou může být neangažovanost supervidovaného, jeho nechuť se rozvíjet a osvojovat si nové poznatky potřebné ke zvyšování kvality práce. Jejím účelem je probudit v něm touhu po vzdělání a motivovat ho ke zlepšení péče. (Hawkins, Shohet, 2004; Venglářová, 2007; Kadushin, Harkness, 2002)

2.1 Formy supervize

Supervizi můžeme dělit z různých hledisek. Nejzákladnější dělení je dle počtu supervidovaných na individuální a skupinovou. Mezi další formy patří vzájemná konzultace dvou kolegů, setkání skupiny bez supervizora a autovize, kde je využíváno sebezpozorování a sebehodnocení. Supervizi dále dělíme na interní a externí, dle postavení supervizora vůči organizaci. Pro dosažení otevřené, důvěrné a co nejúspěšnější supervize je vhodnější použít externího supervizora. Rozdělení dle frekvence schůzek je na pravidelné, příležitostné a krizové v případě akutní potřeby. Munson upravil modely supervize dle působení supervizora na pracovníka a klienta. (viz. příloha A) (Venglářová, 2007)

2.1.1 Individuální supervize

Probíhá prostřednictvím strukturovaného rozhovoru mezi supervizorem a jedním pracovníkem (supervizantem). Na začátku supervize je nutné stanovit si pravidla ohledně místa setkání, doby trvání, frekvence schůzek a způsobu zacházení s informacemi. Ve zdravotnictví se tato forma moc nepoužívá, výjimečně v případech mimořádného negativního zážitku. Průběh individuální supervize je následující: supervizantova reflexe uplynulého období → předložení situace, která má být řešena → prostor pro zamyšlení a sebehodnocení supervizanta → zpětná vazba supervizora → nabídka řešení → využití supervizantovi fantazie → podpora supervizanta v naplánované strategii → oboustranné zhodnocení supervize. (Matoušek a kol., 2008)

2.1.2 Skupinová supervize

Jedná se o setkání pracovníků, kteří pracují s podobnými klienty a v podobných institucích. Může se tedy jednat o skupinu 8-10 lidí sestavenou z různých pracovišť. V průběhu supervize dochází k diskutování, výměně informací a zkušeností, vzájemné podpoře mezi supervizanty. Nejčastěji je zde využívána balintovská supervize. (Matoušek a kol., 2008)

Ve zdravotnických zařízeních nejčastěji probíhá **týmová supervize**, která spadá mezi supervize skupinové. Je určena pro každého člena pracovního týmu. Je mířena na činnost týmu jako celku, soustředí se na jeho efektivitu, spolupráci a komunikaci. Při setkáních se rozebírají vztahy uvnitř týmu (role, úkoly, etika, hierarchie), vztahy v organizaci (styl hodnocení, péče o zaměstnance, vzdělávání) a vztahy s vnějším okolím (spolupráce s jinými týmy a zařízeními). Každý člen týmu má dostatečný prostor a příležitost vyjádřit svůj názor na supervizora, k programu supervize a k ostatním členům týmu. Zároveň přijímá zpětnou vazbu, jak pozitivní tak negativní od ostatních členů kolektivu. (Matoušek a kol., 2008)

Balintovská skupina je systematická metoda požívaná v supervizi. Účastní se jí 6-12 osob, které v průběhu sezení rozebírají konflikty nebo složité vztahy s klienty. Je vhodná pro zdravotní sestry, pečovatele nebo pracovníky v sociální sféře. (Venglářová a kol., 2011) Průběh balintovské skupiny má standardizovaný postup. Nejprve členové skupiny předloží své problémy a případy, které by chtěli řešit. Následně se hlasováním jeden případ zvolí a podrobně se rozebírá pomocí pěti fází. (Matoušek a kol., 2008)

I. Expozice případu. Zvolený případ účastník podrobněji popíše a seznámí ostatní s nastalou situací, a jak jí doposud řešil. Ze strany předkladatele jde o subjektivní obraz situace.

II. Otázky. Ostatní účastníci kladou předkladateli otázky, aby si mohli vytvořit vlastní názor na situaci a lépe pochopit pocity pomáhajícího i klienta.

III. Fantazie. Účastníci supervize sdělují, co je napadá k dané situaci a hovoří o možných pocitech a vzájemných vztazích jednotlivých osob v případě. Předkladatel pouze naslouchá.

IV. Praktické náměty na řešení. Nyní účastníci předkládají své nápady a postupy řešení nestalé situace. Předkladatel stále naslouchá.

V. Vyjádření protagonisty. Předkladatel se vyjádří k postřehům a nápadům ostatních. Zmíní postupy, které ho zaujaly a které možná sám využije v praxi, ocení ochotu druhých pomoci s problémem. Cílem této metody není najít objektivní pravdu, ale ukázat předkladateli spektrum možných řešení. (Matoušek a kol., 2008)

3 Duševní hygiena

Jedná se o interdisciplinární obor zaměřující se na hledání a objevení efektivního způsobu žití a optimálního životního směru pro kohokoli z nás. Této problematice se začalo věnovat více času v posledních 50ti letech v rámci vysokoškolského studia. Ale základy tohoto oboru byly zbudovány již v počátcích rozvoje lidské civilizace. Tyto základy se postupem doby obměňovaly a modernizovaly. (Bedrnová a kol., 2009)

Duševní hygiena by se měla stát součástí života každého z nás. Cítíme-li, se dobře, dá se předpokládat, že i zadanou práci budeme vykonávat dobře a kvalitně. Na zdravotnických školách učí, jak pečovat o pacienty, ale kde je naučí jak pečovat o sebe. Duševní hygiena se zabývá metodami, které podporují naše duševní zdraví a rovnováhu, zlepšují sociální vztahy a zvyšují pracovní výkonnost. Každý je jedinečná bytost, proto každému vyhovuje jiný soubor metod. Z tohoto důvodu je velmi náročné najít každému optimální soubor. V následujících kapitolách se zmíním o některých vhodných metodách. (Křivohlavý, Pečenková, 2004)

3.1 Životospráva

Správná životospráva je často užívaný pojem. Patří sem složka výživy, kde se klade důraz na pravidelnou nutričně vyváženou stravu v přiměřeném množství. Je důležité vyhýbat se přejídání. K regeneraci nervového systému je zapotřebí dostatečně dlouhý a kvalitní spánek. Důležité je i klidné rodinné zázemí. Je potřeba si vhodně rozložit čas pro odpočinek a zátěž, jelikož výkonnostní vrchol je mezi 9. a 11. hodinou dopolední. Nedílnou součástí je také pohybová aktivita, která zlepšuje tělesnou kondici, ale také působí pozitivně na psychiku člověka. (Bedrnová a kol., 2009; Křivohlavý, Pečenková, 2004)

3.2 Pracovní prostředí

V práci je náš organismus mnohem více zatěžován a vystavován řadě podnětů než v době volna. Proto by mělo být vytvořeno prostředí, kde jsou eliminovány vnější podněty (hluk, teplo, vlhkost), které by snižovaly soustředění a výkonnost pracovníků. Naopak vhodné je poslouchat hudbu a mít dostatek čerstvého vzduchu při práci. Osvětlení by mělo být rovnoměrné a v dostatečném množství, ale zásadní je dostatek denního světla. Vhodná barva výmalby je modrá a zelená. Je potřeba vytvořit dostatek pracovního prostoru pro plnění cílů. Pracovní prostředí vytvářejí hlavně pracovní vztahy, které by se měli posilovat. Zaměstnavatel by měl mít dostatek personálu, aby nedocházelo k přepracování jedinců. A objektivně hodnotit a odměňovat výkony zaměstnanců. (Bedrnová a kol., 2009; Míček, 1984)

3.3 Organizace práce

Je potřebné naučit se hospodařit s časem a vlastními silami, znát své pracovní tempo a mít pravidelný denní rytmus. Každá důležitá životní role by měla mít svůj cíl, kterému bychom se měli každý den alespoň chvíli věnovat. (Bedrnová a kol., 2009)

3.4 Sebevýchova

Do konceptu sebevýchovy patří prvky sebepoznání, autoregulace myšlení a emocí, autorelaxace a aktivní zvládnání situací. Je podstatné lépe poznat sebe sama pomocí metod sebepoznání. Jedná se o metody: uvědomění si vlastního chování, pravidelné sebereflexe, pozorování vlastních citových reakcí a vedení deníku. Při autosugesci jde o usměřování negativních myšlenek a o navození jednoduchých pozitivních vět, které v nás vyvolávají dobrou náladu. Dobré je umět předcházet výlevům negativních emocí pomocí nácviku relaxace, frustrační tolerance nebo výcviku trpělivého čekání. (Křivohlavý, 2009)

3.5 Relaxační techniky

V dnešní době je kolem nás spousta shonu, neklidu a dráždivých podnětů. Důsledkem toho dochází ke zvýšenému svalovému napětí. K odstranění napětí využíváme relaxaci= svalové uvolnění. K uvolnění může dojít spontánně při odpočinku či spánku nebo záměrně pomocí vlastní vůle. „*Hlavním cílem relaxačního cvičení je získání vnitřního ticha i celkového duševního klidu a rovněž tak i vymanění se, i když jen na krátký čas, z každodenních starostí*“. (Míček, 1984, s. 164) Nyní uvedu některé metody relaxace. (Křivohlavý, 2010)

Procházka. Mnohdy stačí opustit kolotoč povinností i na 30 minut a cítíme se svěže a uvolněně. Ideální je procházka lesem, kde vnímáme krásy přírody. Nemyslet, pouze být.

Dýchání. Dobré je naučit se brániční dýchání, při kterém dochází k pohybům hrudního koše a stěny břišní. Při chůzi po rovině je dobré udělat na dva kroky nádech a na čtyři kroky výdech.

Uvolnění svalů. Při této metodě střídáme napětí a uvolnění určitých svalových skupin, např.: rukou či nohou až 10krát po sobě. Lze spojit s autosugescí pozitivních myšlenek.

Ventilace emocí. Dostáváme na povrch to, co nás uvnitř tíží pomocí rozhovoru nebo psaním deníku.

Klasická relaxační cvičení. Patří sem jóga, Jacobsonova relaxace (protažení všech svalů těla) a Schultzův autogenní trénink (zklidnění dechu, pocit tíhy a tepla v končetinách, pocit tepla v břiše, pocit chladivého čela). (viz. příloha E) (Křivohlavý, 2010)

4 Dlouhodobá péče

Dlouhodobou péčí většinou popisujeme jako komplex služeb, které potřebují osoby s dlouhodobě sníženou soběstačností. Tato péče je většinou poskytována seniorům, ale mohou ji využít všichni, kteří ji potřebují. Ke ztrátě soběstačnosti dochází nejčastěji vlivem chronického onemocnění, traumatem nebo fyzickým či psychickým postižením. Z důvodu narůstání počtu stárnoucích obyvatel se bude zvyšovat i poptávka po poskytování dlouhodobé péče. (viz. příloha A) (MPVS, 2010)

4.1 Dlouhodobá péče dle OECD

Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD= Organisation for Economic Cooperation and Development) v mezinárodních spisech vymezuje dlouhodobou péčí takto: „*Jedná se o péči poskytovanou lidem, jejichž soběstačnost je dlouhodobě omezena, jsou tedy závislí a jejich schopnost vykonávat každodenní sebeobslužné aktivity je snížena.*“ (Holmerová, Válková, 2009) Sebeobslužné činnosti rozdělujeme na základní (oblékání, stravování, vyprazdňování, hygiena, mobilita) a instrumentální (nakupování, domácí práce, příprava jídla). (Holmerová, Válková, 2009)

4.2 Dlouhodobá péče v ČR

V České republice není vytvořena přímá definice o poskytování dlouhodobé péče. Chybí zde i legislativní usnesení, které by jasně rozlišilo zdravotní a sociální péči. Ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo práce a sociálních věcí se několik let bezúspěšně pokoušelo o vytvoření zákona o dlouhodobé péči, kde by se definovalo financování poskytované péče. V budoucnu dojde nebo již došlo k novelizaci některých již schválených zákonů. Týká se to zákona 372/2011, o zdravotních službách dále zákona 384/2012, o sociálních službách a zákona 48/1997, o veřejném zdravotním pojištění. (Klusáková, 2012)

4.3 Poskytovatelé dlouhodobé péče

Dlouhodobou péčí lze rozdělit na dvě základní složky: na dlouhodobou domácí péči a na dlouhodobou ústavní péči. Jestliže je klient schopný být v domácí péči, je to z finančního i sociálního hlediska výhodnější. V domácím prostředí je péče poskytována pečovatelskou službou nebo domácí zdravotní péčí. Ústavní péče je poskytována v domovech pro seniory, v domovech s pečovatelskou službou, v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v nemocnicích následné péče nebo v hospicích. (Holmerová, Válková, 2009)

II PRAKTICKÁ ČÁST

Cíle praktické části

1. Zjistit, jaká je četnost respondentů se syndromem vyhoření v Domovech pro seniory a Nemocnicích následné péče. (VO 1)
2. Zhodnotit, zda má vliv délka pracovního poměru ve zdravotnickém zařízení na vznik syndromu vyhoření. (VO 2)
3. Zjistit, jaká je vzájemná komunikace mezi zaměstnanci a zaměstnavatelem. (VO 3)
4. Zmapovat zkušenosti respondentů se supervizí. (VO 4)
5. Zjistit, jaké jsou vztahy mezi spolupracovníky. (VO 5)
6. Zhodnotit metody zvládnání pocitu vyčerpání u respondentů. (VO 6)

Výzkumné otázky

1. Bude četnost respondentů se syndromem vyhoření nadpoloviční? (MBI dotazník)
2. Bude přibývat respondentů se syndromem vyhoření s přibývajícím délkou pracovního poměru ve zdravotnictví? (MBI dotazník, 15)
3. Probíhá efektivní komunikace mezi vedením a zaměstnanci? (2, 3, 4, 5, 8)
4. Probíhá v zařízeních pravidelná supervize? (9, 10, 11)
5. Jsou spíše kladné vztahy mezi spolupracovníky? (6, 7)
6. Jsou nejčastější technikou zvládnání pocitu vyčerpání zájmy a koníčky? (12)
7. Jsou ve zkoumaných zařízeních prováděny preventivní programy proti syndromu vyhoření? (rozhovor s řediteli)

5 Metodika výzkumu

Ve výzkumné části bylo dáno za úkol zmapovat situaci v zařízeních s dlouhodobou péčí a zjistit četnost vyhořelých pracovníků v těchto zařízeních.

K získání potřebných informací byl použit standardizovaný dotazník MBI (Maslach Burnout Inventory) od autorek Christin Maslach a Susane E. Jakson a dotazník vlastní tvorby. (viz. příloha F) K vypracování výzkumné otázky č. 7 o prevenci syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele, byl použit rozhovor o třech stručných otázkách, který proběhl s řediteli jednotlivých zařízení při sběru dotazníků v dubnu 2013. Dotazníkové šetření probíhalo od měsíce března do dubna roku 2013, po osobní domluvě s řediteli zařízení byly dotazníky umístěny na sesterny a personál byl o jejich účelu informován vedením. Dotazníky byly anonymní, po vyplnění se vkládaly do přiložené obálky a vhadzovaly do sběrného boxu, aby byla zajištěna co nejvyšší anonymita a otevřenost respondentů. Vlastní dotazník obsahoval 17 otázek. Bylo zde použito 8 otázek zavřených, 4 otázky polootevřené a 5 otázek identifikačních. Celkem bylo rozdáno 75 dotazníků, zpět se vrátilo 63 dotazníků a všechny byly použitelné k vyhodnocení. Návratnost dotazníku tedy byla 84 %. Výzkumný vzorek tvoří 63 respondentů, kteří pracují v domově pro seniory nebo v nemocnici následné péče.

Před zahájením vlastního výzkumu byla v lednu 2013 provedena pilotáž. Po domluvě se zaměstnanci a vedením v jednom z vybraných zařízení bylo rozdáno 7 dotazníků zaměstnancům. Návratnost dotazníků byla 100 %. Na základě pilotáže došlo k úpravě některých otázek a možností odpovědí.

Ke zpracování výsledků byl použit program Microsoft Office Excel, ve kterém byly získané údaje zpracovány a vytvořeny následující grafy. K procentuálnímu vyjádření byl použit vzorec: $p_i = (n_i / n) * 100$. Kdy p_i je relativní četnost, kterou udáváme v procentech, n_i je absolutní četnost a n je celkový počet respondentů.

5.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkum probíhal ve dvou Domovech pro seniory a jedné Nemocnici následné péče. Všechna zařízení jsou pod správou města. Zařízení byla vybrána záměrně na základě krátké vzájemné vzdálenosti. Výzkumný vzorek tvořilo 33 respondentů z Domova pro seniory a 30 respondentů z Nemocnice následné péče. Dotazníky byly určeny pro zaměstnance těchto institucí, tedy pro všeobecné sestry, zdravotní asistenty, ošetřovatelky a ošetřovatele,

sanitářky a sanitáře. Základním předpokladem výzkumného šetření byla ochota zaměstnanců vyplnit dotazník.

Rozhovor byl určen pro některého z vedoucích pracovníků daného zařízení, ve všech případech byl rozhovor proveden s řediteli zařízení.

5.2 Kvantitativní výzkum

Kvantitativní a kvalitativní metody můžeme kombinovat a tak efektivně shromáždit a vyhodnotit potřebná data. U kvantitativního výzkumu statisticky popisujeme typ a intenzitu závislosti mezi proměnnými. Výzkum probíhá u velkého souboru respondentů. Nejčastěji využívané metody jsou standardizované rozhovory nebo dotazníky. Pro vyhodnocení dat jsou využity statistické postupy. (Kutnohorská, 2008)

5.3 Kvalitativní výzkum

Při tomto výzkumu se provádí systematický sběr dat a následná analýza subjektivně získaných informací. Analýza neprobíhá za pomoci statistických postupů. Kvalitativní výzkum se provádí u malého souboru respondentů. Metody pro sběr dat jsou rozhovory, pozorování, srovnávání nebo průzkum. Tento typ výzkumu se může týkat životních příběhů lidí, vzájemných mezilidských vztahů nebo chodem organizací. V ošetrovatelské oblasti je vhodnější využívat výzkum kvalitativní. (Kutnohorská, 2008)

6 Kvalitativní část - rozhovor

Jak jsem již zmiňovala, součástí mého výzkumu byla i kvalitativní část zaměřená na výzkumnou otázku číslo 7, zda ve zkoumaných zařízeních provádějí preventivní programy proti syndromu vyhoření.

I. ZAŘÍZENÍ

Jsou zaměstnancům poskytovány preventivní semináře, programy či exkurze bojující proti syndromu vyhoření?

„Ano zajišťujeme minimálně dvakrát ročně semináře týkající se tématu vyhoření či zvládnání stresu. Dále jsou zde prováděny supervize. Již několikrát jsme byli se zaměstnanci na exkurzi v jiných Domovech pro seniory, kde jsme získávali inspiraci pro lepší chod našeho zařízení.“

Pořádá vedení společné akce pro zaměstnance i mimo pracovní dobu a bez zdravotnického zaměření?

„Každý rok pořádá vedení vánoční večírek. Během roku si někteří zaměstnanci chodí posedět do restaurace, ale jde o jejich vlastní iniciativu. Přibližně dvakrát do roka pořádáme celodenní výlety a sportovní akce, kterých se účastní většina zaměstnanců společně s některými klienty domova.“

Dostávají zaměstnanci poukázky či příspěvky na regeneraci?

„V minulých letech dostával každý zaměstnanec od města poukaz na zdravotnické potřeby, ale letos jsme již nic nedostali. Nyní máme v budově masážní křeslo, které může kdokoli z personálu zdarma využít.“

II. ZAŘÍZENÍ

Jsou zaměstnancům poskytovány preventivní semináře, programy či exkurze bojující proti syndromu vyhoření?

„Zaměstnanci jsou povinni se účastnit vzdělávacích seminářů, které probíhají u nás. Také navštěvují vícedenní semináře mimo město. Dvakrát ročně se zde uskutečňují supervize metodou balintovské skupiny. Zaměstnanci, kteří mají zájem, navštěvují společně s vedením jiná zařízení podobného typu.“

Pořádá vedení společné akce pro zaměstnance i mimo pracovní dobu a bez zdravotnického zaměření?

„Již tradicí se stal každoroční letní vodácký zájezd, kterého se účastní většina zaměstnanců spolu s vedením. Párkrát do roka chodíme hrát kuželky a přes léto pořádáme společné opékání.“

Dostávají zaměstnanci poukázky či příspěvky na regeneraci?

„Zaměstnanci od nás žádné poukázky ani příspěvky v tomto směru nedostávají. Dochází k nám do zařízení každý měsíc masérka, kterou mohou zaměstnanci využít, ale musí si masáž sami zaplatit.“

III. ZAŘÍZENÍ

Jsou zaměstnancům poskytovány preventivní semináře, programy či exkurze bojující proti syndromu vyhoření?

„Do zařízení zveme odborníky, kteří přednáší například o syndromu vyhoření, o prevenci bolesti zad nebo metodách zvládnání stresu. Každoročně se pasivně účastníme Královéhradeckých ošetrovatelských dnů.“

Pořádá vedení společné akce pro zaměstnance i mimo pracovní dobu a bez zdravotnického zaměření?

„Akce, které se netýkají pracovní náplně, běžně vedení nepořádá. Zajišťujeme pouze vánoční večírek pro celou organizaci. Někteří zaměstnanci se pravidelně soukromě scházejí.“

Dostávají zaměstnanci poukázky či příspěvky na regeneraci?

„V tomto ohledu jsme na tom, myslím, velmi dobře. Zaměstnanci dostávají příspěvky na rekreační pobyty, na území České republiky 1 500Kč a do zahraničí 2 000Kč. Dále poukaz na masáž v hodnotě 200Kč každé tři týdny. V kanceláři jsou k dispozici vstupenky na některá vystoupení do místního divadla.“

6.1 Vyhodnocení rozhovorů

I. ZAŘÍZENÍ

- + pravidelné supervize, exkurze do Domovů pro seniory
- + pořádání vánočního večírku, 2x ročně celodenní výlety a sportovní akce i s klienty
- + masážní křeslo pro personál na pracovišti
- nízký počet seminářů a preventivních akcí ročně
- málo společných soukromých akcí mimo pracoviště pořádané vedením
- žádné příspěvky na regeneraci, pouze v minulosti poukazy na zdravotnické potřeby

II. ZAŘÍZENÍ

- + 2x ročně probíhají supervize, zajištění seminářů a preventivních programů, exkurze do jiných Domovů pro seniory
- + každoroční letní vodácký zájezd zaměstnanců a vedení, příležitostné hraní kuželek či společné opékání
- + každý měsíc přichází masérka, kterou mohou zaměstnanci využít, ale platí si ji sami
- žádné příspěvky na masáže nebo poukazy na regeneraci

III. ZAŘÍZENÍ

- + zajištění odborných přednášek a seminářů, každoroční pasivní účast na Královéhradeckých ošetrovatelských dnech
- + každoroční organizace vánočního večírku
- + příspěvek na rekreaci (v ČR 1500Kč a v zahraničí 2000Kč), poukaz na masáž (200Kč každé tři týdny), volné vstupenky do místního divadla
- chybí zde provádění supervizí
- vedení organizuje velmi málo společných soukromých akcí pro zaměstnance

7 Kvantitativní část – dotazník MBI

Dotazník Maslach Burnout Inventory (viz. příloha D) je nejpoužívanější dotazníkovou metodou v diagnostice syndromu vyhoření. Autorkami dotazníku jsou Christin Maslach a Susane E. Jackson. Do české verze ho přeložila Iva Šolcová. Dotazník vyhodnocuje jednotlivě tři faktory- emocionální vyčerpání (EE), depersonalizaci (DP) a osobní uspokojení v práci (PA). Dotazník lze hodnotit dvěma způsoby, na základě četnosti výskytu pocitů nebo na stupnici intenzity pocitů. V mém výzkumu byla použita stupnice s četností výskytu pocitů. Dotazník má celkem 22 položek, kterým respondent přiřazuje čísla z hodnotící škály. 9 položek je zaměřeno na emocionální vyčerpání, 5 položek na depersonalizaci a 8 položek na osobní uspokojení. (Venglářová, 2011)

Hodnotící škála:

- 0- nikdy
- 1- několikrát za rok nebo méně
- 2- jednou měsíčně nebo méně
- 3- několikrát za měsíc
- 4- jednou týdně
- 5- několikrát týdně
- 6- každý den

Vyhodnocení: Spočívá v součtu všech bodových ohodnocení v jednotlivých podoblastech.

Stupeň emocionálního vyčerpání- EE

- nízký 0 – 16
- mírný 17 – 26
- vysoký 27 a více = vyhoření

Stupeň depersonalizace- DP

- nízký 0 – 6
- mírný 7 – 12
- vysoký 13 a více = vyhoření

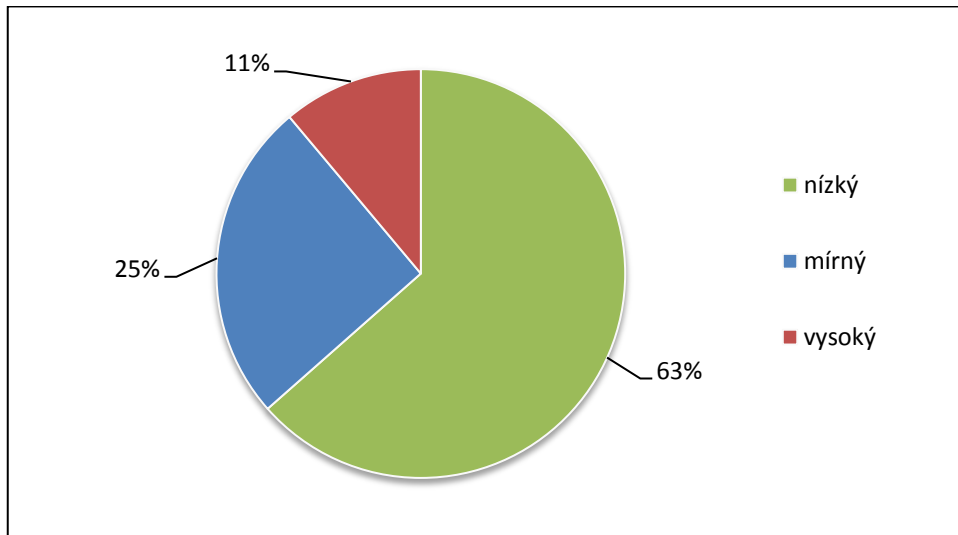
Stupeň osobního uspokojení- PA

- vysoký 39 a více
- mírný 38 – 32
- nízký 31 – 0 = vyhoření

(Venglářová, 2011, s. 44)

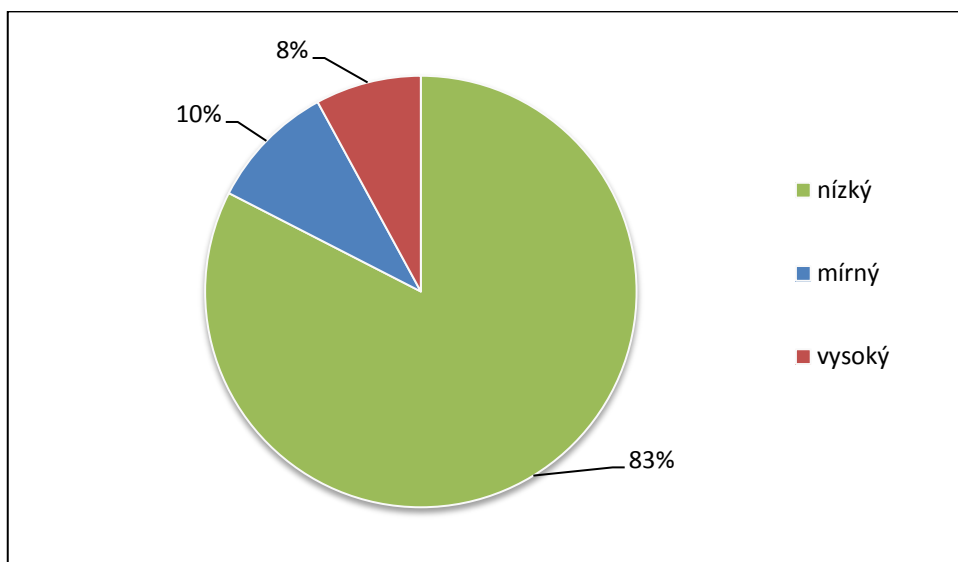
7.1 Vyhodnocení dat

V grafu níže je zobrazeno rozložení respondentů v oblasti jejich emocionálního vyčerpání. Z celkového počtu 63 dotazovaných (100 %) má 40 respondentů (63 %) nízký stupeň vyčerpání, 16 respondentů (25 %) trpí mírným stupněm vyčerpání a 7 respondentů (11 %) je v oblasti emocionálního vyčerpání vyhořelých. Viz. obrázek č. 1.



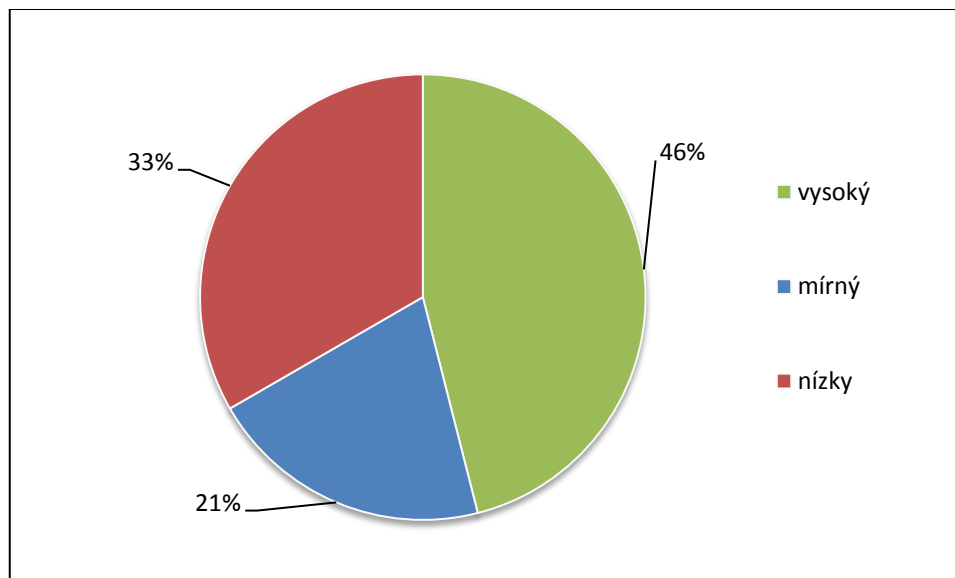
Obrázek 1 Graf zobrazující stupeň vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání.

V tomto grafu je uveden stupeň depersonalizace u respondentů. 52 oslovených (83 %) netrpí depersonalizací, 6 oslovených (10 %) se pohybuje na stupni mírné depersonalizace a 5 dotázaných (8 %) je v oblasti depersonalizace vyhořelých. Viz. obrázek č. 2.



Obrázek 2 Graf ukazující stupeň vyhoření v oblasti depersonalizace.

Následující graf zachycuje míru osobního uspokojení v práci. Vysoký stupeň osobního uspokojení má 29 respondentů (46 %), mírný stupeň uspokojení má 13 respondentů (21 %) a nízkou míru uspokojení má 21 respondentů (33 %), těchto 21 oslovených trpí vyhořením. Viz. obrázek č. 3.



Obrázek 3 Graf znázorňující stupeň vyhoření v oblasti osobního uspokojení.

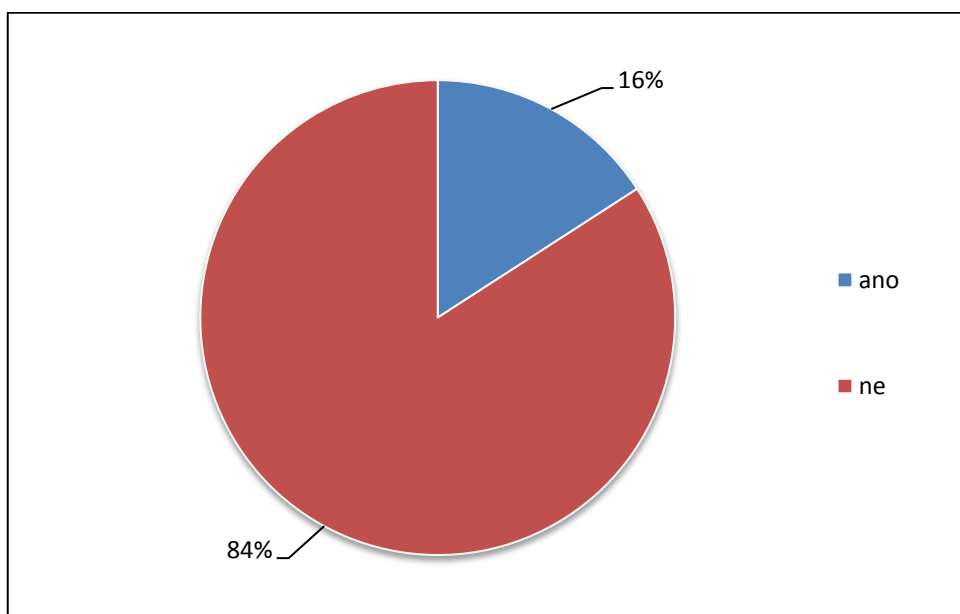
8 Kvantitativní část – dotazník vlastní tvorby

Poslední složkou praktické části byl dotazník vlastní konstrukce, na základě kterého byly vyhodnoceny výzkumné otázky číslo 1-6.

8.1 Vyhodnocení dat

OTÁZKA č. 1: Myslíte si, že v současné době trpíte syndromem vyhoření? (= dlouhodobý stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání v důsledku pracovního neuspokojení)

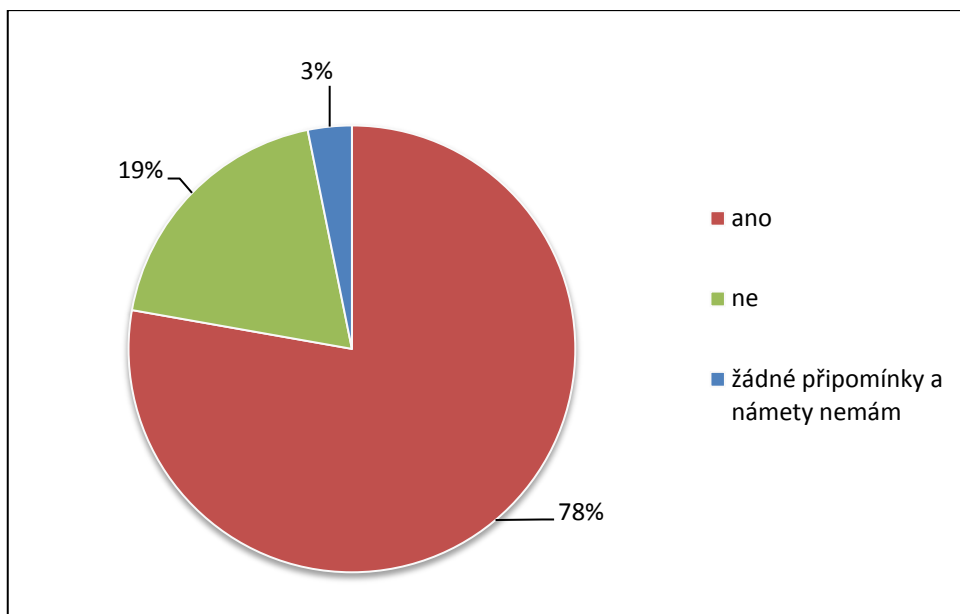
Na grafu níže je zachycen názor respondentů na otázku, zda si myslí, že v současné době trpí syndromem vyhoření. 10 respondentů (16 %) si myslí, že ano a 53 respondentů (84 %) si myslí, že netrpí syndromem vyhoření. Viz. obrázek č. 4.



Obrázek 4 Graf subjektivního názoru respondentů na vlastní vyhoření.

OTÁZKA č. 2: Zajímají vedení Vaše připomínky a náměty ke zlepšení pracovního prostředí a efektivity práce?

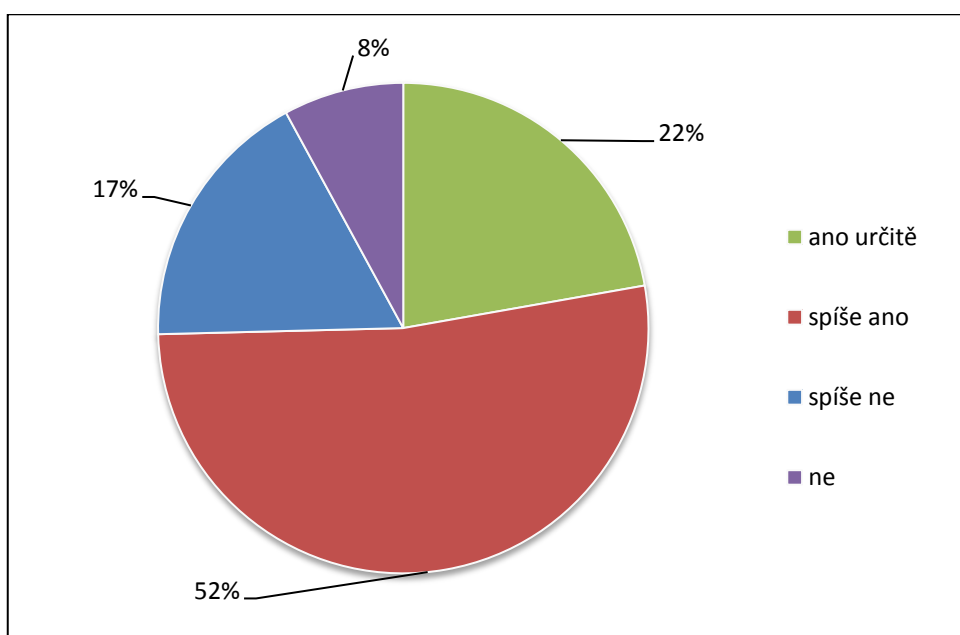
49 respondentů (78 %) uvedlo, že vedení zajímá jejich názor. Dalších 12 respondentů (19 %) se nedomnívá, že se vedení o jejich připomínky nezajímají a 2 respondenti (3 %) žádné připomínky nemají. Viz. obrázek č. 5.



Obrázek 5 Graf znázorňující zájem vedení o náměty a připomínky respondentů.

OTÁZKA č. 3: Realizuje vedení Vaše nápady a náměty ke zlepšení pracovního prostředí a efektivity práce?

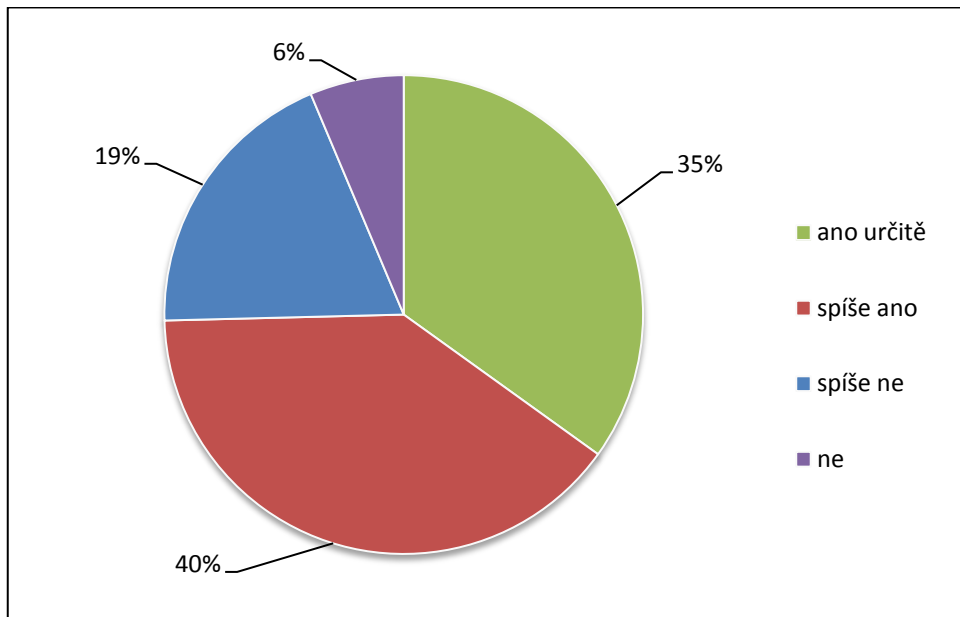
Na otázku, zda realizuje vedení nápady a náměty respondentů, bylo odpovězeno takto: 14 respondentů (22 %) odpovědělo určitě ano, 33 respondentů (52 %) odpovědělo spíše ano, 11 dotazovaných (17 %) uvedlo spíše ne a 5 respondentů (8 %) si myslí, že vedení vůbec nerealizuje jejich nápady. Viz. obrázek č. 6.



Obrázek 6 Graf znázorňující realizaci nápadů respondentů vedením.

OTÁZKA č. 4: Dostáváte dostatek informací od managementu o vývoji a změnách, které se Vás týkají?

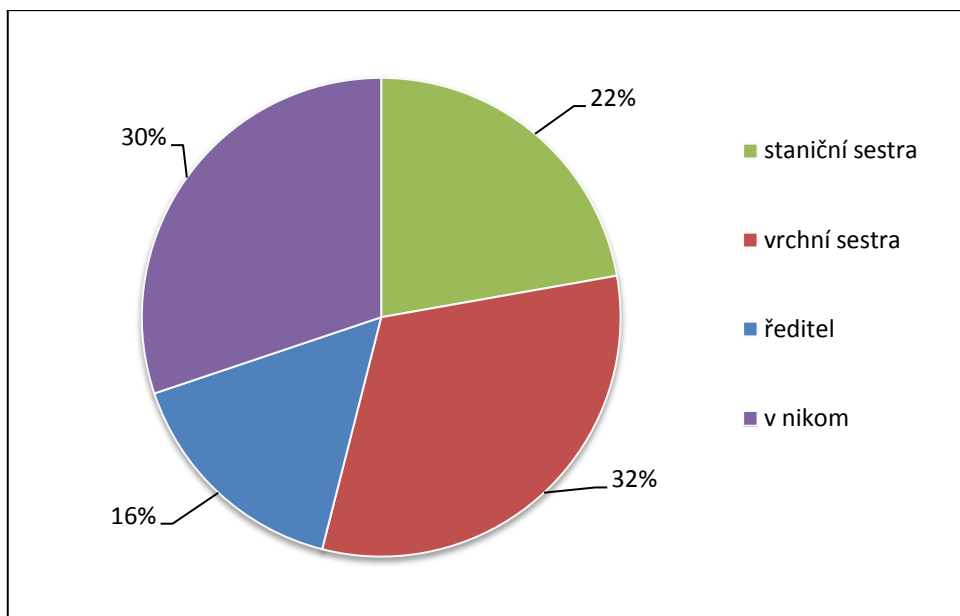
22 respondentů (35 %) si myslí, že určitě dostává dostatek informací od managementu, 25 dotazovaných (40 %) uvedlo, že spíše ano, 12 respondentů (19 %) si myslí, že spíše nedostávají potřebné informace a 4 respondenti (6 %) uvedli, že nedostávají dostatek informací. Viz obrázek č. 7.



Obrázek 7 Graf zachycující poskytování informací respondentům vedením.

OTÁZKA č. 5: Ke komu z uvedených máte největší pocit důvěry a opory?

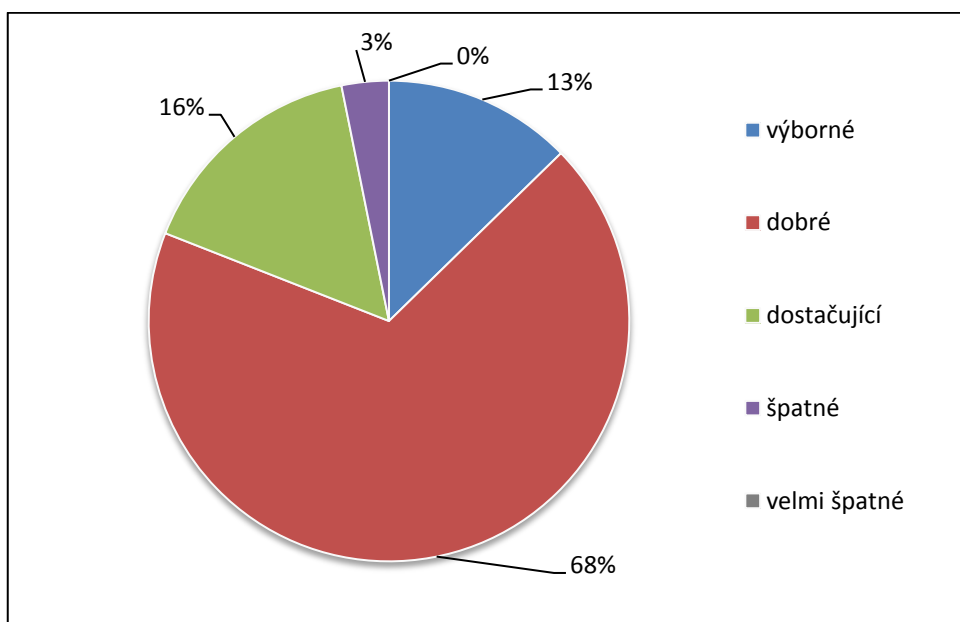
Na následujícím grafu je zobrazeno, v kom z vedení mají dotazovaní největší pocit důvěry a opory. 14 respondentů (22 %) uvedlo staniční sestru, 20 respondentů (32 %) vybralo vrchní sestru, 10 respondentů (16 %) zvolilo ředitele a 19 respondentů (30 %) nemá tyto pocity ani k jednomu z uvedených. Viz. obrázek č. 8.



Obrázek 8 Graf zobrazující rozložení důvěry a opory ve vedoucích pozicích z pohledu respondentů.

OTÁZKA č. 6: Jaké jsou Vaše vztahy se spolupracovníky?

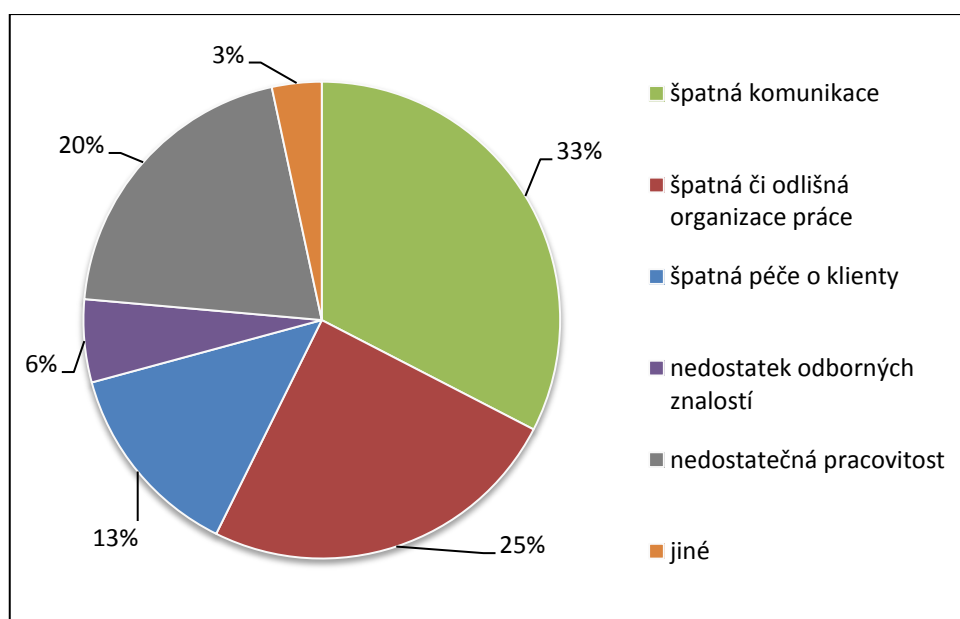
8 respondentů (13 %) si myslí, že vztahy mezi kolegy jsou výborné, 43 respondentů (68 %) uvedlo, že vztahy jsou dobré, 10 respondentů (16 %) si myslí, že vztahy jsou dostačující, 2 respondenti (3 %) vidí vztahy na pracovišti jako špatné a nikdo z dotazovaných nevedl, že by vztahy byly velmi špatné. Viz. obrázek č. 9.



Obrázek 9 Graf ukazující vztahy mezi spolupracovníky.

OTÁZKA č. 7: Co bývá nejčastějším zdrojem konfliktu mezi Vámi a kolegou?

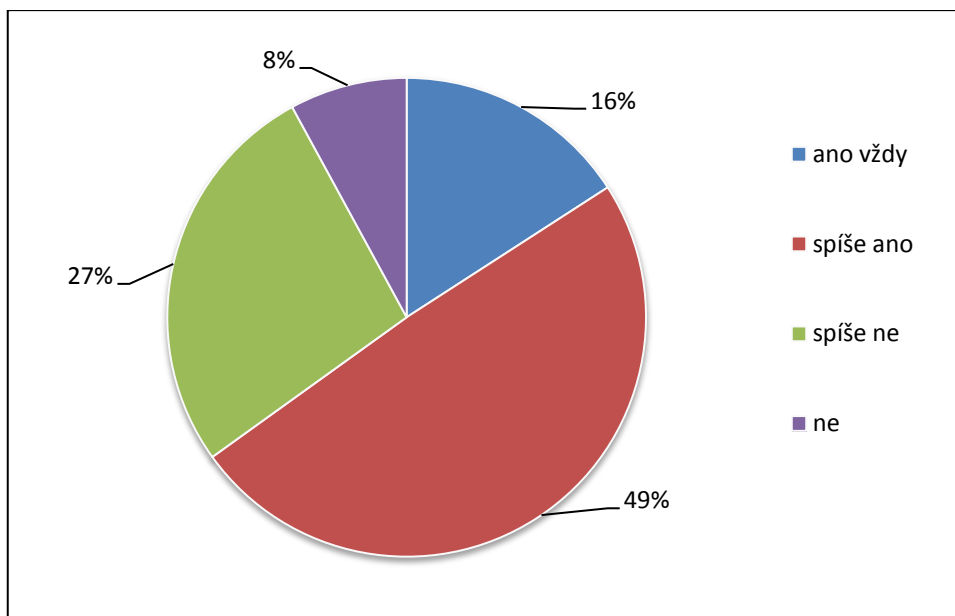
V této otázce bylo možno více odpovědí. Nejčastějším zdrojem konfliktů je dle respondentů špatná komunikace, uvedlo to 29 dotázaných (33 %). 22 respondentů (25 %) uvedlo špatnou či odlišnou organizaci práce, 12 respondentů (13 %) označilo špatnou péči o klienta, 5 oslovených (6 %) uvedlo jako příčinu nedostatek odborných znalostí, 18 respondentů (20 %) uvedlo nedostatečnou pracovitost kolegů. Možnost jiné využili 3 respondenti (3 %) a uvedli v ní jako zdroj konfliktů to, že kolegovi chybí dar dělat tuto práci, dále vznik konfliktů z pozice nadřízeného (staniční sestra) a konflikty v důsledku pomluv a donášení. Viz. obrázek č. 10.



Obrázek 10 Graf znázorňující nejčastější zdroje konfliktů.

OTÁZKA č. 8: Jsou konflikty mezi spolupracovníky řešeny vedením rychle, objektivně a účelně?

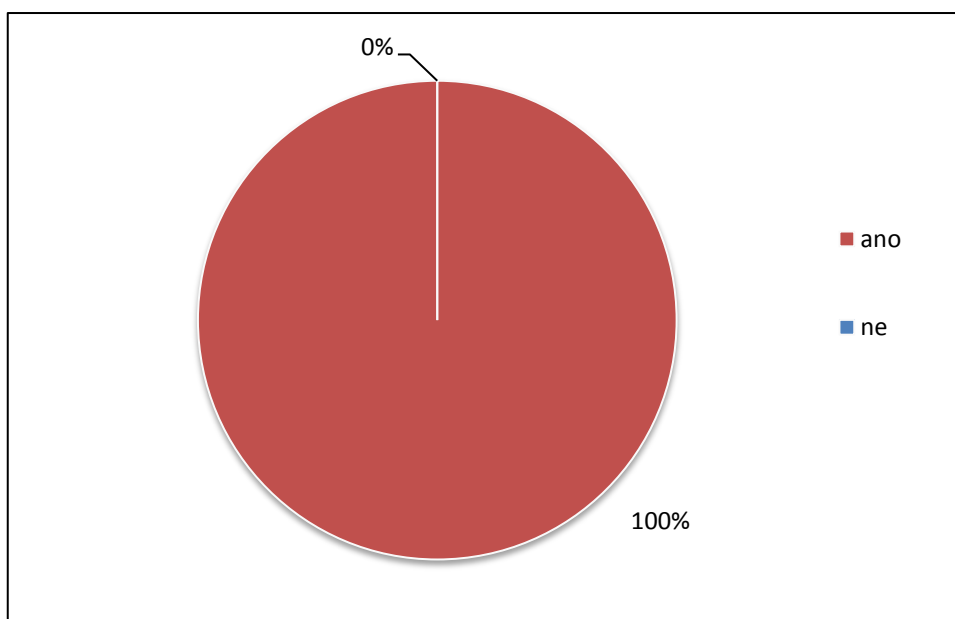
10 respondentů (16 %) uvedlo, že vedení řeší konflikty vždy rychle a objektivně, 31 respondentů (49 %) označilo možnost spíše ano, 17 respondentů (27 %) uvedlo spíše ne a 5 respondentů (8 %) si myslí, že konflikty nejsou účelně řešeny. Viz. obrázek č. 11.



Obrázek 11 Graf ukazující rychlost a účelnost v řešení problémů vedením.

OTÁZKA č. 9: Zajišťuje Vám zaměstnavatel dostatek vzdělávacích akcí vedoucích ke zlepšení Vašich znalostí a dovedností? Jestliže ano, na jaké téma?

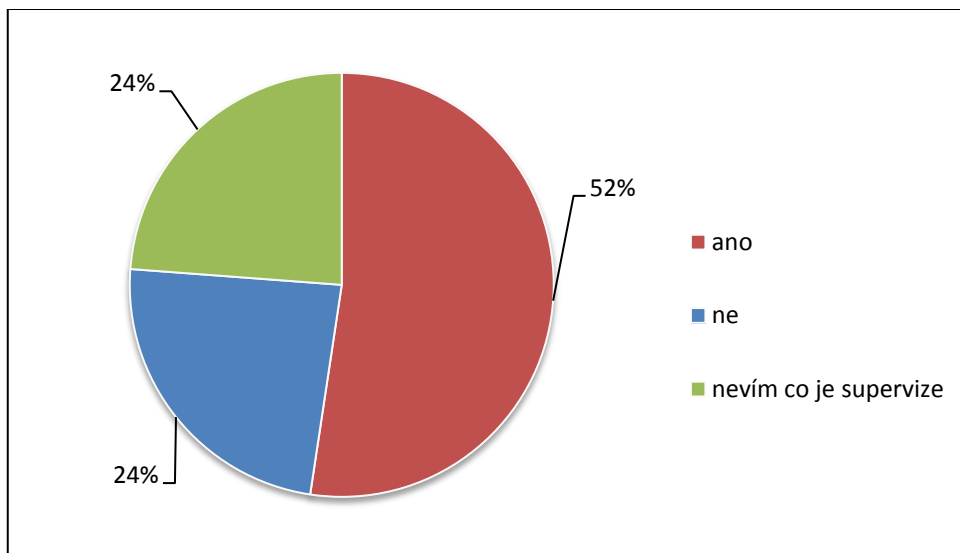
V této otázce všech 63 respondentů (100 %) odpovědělo ano, tedy že jejich zaměstnavatel zajišťuje dostatek vzdělávacích akcí. Akce jsou například na témata: Péče o klienta, Polohování, Basální stimulace, Péče o seniory, Demence, Gerontologie, První pomoc, Rehabilitace, Prevence bolesti zad, Syndrom vyhoření nebo Jak přežít v ženském kolektivu. Viz. obrázek č. 12.



Obrázek 12 Graf zobrazující poskytování vzdělávacích akcí respondentům.

OTÁZKA č. 10: Je ve Vašem zařízení prováděna pravidelně supervize?

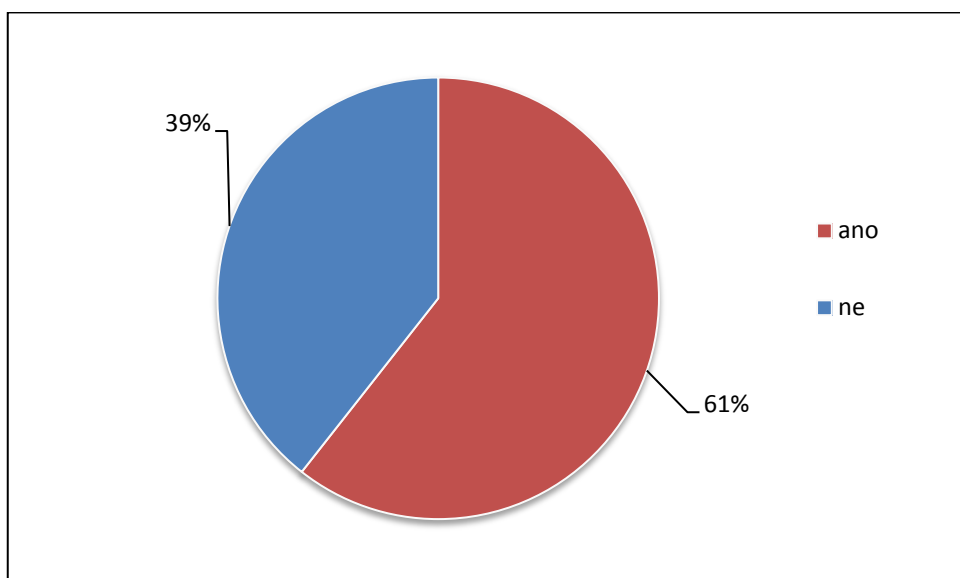
Pravidelná supervize je prováděna ve dvou zkoumaných zařízeních ze tří, tedy u 33 respondentů (52 %). V následujícím zařízení prováděna není, tedy u 30 respondentů (48 %), z nichž 15 respondentů (24 %) ani neví, co znamená pojem supervize. Viz. obrázek č. 13.



Obrázek 13 Graf zobrazující provádění pravidelné supervize.

OTÁZKA č. 11 a: Je pro Vás supervize přínosná?

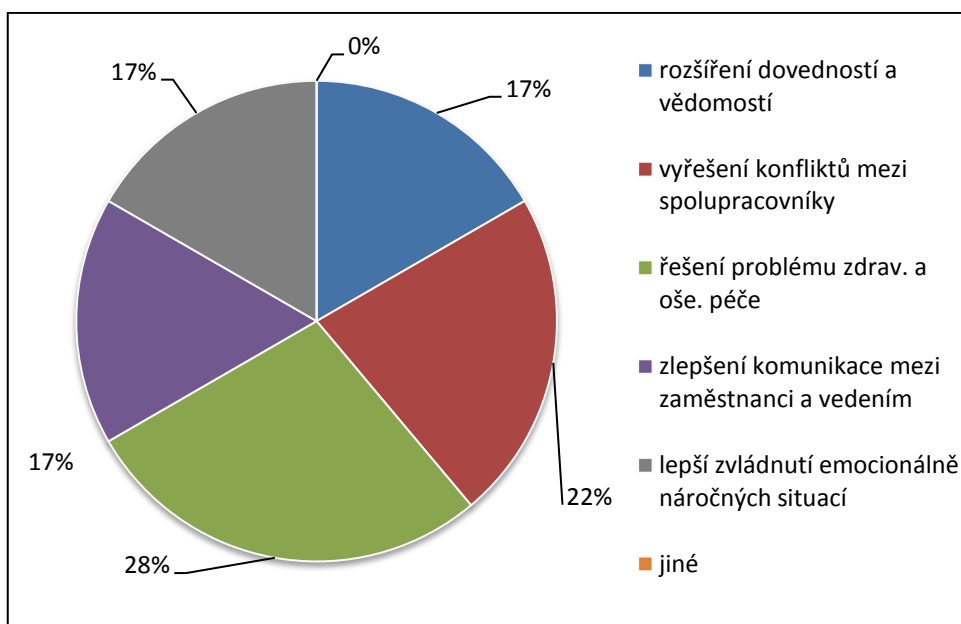
Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, u kterých je prováděna pravidelná supervize. Tedy celkový počet respondentů pro tuto otázku je 33 (100 %). 20 respondentů (61 %) uvedlo, že ano a 13 respondentů (39 %) uvedlo, že supervize pro ně není nijak přínosná. Viz. obrázek č. 14.



Obrázek 14 Graf zachycující přínosnost supervizí.

OTÁZKA č. 11 b: Pokud ano, proč?

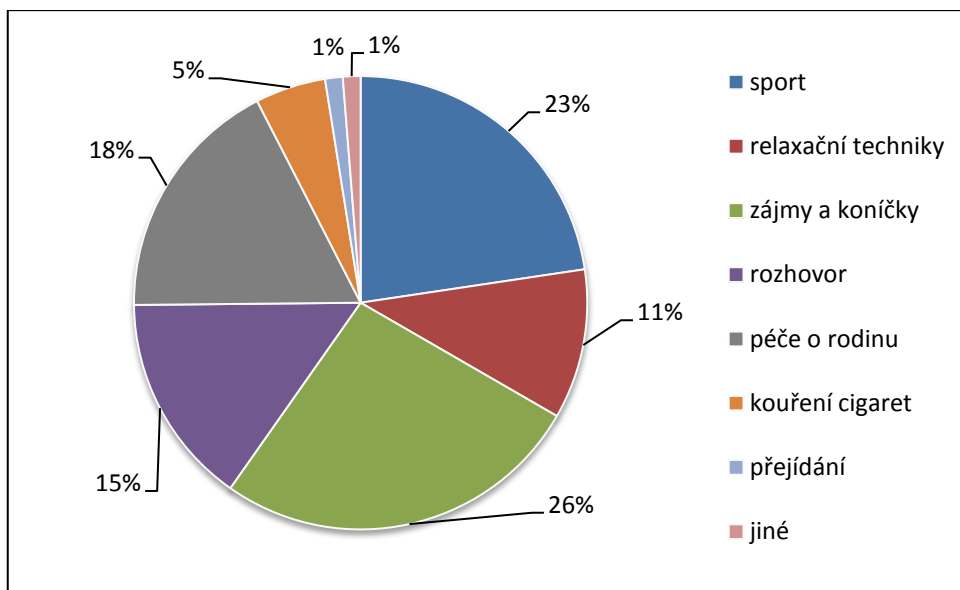
Zde odpovídalo pouze 20 respondentů (100 %), tedy ti kteří považují supervizi za přínos. Dotazovaní zde mohli označit více možností. 6 respondentů (17 %) vidí přínos v rozšiřování dovedností a vědomostí, 8 respondentů (22 %) ve vyřešení konfliktů mezi spolupracovníky, 10 oslovených (28 %) vítá řešení problémů zdravotnické a ošetrovatelské péče, 6 respondentů (17 %) uvedlo zlepšení komunikace mezi zaměstnanci a vedením a pro dalších 6 respondentů (17 %) je přínosem lepší zvládnání emocionálně náročných situací. Nikdo z respondentů nevyužil možnost napsat jiný, vlastní přínos supervize. Viz. obrázek č. 15.



Obrázek 15 Graf zobrazující přínosnost supervizí.

OTÁZKA č. 12: Jak se nejčastěji zbavujete pocitu únavy, stavu psychického, fyzického i emocionálního vyčerpání a stresu?

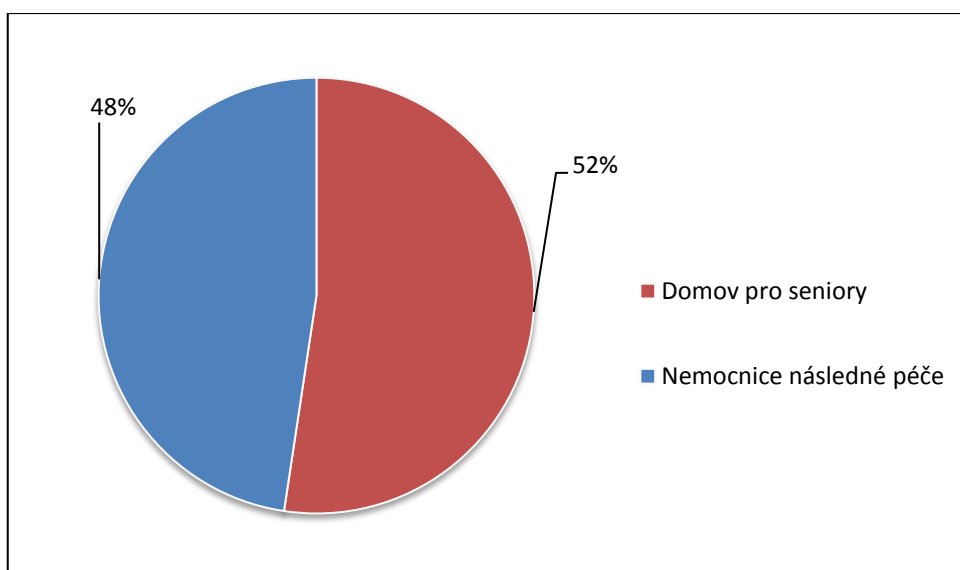
V následujícím grafu jsou uvedeny nejčastější způsoby zvládnání vyčerpání a stresu. Respondenti mohli uvést více možností. 36 respondentů (23 %) využívá sport, 17 respondentů (11 %) relaxační techniky, 42 respondentů (26 %) se zaměřuje na své zájmy a koníčky, 24 respondentů (15 %) vybralo rozhovor, 28 oslovených (18 %) pečuje o rodinu, 8 respondentů (5 %) kouří cigarety, 2 respondenti (1 %) se přejíždají a 2 respondenti využili možnosti jiné a uvedli: procházku v přírodě a přátelé. Viz. obrázek č. 16.



Obrázek 16 Graf znázorňující metody zvládnání stresu a vyčerpání.

OTÁZKA č. 13: Jaké je Vaše pracoviště?

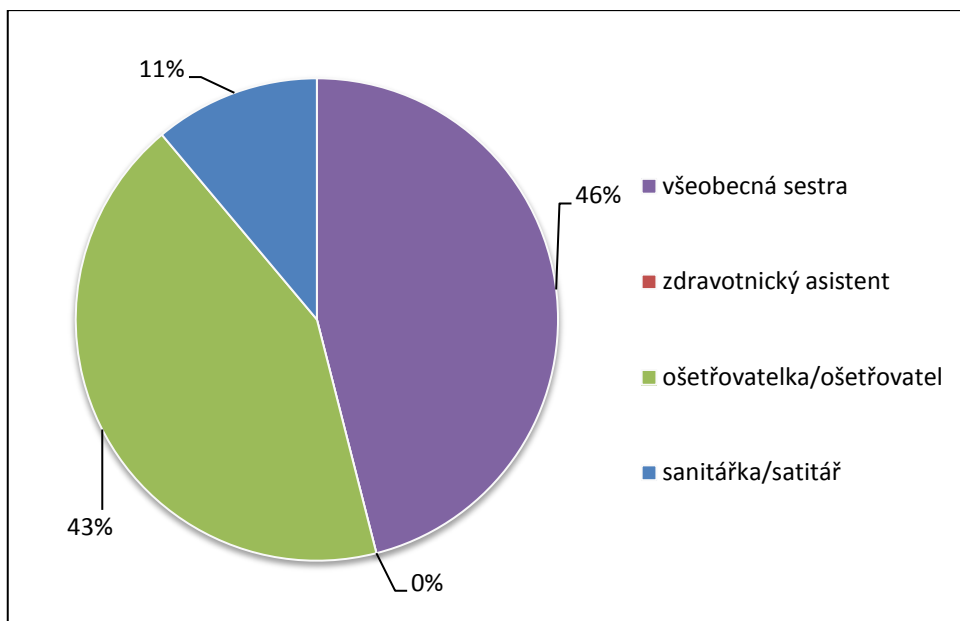
Z celkového počtu 63 oslovených (100 %) pracuje v domově pro seniory 33 respondentů (52 %) a 30 respondentů (48%) v nemocnici následné péče. Viz. obrázek č. 17.



Obrázek 17 Graf zobrazující pracoviště respondentů.

OTÁZKA č. 14: Jaká je Vaše pracovní pozice?

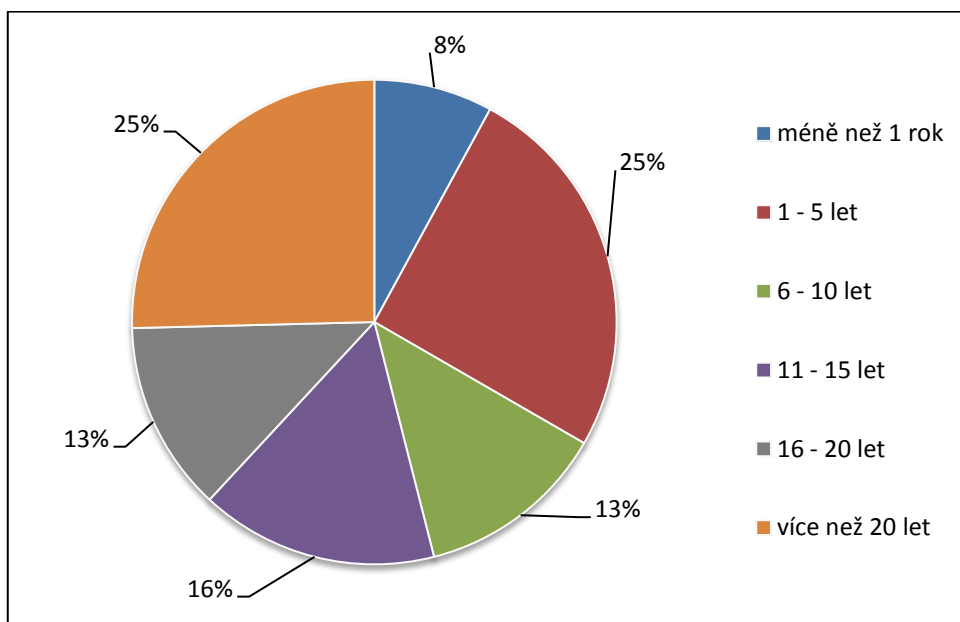
Na grafu níže je zobrazeno rozložení pracovních pozic oslovených respondentů. Na pozici všeobecné sestry je 29 respondentů (46 %), pozici zdravotnického asistenta nemá nikdo z oslovených, pozici ošetřovatelka/ošetřovatel má 27 respondentů (43 %) a pozici sanitářky/sanitáře zaujímá 7 respondentů (11 %). Viz. obrázek č. 18.



Obrázek 18 Graf rozložení pracovních pozic respondentů.

OTÁZKA č. 15: Jak dlouho pracujete v oboru zdravotnictví?

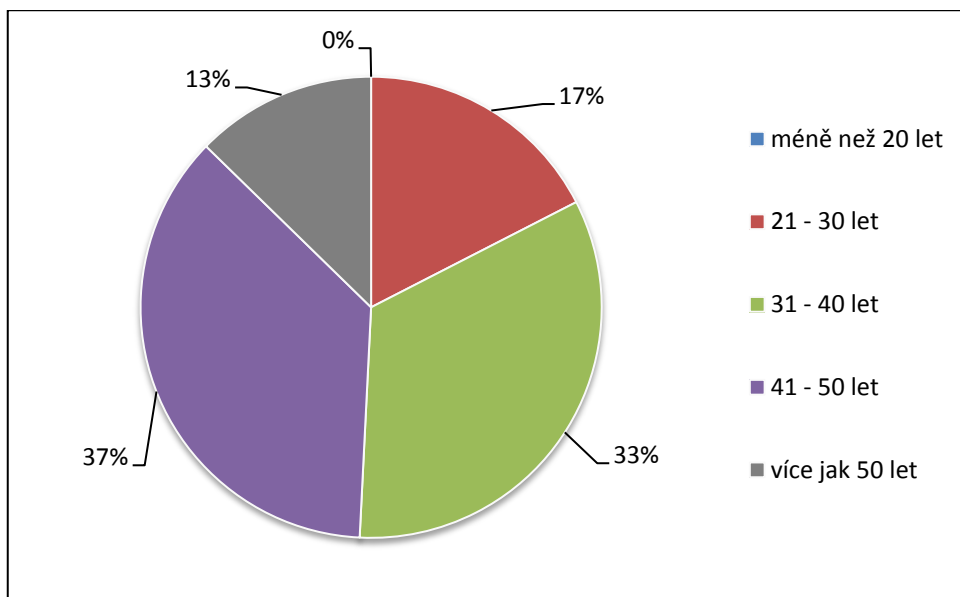
5 respondentů (8 %) pracuje ve zdravotnictví méně než rok, 16 respondentů (25 %) 1-5 let, 8 respondentů (13 %) 6-10 let, 10 respondentů (16 %) 11-15 let, 8 respondentů (13 %) 16-20 let a 16 respondentů (25 %) pracuje ve zdravotnictví více jak 20 let. Průměrná délka pracovního poměru u respondentů je 14 let. Viz. obrázek č. 19.



Obrázek 19 Graf znázorňující délku pracovního poměru v oboru zdravotnictví.

OTÁZKA č. 16: Kolik je Vám let?

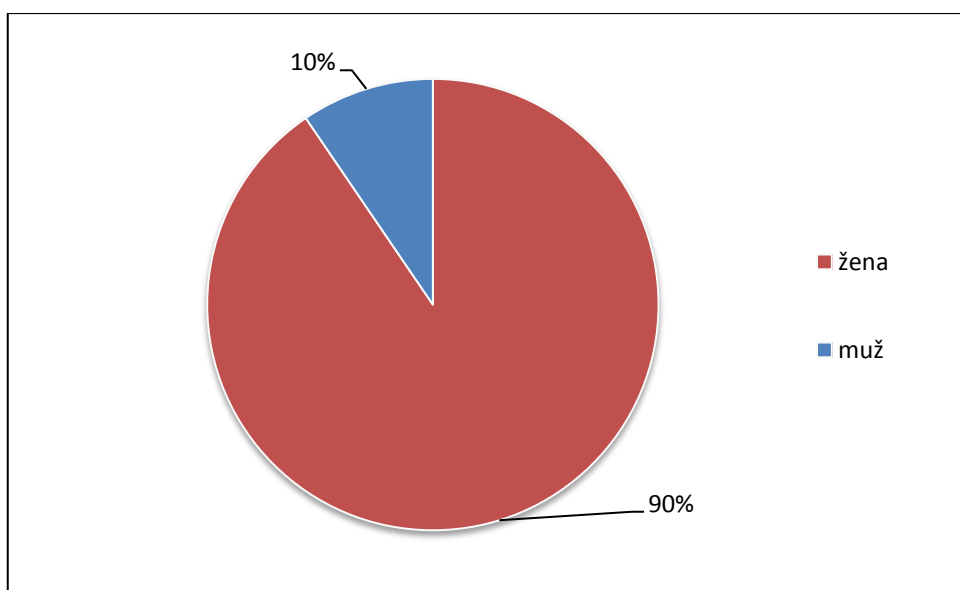
V následujícím grafu lze vidět věkové rozložení respondentů. Nikomu z oslovených nebylo méně než 20 let, 11 respondentů (17 %) bylo ve věku 21-30 let, 21 respondentů (33 %) uvedlo věk 31-40, 23 respondentů (37 %) bylo ve věku 41-50 let a 8mi respondentům (13 %) bylo více jak 50 let. Průměrný věk respondentů je 40 let. Viz. obrázek č. 20.



Obrázek 20 Graf zachycující věkové rozložení respondentů.

OTÁZKA č. 17: Vaše pohlaví?

Z celkového počtu 63 dotazovaných (100 %) je 57 respondentů (90 %) žen a 6 respondentů (10 %) mužů. Viz. obrázek č. 21.



Obrázek 21 Graf znázorňující pohlaví respondentů.

9 Diskuze

V této kapitole bych chtěla shrnout zjištěné výsledky a nové poznatky, které jsem během výzkumného šetření zjistila a odpovědět si na položené výzkumné otázky.

Dotazník byl určen pro pracovníky v dlouhodobé péči. Na konci dotazníku bylo 5 identifikačních otázek, díky kterým bylo zjištěno, že 52 % oslovených respondentů pracuje v Domově pro seniory a 48 % respondentů v Nemocnici následné péče. Nejčastěji dotazník vyplňovali pracovníci na pozici všeobecné sestry a ošetřovatelky/ošetřovatele. Průměrná délka pracovního poměru byla 14 let. Výzkumu se zúčastnilo 57 žen a 6 mužů ve věkovém průměru 40 let.

Výzkumná otázka č. 1: Bude četnost respondentů se syndromem vyhoření nadpoloviční?

Pro vyhodnocení této výzkumné otázky mi sloužil dotazník MBI, kde mohu vyhodnotit emocionální vyčerpání, depersonalizaci a míru osobního uspokojení. Podle mého výzkumu je v oblasti emocionálního vyčerpání vyhořelých 7 respondentů (11 %). Vyhořelých respondentů v oblasti depersonalizace je 5 (8 %). Nízkou mírou osobního uspokojení a tedy i vyhořením trpí v mém výzkumném vzorku 21 respondentů (33 %). Při sjednocení jednotlivých podoblastí lze zjistit celkové vyhoření. Z mého výzkumného vzorku netrpí syndromem vyhoření 42 respondentů (65 %), tím pádem je 22 respondentů (35 %) postihnuto vyhořením.

Nejvyšší četnost vyhoření byla v oblasti osobního uspokojení, které se vyskytovalo samostatně nebo v kombinaci s emocionálním vyčerpáním a méně často s depersonalizací. V jednotlivých podoblastech ani v celkovém vyhodnocení nepřesáhl počet vyhořelých nadpoloviční většinu, tedy můžeme říci, že četnost respondentů se syndromem vyhoření není nadpoloviční.

Jirkovská (2013) ve svém výzkumu použila pro zjištění vyhoření též dotazník MBI. Výzkum probíhal na přelomu roku 2012 v domovech pro seniory a účastnilo se ho 30 respondentů. V jejím výzkumném vzorku trpělo vyhořením v oblasti emocionálního vyčerpání 6 %, v mém výzkumu 11 %. V oblasti depersonalizace uvádí 9 % vyhořelých, v mém vzorku je 8 % vyhořelých. Respondenti Jirkovské jsou v 19 % vyhořelí v oblasti osobního uspokojení, v mém vzorku je to 33 %. V porovnání s tímto výzkumem je četnost vyhořelých respondentů v mém výzkumu podstatně vyšší.

Výzkumná otázka č. 2: Bude přibývat respondentů se syndromem vyhoření s přibývajícím délkou pracovního poměru ve zdravotnictví?

Na základě výsledků z dotazníku MBI a otázky týkající se délky pracovního působení v oblasti zdravotnictví jsem zjistila odpověď na druhou výzkumnou otázku. Vzorek respondentů jsem rozdělila do dvou skupin dle délky pracovního poměru. 29 respondentů (46 %) pracuje ve zdravotnictví méně než 10 let, z nich je 12 respondentů (46 %) vyhořelých. Ve vzorku pracovníků působících ve zdravotnictví více jak 10 let je celkem 34 respondentů (54 %) a 10 z nich (29 %) trpí syndromem vyhoření.

Z mého výzkumného vzorku vyplývá, že výskyt syndromu vyhoření v prvních deseti letech působení ve zdravotnickém prostředí je velmi vysoký, v mém výzkumu 46 %. S přibývajícím délkou pracovního poměru četnost respondentů s vyhořením klesá na 29 %. Můžeme tedy tvrdit, že v mém výzkumném souboru s přibývajícím délkou pracovního poměru klesá výskyt syndromu vyhoření.

Výzkum k bakalářské práci Zábajkové (2010) na téma Syndrom vyhoření u zdravotních sester se zabýval podobnou otázkou. Výzkum byl prováděn v roce 2009 na interním, chirurgickém, kožním a neurologickém oddělení a v LDN. Výzkumu se zúčastnilo 50 respondentek. Zábajkové vyšel stejný výsledek a to, že nejčastěji trpí syndromem vyhoření respondenti, kteří pracují ve zdravotnictví méně než 10 let.

Výzkumná otázka č. 3: Probíhá efektivní komunikace mezi vedením a zaměstnanci?

Třetí výzkumná otázka byla vyhodnocena na základě odpovědí respondentů na otázky 2, 3, 4, 5 a 8 ve vytvořeném dotazníku. 78 % respondentů se domnívá, že se vedení zajímá o připomínky a náměty zaměstnanců. V otázce realizace těchto připomínek a námětů 74 % respondentů uvádí, že jsou vedením realizovány. Při řešení konfliktů mezi spolupracovníky uvádí 65 % respondentů, že jsou vedením řešeny rychle, objektivně a účelně. Nejčastěji mají respondenti pocit důvěry a opory ve vrchní sestře, tedy 32 % dotázaných. Ovšem 30% respondentů nemá důvěru a oporu v nikom z managementu pracoviště.

Z dostupných informací vyplývá, že na otázky zaměřené na komunikaci mezi vedením a zaměstnanci odpovídali respondenti v 75 % případů kladně. Na druhou stranu 30 % respondentů nepocituje důvěru či oporu v nikom z vedení. Hodnotila bych, že v zařízeních probíhá efektivní komunikace, ale mělo by dojít ke zlepšení mezilidských vztahů mezi vedením a zaměstnanci.

Výzkumná otázka č. 4: Probíhá v zařízeních pravidelná supervize?

Supervizemi a jejich významem pro zaměstnance a dalšími preventivními a vzdělávacími akcemi se zabývají dotazníkové otázky číslo 9, 10 a 11. Pravidelná supervize je prováděna u 52 % respondentů, tedy ve dvou zkoumaných zařízeních. Ve třetím zařízení, kde supervize není prováděna, polovina zaměstnanců ani netuší, co pojem supervize znamená. 61 % respondentů, u kterých probíhá supervize, pocítuje její přínosnost a to nejčastěji v řešení problémů při ošetrovatelské a zdravotnické péči a řešení konfliktů mezi spolupracovníky. Pro 39 % respondentů nemá prováděná supervize žádný přínos. Další preventivní a vzdělávací akce jsou poskytovány všem dotázaným respondentům. Semináře jsou například na témata: péče o klienta, polohování, péče o seniory, basální stimulace, demence, péče o psychiatrické pacienty, rehabilitace, první pomoc, dechová cvičení, syndrom vyhoření, prevence bolesti zad, jak přežít v ženském kolektivu a další.

Některá zjištěná fakta týkající se supervize jsou velmi zarážející. Supervize je prováděna pouze u 52 % dotázaných, z nichž 39 % ji považuje za nepřínosnou. U zbylých respondentů, u kterých není supervize prováděna 24 % ani neví, co pojem supervize znamená. Dle mého názoru je supervize vhodnou metodou v prevenci syndromu vyhoření, proto by jí zaměstnavatelé měli pravidelně využívat a měla by být zajištěna její dostatečná efektivita. Další preventivní akce a vzdělávací semináře jsou prováděny dostatečně ve všech zařízeních.

V bakalářské práci Miklíkové (2010) byl výzkum zaměřen na význam supervizí pro pracovníky v domovech pro seniory. Výzkum probíhal ve dvou domovech pro seniory a účastnilo se ho 52 respondentů. U všech dotázaných byla prováděna pravidelná supervize. Více jak polovina respondentů udává přínosnost supervize na škále od 1 (nejlepší) do 5 (nejhorší) na úrovni 1 a 2. Jako největší přínosy supervize respondenti uvádí lepší přístup ke kolegům a ke klientům a zlepšení atmosféry na pracovišti. Na rozdíl od mého výzkumu Miklíková uvádí vyšší spokojenost respondentů se supervizí.

Výzkumná otázka č. 5: Jsou kladné vztahy mezi spolupracovníky?

Otázkou vzájemných vztahů mezi kolegy se zabývaly dotazníkové otázky číslo 6 a 7. Na otázku jaké jsou vztahy mezi spolupracovníky, odpovědělo 68 % respondentů, že jsou vztahy dobré. Pouze 2 respondenti vnímají vzájemné vztahy jako špatné a nikdo z dotázaných neoznačil možnost velmi špatných vztahů. Jako nejčastější zdroj konfliktů respondenti uváděli špatnou či odlišnou organizaci práce, špatnou vzájemnou komunikaci, nedostatečnou pracovitost kolegů a v neposlední řadě i špatnou péči o klienta.

Vztahy mezi kolegy a celková atmosféra na pracovišti se výrazným způsobem podílejí na zvládnání stresu a náročných situací. Dobré vztahy na pracovišti posilují týmovou práci a její efektivitu. U mého vzorku respondentů jsou vzájemné vztahy na dobré a výborné úrovni, což je pozitivní zjištění. V každém kolektivu se mohou objevovat konflikty a problémy, proto je důležité být na ně připraven a konstruktivně je řešit.

Petrová (2011) prováděla výzkum v lůžkových zařízeních následné péče ke konci roku 2010. Výzkumu se celkem zúčastnilo 80 respondentů. Jednou z oblastí, kterou zkoumala, byla i oblast vzájemných vztahů na pracovišti. V jejím výzkumu 37,5 % respondentů hodnotí vztahy jako velmi dobré, dalších 25 % uvádí vztahy jako dobré, 27,5 % respondentů má v kolektivu drobné konflikty a 10 % dotázaných si myslí, že vzájemné vztahy jsou zcela nevyhovující. V porovnání s mým výzkumem má výzkumný soubor Petrové horší vzájemné vztahy. Nikdo z mých respondentů neuvádí úroveň vztahů jako velmi špatnou.

Výzkumná otázka č. 6: Jsou nejčastější technikou zvládnání pocitu vyčerpání zájmy a koníčky?

V dotazníku se tímto tématem zabírala otázka číslo 12. Respondenti měli na výběr ze sedmi možností, ale mohli doplnit i jiné používané techniky. Jako nejčastější techniku zvolili respondenti zájmy a koníčky, dále následoval sport, péče o rodinu, rozhovor a relaxační techniky.

Pro jedince pracujícího v takto psychicky a fyzicky náročném prostředí je důležité znát způsoby, které mu přinášejí uvolnění a odreagování. Každý se s vyčerpáním a stresem vyrovnává jinak. Někdo odpočívá pasivně, jiný volí aktivní odpočinek. Je však nutné si na tyto aktivity udělat pravidelně čas a tím předcházet vzniku syndromu vyhoření. V mém výzkumu se respondenti nejčastěji zbavují pocitu únavy, vyčerpání a stresu pomocí svých zájmů a koníčků.

Výzkumná otázka č. 7: Jsou ve zkoumaných zařízeních prováděny preventivní programy proti syndromu vyhoření?

K vypracování této výzkumné otázky byl proveden krátký rozhovor s řediteli zkoumaných zařízení. Byly položeny tyto otázky: **Jsou zaměstnancům poskytovány preventivní semináře, programy či exkurze bojující proti syndromu vyhoření? Pořádá vedení společné akce pro zaměstnance i mimo pracovní dobu a bez zdravotnického zaměření? Dostávají zaměstnanci poukázky či příspěvky na regeneraci?** V každém ze zařízení jsou používány různé způsoby prevence v odlišných intenzitách. V kapitole 6.1 Vyhodnocení rozhovorů jsou shrnuty plusy a mínusy v jednotlivých zařízeních.

Z dostupných dat je těžké posoudit jaké zařízení je na tom v oblasti prevence nejlépe a které naopak. Ve všech zařízeních jsou uskutečňovány určité kroky prevence. V jednotlivých zařízeních ale v odlišných oblastech a různých stupních. V zařízeních, která se účastnila mého výzkumu, se většinou management soustředí na jednu oblast prevence, a tím opomíjejí ostatní oblasti.

10 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo popsat problematiku syndromu vyhoření a zjistit jeho výskyt u pracovníků v dlouhodobé péči. Dále jsem se zajímala o interakci mezi vedením a zaměstnanci a o vzájemné vztahy mezi kolegy. Dalším cílem práce bylo zjistit míru preventivních opatření proti syndromu vyhoření ve zkoumaných zařízeních. Konkrétně bylo zkoumáno provádění a přínosnost supervizí, zajištění dalších vzdělávacích a preventivních seminářů a poskytování příspěvků na regeneraci pro zaměstnance.

Z mého výzkumu vyplývá, že častěji trpí syndromem vyhoření lidé, kteří pracují ve zdravotnictví méně než 10 let. Proto by se na ně management organizace měl zaměřit a zajistit jim dostatek času a prostoru pro zapracování. Dále by měli mít dostatek informací o chodu zařízení a organizaci práce v něm. Celkově četnost respondentů se syndromem vyhoření nepřesáhla nadpoloviční většinu. Ve všech zkoumaných zařízeních jsou prováděny preventivní a vzdělávací akce pro personál. Pravidelné supervize jsou prováděny pouze u poloviny respondentů. Alarmující zjištění bylo, že čtvrtina z celkového počtu oslovených neví, co pojem supervize znamená. V tomto směru by mělo dojít k větší osvětě mezi vedoucími pracovníky a supervizi by mělo podstupovat každé zařízení s dlouhodobou péčí. Dále by se zaměstnavatelé měli více zaměřit na péči o personál, ne pouze na péči o své klienty. Jestliže bude péče o zaměstnance kvalitní, bude kvalitní i následná péče o klienty. V tomto směru může zaměstnavatel podniknout například společné výlety či posezení mimo pracovní dobu nebo přispívat na regenerační aktivity personálu.

Tento výzkum mi přinesl mnoho nových poznatků, které jistě využiji v mém budoucím povolání. Jistě by byl přínosem i pro management a personál v zařízeních s dlouhodobou péčí. Výsledky mé práce byly zaslány managementu zařízení, kde výzkum probíhal. Z průzkumu vyplývá, že v zařízeních probíhají preventivní programy a vedení se snaží v rámci svých možností podporovat vědomosti a dovednosti zaměstnanců. Pro zlepšení efektivity preventivních programů by se na ně mělo pohlížet globálně a ne se zaměřit pouze na jednu oblast prevence.

Jak jsem již avizovala, osob, které potřebují dlouhodobou péči přibývá a přibývat nadále bude. Proto bude stoupat i počet pracovníků v této oblasti a nároky na ně. Z toho důvodu je nutné důkladně edukovat zaměstnavatele o možnostech, které mají k dispozici k eliminaci vzniku syndromu vyhoření u svých zaměstnanců.

Bibliografická citace

Knihy:

1. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006, 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
2. BEDRNOVÁ, Eva a kol. *Management osobního rozvoje*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2009, 360 s. ISBN 978-80-7261-198-0.
3. HAWKINS, Peter a Robin SHOHEET. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 208 s. ISBN 80-7178-715-9.
4. KADUSHIN, Alfred a Daniel HARKNESS. *Supervision in social work*. 4th ed. New York: Columbia University Press, 2002, 576 s. ISBN 02-311-2094-X.
5. KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 23 s. ISBN 80-7071-231-7.
6. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 1998, 136 s. ISBN 80-7169-551-3.
7. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
8. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
9. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
10. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum ve zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: UP Olomouc, 2008, 124 s. ISBN 978-80-244-1877-3.
11. LEITER, Michael and Christina MASLACH. *The truth about burnout*. 1st ed. Wiley, 1997, 200 s. ISBN 9780787908744.
12. MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, 384 s. ISBN 978-80-7367-502-8.
13. MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984, 208 s. ISBN 14-400-84.

14. NOVÁK, Tomáš. *Péče o pečující*. 1. vyd. Brno: Moravský kruh, 2011, 88 s. ISBN 978-80-254-9149-2.
15. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské osobnosti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.
16. SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 240 s. ISBN 987-80-7367-369-7.
17. SLEZÁČKOVÁ, Alena. *Průvodce pozitivní psychologií*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012, 304 s. ISBN 978-80-247-3507-8.
18. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
19. ŠVINGALOVÁ, Dana. *Stres a vyhoření u profesionálů pracujících s lidmi*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006, 82 s. ISBN 80-7372-105-8.
20. VÁVROVÁ, Soňa. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012, 160 s. ISBN 978-80-262-0087-1.
21. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
22. VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sestry v nouzi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

Elektronické zdroje:

1. BURGEROVÁ, Michaela. Syndrom vyhoření u personálu LDN. *Zdravotnické noviny* [online]. 20. 9. 2010 [cit. 2013-02-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/syndrom-vyhoreni-u-personalu-ldn-454420>.
2. BLATNICKÁ, Jindra a Jana NOVOTNÁ. Syndrom vyhoření trochu jinak. *Sestra* [online]. 18. 3. 2013 [cit. 2013-04-05]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/syndrom-vyhoreni-trochu-jinak-469520>.
3. HOLMEROVÁ, Iva a Monika VÁLKOVÁ. Východiska dlouhodobé péče. *Lékařské listy* [online]. 2. 11. 2009 [cit. 2013-04-25]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/vychodiska-dlouhodob-pece-447831>.

4. KLUSÁKOVÁ, Petra. Dlouhodobá péče v ČR. *Zdravotnické noviny* [online]. 13. 8. 2012 [cit. 2013-04-25]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/dlouhodobba-pece-v-cr-465869>.
5. MPSV. Dlouhodobá péče – pojem známý, nebo neznámý?. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 19. 11. 2010 [cit. 2013-04-27]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9860>.
6. KLEVETOVÁ, Dana. Supervize jako prevence syndromu vyhoření. *Sestra* [online]. 10. 10. 2011 [cit. 2013-01-12]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/supervize-jako-prevence-syndromu-vyhoreni-461758>.

Závěrečné VŠ práce:

1. JIRKOVSKÁ, Martina. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků v domovech pro seniory*. Olomouc, 2013. 78 s. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.
2. MIKLÍKOVÁ, Radka. *Význam supervize pro pracovníky v sociálních službách v domovech pro seniory*. Zlín, 2010. 76 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
3. PETROVÁ, Martina. *Psychická zátěž v paliativní péči – syndrom vyhoření*. Pardubice, 2011. 95 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce MUDr. Ivo Bureš
4. ZÁBOJNÍKOVÁ, Zuzana. *Syndrom vyhoření u zdravotních sester*. Zlín, 2010. 93 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce doc. PhDr. Ing. Josef Konečný, CSc.

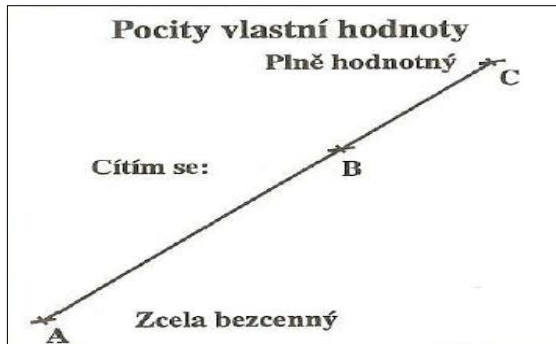
Seznam příloh

A. Obrázky a graf k teoretické části	52
B. Orientační dotazník.....	53
C. Dotazník MB	55
D. Dotazník MBI.....	56
E. Autogenní trénink dle Schultze	57
F. Vlastní dotazník.....	59

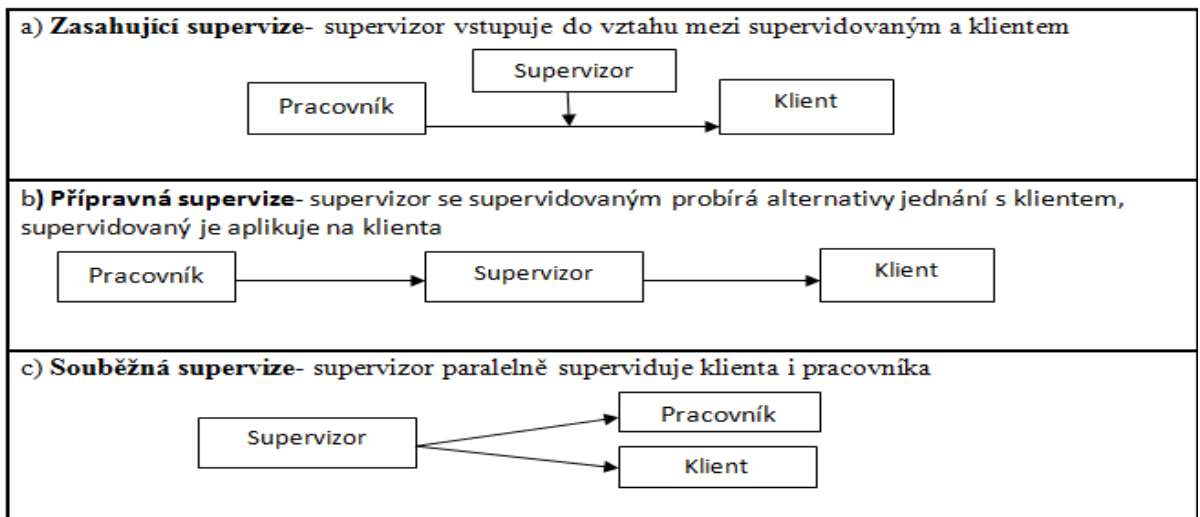
Příloha A

Obrázky a graf k teoretické části

Na obrázku níže je zobrazen sémantický diferenciál, který je součástí diagnostiky syndromu vyhoření. (Křivohlavý, 1998, s. 41)



Na dalším obrázku jsou znázorněny modely supervizní intervence mezi pracovníkem, supervizorem a klientem dle Munsona. (Matoušek a kol., 2008, s. 353)



V této tabulce je zachycen scénář vývoje počtu lidí potřebující dlouhodobou péči v ČR v letech 2007 a 2060. (MPVS, 2010)

Počet lidí v ČR potřebující dlouhodobou péči v roce 2007 a 2060								
celkový počet nesoběstačných seniorů			senioři v ústavní péči		senioři v domácí péči		senioři nevyžadujících péči	
rok	2007	2060	2007	2060	2007	2060	2007	2060
počet seniorů	258 000	687 000	51 000	155 000	73 000	199 000	133 000	333 000

Příloha B

Orientační dotazník

Autoři Dno Hawkins, Frank Minirth, Paul Maier, Chris Thursman. Dotazník se skládá z 24 otázek, na které jedinec odpovídá „ano“ nebo „ne“. V případě, že většina odpovědí je „ano“ nasvědčuje to možné přítomnosti syndromu vyhoření.

1. Čím dál více poznávám, že se nemohu dočkat konce pracovní doby, abych mohl práci opustit a jít domů.
2. Zdá se mi, že v poslední době nic nedělám tak dobře, jak to dělat mám.
3. Snadněji nyní ztrácím klid, nežli jsem ho ztrácel dříve.
4. Častěji myslím na to, změnit práci (pracoviště, zaměstnání atp.)
5. V poslední době jsem stále cyničtější a mám negativnější postoj ke všemu, co se děje.
6. Mám stále častěji bolesti hlavy nebo bolesti hlavy nyní trvají déle. Mám bolesti v kříži nebo jiné tělesné příznaky toho, že mi není dobře.
7. Často se mi zdá, že nikomu kolem mne o nic nejde a cítím se beznadějně.
8. Častěji se nyní napijím alkoholu, aby mi bylo lépe a (nebo) beru si prášky na spaní či „na dobře“ či na uklidnění, abych zvládl každodenní drobné stresové situace.
9. Zdá se mi, že již nemám tolik nadšení a energie, kolik jsem dříve měl. Cítím se stále unaven a vyčerpan.
10. Cítím nyní příliš velkou odpovědnost, tlak a napětí v práci.
11. Má paměť již není taková, jaká dříve byla.
12. Nejsem schopný soustředit se na práci, jako jsem se dříve na práci soustředil.
13. Moc dobře nespím.
14. Má chuť k jídlu se v poslední době zhoršila nebo naopak zdá se mi, že nyní jím více, nežli jsem dříve jedl.
15. Cítím, že jsem ztratil iluze – pocítuji nedostatek něčeho, pro co bych se mohl nadchnout.
16. V práci mi to nyní tak moc nejde jako dříve. Nedá se to dělat co nejlíp, jak jsem byl zvyklý a nedá se toho udělat co nejvíce.

17. Cítím se jako „chyby v úkolu“, když myslím na to, co v práci (zaměstnání) dělám. Zdá se mi, že vše, co tam dělám, za moc (za nic) nestojí.
18. Obtížněji, nežli tomu bylo dříve, se mi dělá jakékoliv rozhodnutí (těžko se rozhoduji).
19. Zjišťuji, že v práci toho udělám nyní méně, nežli jsem toho udělal dříve. Zjišťuji i to, že to, co nyní dělám, nedělám tak dobře, jak jsem to dělal dříve.
20. Často se ptám sám sebe: „Co se namáháš? Vždyť to všechno je přece k ničemu“.
21. Zdá se mi, že nejsem moc ceněn a odměňován za vše, co jsem udělal.
22. Cítím se bezmocný a nevím, jak se dostat z problémů, které mám.
23. Lidé mi říkají, že s ohledem na práci, kterou dělám, jsem v jádru idealista (snažím se dosáhnout něčeho, co neexistuje).
24. Domnívám se, že má kariéra dosáhla mrtvého bodu.

(Křivohlavý, 1998)

Příloha C

Dotazník MB

Autoři Ayale Pinesova a Elliot Aronson. Dotazník má 21 otázek, které se zabývají pocity a zkušenostmi jedince. Ke každé otázce se přiřadí číslo ze stupnice na základě četnosti výskytu daného pocitu.

Stupnice četnosti:	7- vždy	3- zřídka kdy
	6- obvykle	2- jednou za čas
	5- často	1- nikdy
	4- někdy	

1. Byl/a jsem unaven/á.
2. Byl/a jsem v depresi (tísni).
3. Prožíval/a jsem krásný den.
4. Byl/a jsem tělesně vyčerpán/a.
5. Byl/a jsem citově vyčerpán/a.
6. Byl/a jsem šťasten/šťastná.
7. Cítil/a jsem se vyřízen/á (zničen/á).
8. Nemohl/a jsem se vzchopit a pokračovat dále.
9. Byl/a jsem nešťastný/á.
10. Cítil/a jsem se uhoněn/á a utahán/a.
11. Cítil/a jsem se jak by uvězněn/a v pasti.
12. Cítil/a jsem se jako bych byl/a nula (bezcenný/á).
13. Cítil/a jsem se utrápen/á.
14. Tížily mne starosti.
15. Cítil/a jsem se zklamán/a a rozčarován/a.
16. Byl/a jsem slab/slabá a na nejlepší cestě k onemocnění.
17. Cítil/a jsem se beznadějně.
18. Cítil/a jsem se odmítnut/á a odstrčen/á.
19. Cítil/a jsem se pln/a optimismu.
20. Cítil/a jsem se pln/a energie.
21. Byl/a jsem pln/a úzkostí a obav.

(Křivohlavý, 1998)

Příloha D

Dotazník MBI

Autorky Christina Maslach a Susane E. Jakson. Českou verzi dotazníku přeložila Iva Šolcová. Dotazník se zaměřuje na složky: emocionální vyčerpání (emotional exhaustion- EE), depersonalizaci (DP) a snížený pracovní výkon (personal accomplishment- PA). Dotazník má celkem 22 otázek, na kterých hodnotíme častost výskytu nebo sílu intenzity prožitku. Lze vyhodnotit jednotlivé složky zvlášť.

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

(Křivohlavý, 1998)

Příloha E

Autogenní trénink dle Schultze

Profesor J. H. Schultz pojal systém relaxačních technik z širšího pohledu. Připojil k technikám relaxace uvolňování svalového napětí, autosugestivní navozování představ a kontrolu pravidelného dýchání. Autogenní trénink je vhodné využít v případech nervového napětí, u poruch koncentrace a spánku, při stavech úzkosti a podrážděnosti. Díky této relaxaci dochází k uvolnění svalů, zlepšení koncentrace, tlumení bolesti a zdokonalení sebekontroly.

Vhodná poloha: Polohu zaujímáme na začátku cvičení. Nejvhodnější je poloha v leže na zádech. Je možné zaujmout i polohu vsedě s opřenými zády nebo polohu na boku či ve stoje.

Základních šest fází cvičení:

0. Pravá ruka je uvolněná, zcela uvolněná, levá ruka je uvolněná.
1. Pravá ruka je těžká, zcela těžká – levá ruka je zcela těžká.
2. Pravá ruka je teplá, levá ruka je teplá.
3. Dýchá mi to klidně a pravidelně.
4. Srdce mi tluče klidně a pravidelně.
5. V břiše se mi rozlévá teplo.
6. Hlava je příjemně chladná.



Poznámky k jednotlivým cvičením:

0. Pravá ruka je uvolněná, zcela uvolněná, levá ruka je uvolněná.

Je dobré se nejen soustředit na uváděnou končetinu, ale i s ní mírně pohnout, abychom si ji lépe uvědomili. Případně s ní můžeme i mírně pohnout (sem-tam zaklepat jako to dělají atleti před během). Na konci této prověrky je vhodné říkat si v duchu „jsem klidný, jsem naprosto klidný, jsem zcela klidný.“

1. Pravá ruka je těžká, zcela těžká – levá ruka je těžká, zcela těžká.

Představa tíže, která navazuje na představu uvolnění všech končetinových svalů prohlubuje dále celkový pocit uklidnění.

2. Pravá ruka je teplá, levá ruka je teplá.

Jak ukazují systematické výzkumy prováděné pletysmografem nebo přístrojem registrujícím biofeedback, je cílem této autosugesce, která je zaměřena na rozšíření cév v dané končetině, zvýšit povrchovou teplotu o jeden stupeň Celsiovy stupnice. Prohloubení zde pomáhá např. představa šíření teploty od ramene k lokti a dále až do dlaní a prstů – jako tomu je např. ve sprše, kdy hlavicí sprchy tímto postupem ruku teplou vodou zahříváme. Někomu pomáhá představa teplých kamen. Délka každého cvičení je dána spíše dosažením pocitu příjemného tepla v dané končetině, nežli stanovením počítání minut tohoto mentálního soustředění.

3. Dýchá mi to klidně a pravidelně.

Je třeba toto zamyšlení formulovat pozitivně, avšak nesoustředit pozornost na sama sebe. Tedy ne „já dýchám klidně a pravidelně“, ale „*Ono mi to dýchá*“ – jak říká profesor Schultz „*Es atmet...*“ Někomu pomáhá představa houpání loďky na vlnách klidného moře. Jinému pomáhá sledování pohybů hrudníku, který se pomalu zvedá a klesá.

4. Srdce mi tluče klidně a pravidelně.

I při tomto cvičení je třeba vyvarovat se myšlenky, že aktérem jsem já, který cvičím. I zde je to tělo, kdo je aktérem – „*Srdce – ono mi tluče klidně a pravidelně.*“ Jde hlavně o to uvědomit si činnost vlastního srdce. Někomu přitom pomáhá položit si při tomto cviku pravou ruku na oblast, pod níž srdce tluče, jiný „slyší“ tlukot srdce (prožívá zážitek pulzace srdce), třetí si klade ruku na tepnu na krku apod. Nejde zde o řízení frekvence tepů – jen o její sledování. Vhodnější je radovat se z toho, že nám srdce pracuje.



5. V břiše se mi rozlévá teplo.

Napětí, které prožíváme, se často dostane až do našich vnitřních orgánů. Proto jim je třeba věnovat při cvičení pozornost. Jak? Tím, že se soustředíme v duchu na největší uzel vegetativních nervů v dané oblasti, tj. na solar plexus. Profesor Míček upřesňuje, kde se solar plexus nachází: „*Uprostřed mezi dolním koncem hrudní kosti a pupkem, tedy v horní polovině těla.*“ (Míček, 1984). Zároveň dodává, že někomu pomáhá představa slunění (opalování), kde do odkryté oblasti solárního plexu „pálí“ sluníčko a tato oblast se přitom příjemně uklidňuje a ohřívá.

6. Hlava je příjemně chladná.

Narozdíl od končetin, které jsou všechny relativně teplé a oblasti břicha, kde se teplo též rozlévá, je třeba pozvolna navozovat protikladný pocit mírného chladu a poté ho i cítit v oblasti hlavy (v první řadě čela). Nejde však o násilnou představu chladu (zimy), ale o příjemný pocit chladu – asi jako když na rozbolavělou hlavu vane vánek nebo když vám někdo, koho máte rádi dá dlouhé políbení na čelo.

Ukončení autogenního relaxačního tréninku

Při cvičení se dostáváme často do hlubších sfér duševního klidu. Podobně jako se nemá potápěč rychle vynořovat z hloubky moře, kam se dostal, ale pozvolna vystoupat na hladinu, stejně tak by tomu mělo být i při ukončení relaxačního cvičení Schultzova typu. Autor hovoří přímo o „odvolání“ stavu, do kterého jsme se dostali. Tam, kde se cvičení provádí pod vedením trenéra, se můžeme setkat s tím, že podá nejprve instrukci typu „*Dosáhli jsme největší hloubky vnitřního klidu.*“

Nyní se budeme z této hloubky vynořovat, a to tím způsobem, že já budu počítat zpátky od deseti do jedné. Při každém nižším čísle se váš stav přiblíží o krok k normálnímu bdění. Při vyslovení číslice jedna otevřete oči, podívejte se kolem sebe. Koho uvidíte, na toho se usmějte, protáhněte všechny údy a zhluboka se nadechněte a vydechněte.“

Do určité míry obdobný postup se doporučuje všude tam, kde cvičení provádíme sami.

Je možné cvičit pod vedením trenéra nebo individuálně.

Je možné při nácviku relaxace provádět jednotlivé fáze zvlášť pro lepší osvojení nebo lze cvičit celý autogenní trénink již od začátku.

(Křivohlavý, 2010)

Příloha F

Vlastní dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Pavlína Morávková a studuji na Univerzitě Pardubice obor Všeobecná sestra. Nyní vypracovávám závěrečnou bakalářskou práci na téma **Syndrom vyhoření u pracovníků v dlouhodobé péči**. Chtěla bych Vás tedy požádat o vyplnění mého dotazníku, který je klíčový pro výzkumnou část mé práce.

Dotazník je anonymní a veškeré informace budou sloužit pouze pro účel mé bakalářské práce. Vyplnění dotazníku je dobrovolné.

V první části dotazníku přiřazujte k danému tvrzení čísla z hodnotící stupnice.

V druhé části dotazníku vyhovující odpověď zakroužkujte.

Žádám Vás o zřetelné označení všech odpovědí.

Po vyplnění vložte dotazník do připravené obálky a vhod'te do označeného boxu.

Velice Vám děkuji za Váš čas a ochotu spolupráce.

Morávková Pavlína

I. ČÁST

V této části dotazníku doplňte do vyznačených políček ke každému tvrzení číslo (0-6) ze stupnice četnosti výskytu pocitu.

0- nikdy

1- několikrát za rok nebo méně

2- jednou měsíčně nebo méně

3- několikrát za měsíc

4- jednou týdně

5- několikrát týdně

6- každý den

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

II. ČÁST

V této části vyhovující odpovědi kroužkujte, je-li označeno, lze napsat odpověď slovy.

1. Myslíte si, že v současné době trpíte syndromem vyhoření? (= dlouhodobý stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání v důsledku pracovního neuspokojení)
 - a) ano
 - b) ne

2. Zajímají vedení Vaše připomínky a náměty ke zlepšení pracovního prostředí a efektivity práce?
 - a) ano
 - b) ne
 - c) žádné připomínky a náměty nemám

3. Realizuje vedení Vaše nápady a náměty ke zlepšení pracovního prostředí a efektivity práce?
 - a) ano určitě
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne

4. Dostáváte dostatek informací od managementu o vývoji a změnách, které se Vás týkají?
 - a) ano určitě
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne

5. Ke komu z uvedených máte největší pocit důvěry a opory?
 - a) staniční sestra
 - b) vrchní sestra
 - c) ředitel
 - d) v nikom

6. Jaké jsou Vaše vztahy se spolupracovníky?
 - a) výborné
 - b) dobré
 - c) dostačující
 - d) špatné
 - e) velmi špatné

7. Co bývá nejčastějším zdrojem konfliktu mezi Vámi a kolegou? (možno více odpovědí)
 - a) špatná komunikace
 - b) špatná či odlišná organizace práce
 - c) špatná péče o klienta
 - d) nedostatek odborných znalostí
 - e) nedostatečná pracovitost
 - f) jiné:.....

8. Jsou konflikty mezi spolupracovníky řešeny vedením rychle, objektivně a účelně?
 - a) ano vždy
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne

