

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Syndrom vyhoření na odděleních následné a dlouhodobé intenzivní péče

Bronislava Kolembusová

Bakalářská práce

2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bronislava Kolembusová**
Osobní číslo: **Z13193**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Syndrom vyhoření u pracovníků na odděleních následné
a dlouhodobé intenzivní péče**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

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

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

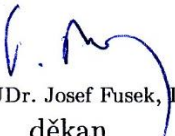
Seznam odborné literatury:

1. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006, 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
2. VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. Sestry v nouzi, Syndrom vyhoření, mobbing, bossing. 1. vyd. Grada Publishing, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
3. STOCK, Christian. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
4. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Sestra a stres. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
5. VÁVROVÁ, Soňa. Doprovázení v pomáhajících profesích. 1. vyd. Praha: Portál, 2012, 160 s. ISBN 978-80-262-0087-1.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Kristýna Šoukalová
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2014

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2017


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2017

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci 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 9.5. 2017

Bronislava Kolembusová

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych velmi ráda poděkovala za odborné vedení a cenné rady vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Kristýně Šoukalové. Děkuji za čas, který mi věnovala při konzultacích a její ochotu mi pomoci. Dále děkuji vedení zařízení za umožnění dotazníkového šetření a všem respondentům za jejich čas, vstřícnost a spolupráci. Rovněž děkuji svému manželovi, dětem a rodině za jejich trpělivost a nesmírnou podporu při mém studiu.

ANOTACE

Tato práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření u nelékařských pracovníků na lůžkových odděleních zdravotnických zařízení s dlouhodobou a následní intenzivní péčí. V teoretické části práce je představen syndrom vyhoření v souvislostech jeho objevení se v psychologické teorii i praxi, jeho rizikové faktory a profese, které jsou tímto syndromem nejvíce ohroženy, a také možnosti jeho prevence, diagnostiky a léčby, jakož i fáze jeho průběhu. V praktické části jsou pak vyhodnocena data z kvalitativního a kvantitativního výzkumu uskutečněného ve čtyřech zdravotnických zařízeních formou standardizovaného dotazníku MBI, dotazníku vlastní tvorby a rozhovoru s členy managementu (vrchními sestrami) těchto zařízení.

KLÍČOVÁ SLOVA

syndrom vyhoření, stres, psychologie, zdravotnictví, nelékařský zdravotnický personál

TITLE

Burnout Syndrome Among Non-doctoral Medical Staff on Wards with Long-term and Intensive Care Facilities

ANNOTATION

This thesis deals with burnout syndrome among non-doctoral medical staff on wards with long-term and intensive care facilities. The theoretical part introduces burnout syndrome in the context of its emergence in psychological theory and practice, its risk factors and the professions that are most vulnerable to this syndrome, as well as possibilities for its prevention, diagnosis, and treatment, and individual stages of its progress. The practical part entails an analysis of data from qualitative and quantitative research conducted at four medical facilities in the form of a standardized MBI survey, a survey created by the author, and interviews with members of management (head nurses) of these facilities.

KEYWORDS

burnout syndrome, stress, psychology, healthcare, non-doctoral medical staff

OBSAH

SEZNAM ILUSTRACÍ	9
SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD	12
I. TEORETICKÁ ČÁST	13
1. Syndrom vyhoření.....	13
1.1 Definice syndromu vyhoření	13
1.2 Syndrom vyhoření z pohledu lékařství.....	15
1.3 Rizikové profese	16
2. Příznaky, fáze a rizikové faktory syndromu vyhoření	17
2.1 Fáze syndromu vyhoření	17
2.2 Příznaky syndromu vyhoření.....	18
2.3 Rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření	19
2.4 Problémy v pracovním soužití – mobbing, bossing.	21
3. Diagnostika, léčba a prevence syndromu vyhoření	23
3.1 Diagnostika syndromu vyhoření.....	23
3.2 Léčba syndromu vyhoření	24
3.3 Odborná léčba.....	24
3.4 Prevence syndromu vyhoření	26
4. Syndrom vyhoření u pracovníků pracujících na lůžkových odděleních zdravotnických zařízení.....	29
5. Následná intenzivní péče a dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče	31
5.1 Následná intenzivní péče	31
5.2 Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče	32
II. PRAKTICKÁ ČÁST	34
6. Cíle praktické části.....	34

7. Metodika výzkumu	35
7.1 Charakteristika použitých dotazníků	35
7.2 Charakteristika zkoumaných zařízení.....	35
7.3 Kvantitativní výzkum	36
7.4 Kvalitativní výzkum	37
8. Kvalitativní část výzkumu	38
8.1 Rozhovory	38
8.2 Vyhodnocení rozhovorů	41
8.3 Souhrn výsledků provedených rozhovorů	42
9. Kvantitativní část výzkumu	44
9.1 Dotazník MBI.....	44
9.2 Dotazník vlastní tvorby	49
10. Diskuse.....	65
ZÁVĚR	72
POUŽITÁ LITERATURA	73
PŘÍLOHY	77
Příloha A – Dotazník MB	77
Příloha B – Dotazník MBI	78
Příloha C – Dotazník vlastní konstrukce	79

SEZNAM ILUSTRACÍ

Obrázek 1 Graf zobrazující stupeň vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání.....	46
Obrázek 2 Graf zobrazující stupeň vyhoření v oblasti depersonalizace.....	47
Obrázek 3 Graf zobrazující stupeň vyhoření v oblasti osobního uspokojení.....	48
Obrázek 4 Graf zachycující odpověď na otázku Můžete se s pracovním problémem obrátit na kolegyně či kolegy nebo na své přímé nadřízené?.....	49
Obrázek 5 Graf zachycující odpověď na otázku Využíváte k prevenci vzniku syndromu vyhoření fyzickou činnost?	50
Obrázek 6 Graf zachycující fyzickou činnost využívanou k prevenci vzniku syndromu vyhoření	51
Obrázek 7 Graf zachycující odpověď na otázku Využíváte k prevenci vzniku syndromu vyhoření duševní činnost?	52
Obrázek 8 Graf zachycující duševní činnost využívanou k prevenci vzniku syndromu vyhoření	53
Obrázek 9 Graf zachycující odpověď na otázku Vyhledáváte, nebo jste v minulosti vyhledala k řešení syndromu vyhoření odbornou pomoc?.....	54
Obrázek 10 Graf zachycující to, jakou odbornou pomoc respondenti vyhledávají nebo v minulosti vyhledali.	55
Obrázek 11 Graf zachycující odpověď na otázku Provádí se na Vašem oddělení pravidelné schůze, kde můžete prodiskutovat pracovní problémy?	56
Obrázek 12 Graf zachycující odpověď na otázku Scházíte se jako kolektiv i mimo pracovní dobu?.....	57
Obrázek 13 Graf zachycující odpověď na otázku Domníváte se, že prevence proti vyhoření ze strany zaměstnavatele je dostatečná?	58
Obrázek 14 Graf zachycující odpověď na otázku Myslíte si, že vedení má zájem řešit pracovní problémy a připomínky ke zlepšení pracovní zátěže a efektivity práce?	59
Obrázek 15 Graf zachycující odpověď na otázku Pořádá Váš zaměstnavatel preventivní programy proti vzniku syndromu vyhoření?	60

Obrázek 16 Graf zachycující odpověď na otázku Poskytuje, nebo přispívá Váš zaměstnavatel na ozdravné pobyty nebo rekreaci, popř. poskytuje benefity ke kulturnímu nebo sportovnímu využití k Vaší relaxaci či odpočinku?.....	61
Obrázek 17 Graf zobrazující typ pracoviště respondentů	62
Obrázek 18 Graf zobrazující rozložení pracovních pozic respondentů.....	62
Obrázek 19 Graf zobrazující délku trvání pracovního poměru na daném oddělení.....	63
Obrázek 20 Graf zobrazující věk respondentů	63
Obrázek 21 Graf znázorňující pohlaví respondentů	64

SEZNAM ZKRATEK

ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
BM	Burnout Measure
DIOP	dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
DIP	dlouhodobá intenzivní péče
DP	depersonalizace
EE	emocionální vyčerpání (emotional exshhaustion)
JIP	jednotka intenzivní péče
MBI	Maslach Burnout Inventory
MOJIP	multyoborová jednotka intenzivní péče
NIP	následná intenzivní péče
PA	osobní uspokojení (personal accomplishment)

ÚVOD

Pomoc druhým, zvláště pak těm, kteří si nemohou pomoci sami, patří mezi základní projevy lidskosti. S pomocí druhým jsou tak spojeny nejenom případné materiální přínosy této činnosti, ale také určitý pocit smysluplnosti a uspokojení.

Práce zdravotních sester je bezesporu velmi náročná jak po fyzické, emocionální, tak i psychické stránce. V současnosti, kdy řada nemocnic řeší otázku velkého nedostatku pracovníků na pozicích lékařů, sester, ale i dalšího zdravotnického personálu, který je při práci ve zdravotnictví tolik potřebný, je určitě namístě obava ze zvýšeného výskytu syndromu vyhoření právě v této složité a tolik diskutované personální oblasti. Sestry jsou pracovně přetěžovány, často musí brát více služeb v měsíci, než je pracovní norma, slouží v oslabení na počet hospitalizovaných pacientů a často vykonávají práci, kterou by měl vykonávat pomocný zdravotnický personál, kterého je nedostatek. Možná právě proto se nám v dnešní době může riziko vzniku a následnému podlehnutí syndromu vyhoření jevit o něco vyšší, než tomu bylo v minulosti.

Syndrom vyhoření patří mezi témata, které jsou předmětem diskuzí zejména u tzv. pomáhajících profesí. Tímto fenoménem se zabývala a stále zabývá řada zahraničních i českých autorů, a na toto téma byla provedena řada výzkumů. Autoři se shodují na tom, že syndrom vyhoření je ve své podstatě soubor příznaků vznikajících v důsledku dlouhodobé krize spojené s určitým životním stylem, dlouhodobým působením náročných situací na jedince, na kterého jsou kladeny vysoké nároky s následným nízkým ohodnocením. Důsledkem těchto faktorů dochází k psychosomatickému onemocnění, které se projevuje fyzickou, psychickou a emocionální vyčerpaností organismu. Ve zdravotnictví se s tímto problémem můžeme setkat poměrně často. Nejde tedy o žádnou teoretickou konstrukci, ale naopak o zcela praktický jev a problém, kterému musíme ve zdravotnictví čelit. Právě proto byl právě syndrom vyhoření zvolen za téma této bakalářské práce. Je přitom potřeba mít na paměti, že jde o téma velmi rozsáhlé, kterému se navíc celá řada lidí ve zdravotnictví již značnou dobu věnuje – přehled teoretického i praktického výzkumu v této oblasti podává kupříkladu kniha Ptáčka a kol. (2013), která vyšla v edici celoživotního vzdělávání České lékařské komory.

I. TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část předkládané bakalářské práce popisuje syndrom vyhoření, jeho příčiny, příznaky, prevenci a léčbu. Věnuje se také charakteru oddělení dlouhodobé a následní intenzivní péče a struktuře pacientů, kteří jsou na těchto odděleních hospitalizováni.

1. Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření (burnout, původně burn-out, dříve se u nás překládal jako syndrom vyhaslosti neboli vypálení) je fenomén, který se v odborné i laické literatuře popisuje již zhruba od poloviny 70. let 20. století. Tehdy jej (do značné míry nezávisle na sobě) poprvé použili dva američtí psychologové, Herbert Freudenberger a Christina Maslach. Freudenberger se s tímto jevem setkal ve své klinické praxi na newyorské klinice pro drogově závislé. Mladí a idealističtí dobrovolníci, kteří zde pracovali, obvykle do roka ztráceli energii, motivaci i odhodlání, a toto jejich vyčerpání se projevovalo řadou duševních i tělesných symptomů. Freudenberger tento stav nazval stavem „vyhoření“ (burn-out). Maslach si zase ve svém výzkumu emočního vypětí v pomáhajících profesích všimla, že kalifornští právníci zastupující chudinu popisují právě slovem „burnout“ proces postupného vyčerpání, nástupu cynismu a ztráty odhodlání, který pozorovali u svých kolegů. Maslach se svým týmem tento pojem převzala a zobecnila (Schaufeli a Buuk, 2003, s. 384).

1.1 Definice syndromu vyhoření

Za 40 let, kdy se teorie i praxe syndromu vyhoření věnuje, vznikla celá řada jeho definic. Uvedme si alespoň některé. V českém prostředí se tomuto jevu jako první začal systematicky věnovat Jaro Křivohlavý, který vyhoření vymezuje jako *„stav tělesného, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné,“* přičemž *„tato emocionální náročnost je nejčastěji nastolena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy“* (Křivohlavý, 2012, s. 12). Laura Janáčková (2008, s. 77) naproti tomu definuje vyhoření jako profesionální selhávání vyplývající z vyčerpání vyvolaného stále většími a většími požadavky, které na jedince klade okolí nebo on sám, přičemž zahrnuje jednak ztrátu zájmu, potěšení, ideálů, energie a smyslu, jednak negativní sebeocenění a negativní postoje k vlastní práci.

V české literatuře se však objevují i definice zahraničních kapacit. Německá psycholožka Angelika Kallwass (2007, s. 9) ve své definici idealistické prvky pomíjí a říká, že syndrom

vyhoření je stav extrémního vyčerpání, vnitřní distance a silného poklesu výkonnosti, přičemž jej provází různé psychosomatické obtíže. Thomas Poschkamp (2013, s. 11) naopak akcentuje nasazení pro jiné jako jeden ze spouštěcích prvků vyhoření, které vymezuje jako *proces extrémního emočního a fyzického vyčerpání se současným cynickým, distancovaným postojem a sníženým výkonem jako následkem chronické emoční a mezilidské zátěže při intenzivním nasazení pro jiné lidi*.“ Poschkampova definice tak nejlépe odpovídá tématu této práce, kterým je vyhoření u profese, která se výrazným „nasazením pro jiné lidi“ vyznačuje. Christian Stock zase ve své monografii věnované syndromu vyhoření a jeho zvládání nenabízí žádnou definici. Zdůrazňuje však, že vyhoření nelze ztotožňovat se stresem a vztah těchto dvou jevů je takový, že k vyhoření dochází v důsledku chronického stresu (Stock, 2010, s. 15). Spíše než na vymezení tohoto syndromu klade důraz na jeho tři základní symptomy – vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti (Stock, 2010, s. 19).

No a na závěr lze zmínit i definice z pera původních autorů tohoto pojmu. Herbert Freudenberger tak říká, že „*vyhořet znamená vyčerpat se z fyzických a duševních sil, opotřebovat se nadměrnou snahou dosáhnout nerealistických požadavků, které si na sebe klade člověk sám, nebo se snaží dostát hodnotám společnosti*“ (Freudenberger a Richelson, 1980, in Ptáček a kol., 2013, s. 20), Christina Maslach naproti tomu vyhoření vymezuje jako psychologický syndrom emočního vyčerpání, citové uzavřenosti a ztráty důvěry v osobní výkonnost, který se může objevit u osob profesně pracujících s lidmi (Maslach a Jackson, 1981, in Ptáček a kol., 2013, s. 21). Později však také zdůrazňuje souvislost se stresem: „*vyhoření je prolongovaná odpověď na chronické emocionální a personální stresory spojené s pracovní činností, a vymezují jej dimenze vyčerpání, cynismu a neefektivity*“ (Maslach a kol., 2001, s. 397).

Definice a pojetí syndromu vyhoření jsou tedy velmi různorodé. Dle Kebzy a Šolcové (2003, s. 7) se však většina pojetí shoduje alespoň v několika ohledech. Za prvé jde primárně o duševní stav, psychické vyčerpání. Za druhé, jeho výskyt je zvláště obvyklý u profesí, které do značné míry charakterizuje práce s lidmi. Dále je charakterizován symptomy zejména v psychické, ale také ve fyzické a sociální oblasti. Klíčovou složkou syndromu je vyčerpanost, a to emoční i kognitivní, a často také celková únava. Posledním charakteristickým rysem tohoto syndromu je, že pramení z chronického stresu.

Lze tak ve zkratce říct, že tento stav či proces zahrnuje ztrátu energie, idealismu a nadšení jako následek obtížných pracovních podmínek a prožitých zklamání v pracovní oblasti (Poschkamp, 2013, s. 10-11).

1.2 Syndrom vyhoření z pohledu lékařství

Vztah lékařství k syndromu vyhoření je dvojího druhu. Na jedné straně platí, že až na výjimky (Švédsko, Nizozemí) není syndrom vyhoření uznáván jako právoplatná diagnóza a není ani součástí diagnostických klasifikačních systémů. Dokonce by zřejmě bylo možné nahradit jej jinými, již existujícími diagnózami. Přesto se tento pojem používá i v klinické praxi (Ptáček a kol., 2013, s. 15, 22) a klinická či terapeutická motivace byla pro zkoumání tohoto jevu dlouho určující, zatímco jeho teoretické zkoumání se rozvíjelo jenom pozvolna (Schaufeli a Buuk, 2003, s. 384). Až donedávna se přitom zcela ignorovaly jakékoli psychoanalytické motivy tohoto jevu, ačkoli sám Freudenberg byl psychoanalytikem (Vanheule a Verhaeghe, 2005, s. 285).

Na druhé straně jsou právě pracovníci ve zdravotnictví typickými oběťmi tohoto syndromu. Jak bylo uvedeno již výše, u zrodu a vytvoření tohoto pojmu stála praxe na newyorské klinice pro léčbu drogových závislostí. A vzhledem k jeho navázanosti na profesi pracující s lidmi, respektive lidem přímo pomáhající, je syndrom vyhoření vysoce relevantní ve zdravotnictví nadále. Ostatně i mezioborová příručka o tomto jevu věnuje problematice syndromu vyhoření ve zdravotnictví samostatnou část (Ptáček a kol., 2013, s. 60-115).

Syndrom vyhoření tedy ohrožuje i zdravotnický personál, a to nesterilně. Zvláštnímu riziku vzniku syndromu vyhoření jsou vystaveni především lékaři-klinici, z nich pak zejména lékaři v oborech jako chirurgie, onkologie, psychiatrie, gynekologie, některé pediatrické obory, ale také lékaři působící na jednotkách intenzivní péče a v léčebnách dlouhodobě nemocných. Podobně je tomu v případě sester, kde se riziko ještě zvyšuje jejich intenzivním stykem s pacienty (Kebza a Šolcová, 2003, s. 8). Syndromu vyhoření v případě zdravotních sester se věnuje i několik českých monografií (např. Bartošíková, 2006, nebo Venglářová a kol., 2011). A ačkoli se o syndromu vyhoření někdy říká, že je to nemoc moderní společnosti (Ptáček a kol., 2013, s. 22), nejde alespoň v případě sester rozhodně o jakousi nemoc moderní západní civilizace. To lze doložit například řadou studií z nedávné doby, které syndrom vyhoření u zdravotních sester popisují a zkoumají nejen u nás či třeba na Maltě (Galea, 2014), ale také v Libanonu (Sabbah a kol., 2012), Jordánsku (Darawad a kol., 2015) či v Nigérii (Okwaraji a En, 2014).

1.3 Rizikové profese

Jak již bylo uvedeno, tento syndrom je charakteristický tím, že vzniká u osob, které se dlouhodobě zabývají situacemi, které jsou emocionálně velice náročné. Jeho vznik dále podněcuje vystavování jedinců dlouhodobému stresu nebo příliš vysokým pracovním nárokům, intenzivním kontaktům s lidmi, a také následnému nízkému ohodnocení. Rizikovou skupinu tak tvoří zejména tzv. pomáhající profese, tedy povolání, při nichž mají lidé častý a úzký kontakt s jinými lidmi (Bartošíková, 2006, s. 20-21). Jak uvádí Poschkamp (2013, s. 11), nejde přitom pouze o pracovníky ve školství či zdravotnictví, ale také o osoby v domácnosti, rodiče-samoživitele apod. Má souvislost se zátěží, a dále se odráží i v oblasti osobních mechanismů zvládání nároků (tzv. coping mechanismů). Jeho vznik je dále dán kombinací velkých pracovních očekávání zaměstnance a zátěže plynoucí z vysokých požadavků. Charakteristickým příkladem je často opakovaný, pro zaměstnance obtížně přijatelný negativní zážitek související s jeho pracovní náplní, když navíc je jeho práce ne zřídka spojena s nedostatečným efektem a ohodnocením. Syndrom vyhoření tak způsobuje kromě osobních škod bohužel také škody odrážející se v kvalitě služeb, které tyto pracovníci poskytují (Bartošíková, 2006, s. 21).

Lze tedy shrnout, že syndrom vyhoření se především týká pomáhajících profesí, ale šíří se i do dalších oblastí lidského života. K rizikovým profesím patří především lékaři (převážně ti, kteří pracují v hospicích, na onkologii, jednotkách intenzivní péče, gynekologii, na odděleních neonatální péče atd.) a další zdravotnický personál (zdravotní sestry, zubní laboranti atd.), jakož i psychologové, psychoterapeuti a psychiatři. Mimo zdravotnictví jsou riziku vyhoření vystaveni zejména sociální pracovníci a pracovnice včetně poradců ve věcech sociální péče (péče o děti, o rodiny, o propuštěné vězně atd.), dále učitelé na školách všech stupňů, duchovní a řeholníci (zvláště řádové sestry) a poradci v organizačních věcech, speciální pedagogové pracující s duševně postiženými dětmi. Kromě těchto zjevně „pomáhajících“ profesí však vyhoření hrozí i v řadě dalších. Může se vyskytnout u policistů, pracovníků věznic, pracovníků pošt, dispečerů záchranných služeb či dopravy, úředníků všech stupňů, ale také u právníků (připomeňme tzv. právníky chudiny, kteří stáli u zrodu pojmu „vyhoření“), manažerů a vedoucích pracovníků, obchodníků, žurnalistů, podnikatelů atd. Seznam je opravdu dlouhý (Křivohlavý, 2012, s. 30-31; Kebza a Šolcová, 2003, s. 8-9).

2. Příznaky, fáze a rizikové faktory syndromu vyhoření

2.1 Fáze syndromu vyhoření

Většina autorů popisuje vývoj syndromu vyhoření ve třech nebo čtyřech fázích. Vyhoření je vnímáno jako dlouhodobý neustále se vyvíjející proces. Vývoj tohoto syndromu může trvat i řadu let, kde postižený jedinec danými fázemi prochází postupně, některé fáze mohou být dokonce zcela vynechány. Nejjednodušší model se skládá ze tří stádií a nejsložitější až z dvanácti stádií, které se vzájemně překrývají (Stock, 2010, s. 23).

Obvykle se uvádí koncepce čtyř fází, kterou ve svých dílech rozvíjí Christina Maslach. První fázi charakterizuje nadšení a zaujetí pro věc, ideály, a přetěžování se. Ve druhé se objevuje fyzické i psychické vyčerpání, třetí fázi charakterizuje dehumanizované vnímání okolí jako obranný mechanismus před dalším vyčerpáním, a ve čtvrté fázi již převažuje totální vyčerpání, nezájem a lhostejnost (Kebza a Šolcová, 2003, s. 13-14; Bartošiková, 2006, s. 29).

Stockem uváděný fázový model podle Edelwiche a Brodského probíhá také ve čtyřech fázích:

Nadšení: Začínající pracovník je plný elánu, má vysoké pracovní nasazení, velká a nerealistická očekávání. Často svou energii využívá neefektivně. Je příliš optimistický a nezřídka se příliš ztotožní se svou prací a klienty. Zaměstnání je pro něj středobodem vesmíru a okolní svět se mu vzdaluje. Dobrovolně pracuje přesčas, práce ho zcela naplňuje, identifikuje se se svou profesí a uzavírá se před okolním světem (Stock, 2010, s. 23).

Stagnace: Počáteční nadšení slábne, pracovník zjišťuje, že realita je jiná a on musí přehodnotit své nereálné počáteční ideály. Často byl konfrontován se zklamáním a nenaplněním svých představ. Dotyčný se ve své profesi už trochu zorientoval a zjistil, že má svá omezení a že ne všechny ideály půjdou naplnit. Práce už pro něj neznamena tolik, jak tomu bylo po nástupu do práce. Doted' nepodstatné věci jako mzda či kariérní růst se začínají dostávat do jeho zájmu. Objevují se první neshody v rodině (Stock, 2010, s. 24).

Frustrace: Pracovník postupně zjišťuje, že jeho možnosti jsou značně omezené. O smysluplnosti svého snažení začíná polemizovat. Výsledky své práce vidí jako neefektivní a nevidí její význam. Mohou se vyskytnout spory s nadřízenými i počínající emocionální a fyzické potíže. Jeho zklamání narůstá hlavně z nepoměru mezi tím, čeho by chtěl dosáhnout, a tím, co je ve skutečnosti možné a reálně proveditelné (Stock, 2010, s. 24).

Apatie: Jako poslední nastává období emocionálního vyčerpání, rezignace, depersonalizace. Práce je pro zaměstnance trvalým zklamáním, do budoucna nevidí žádné pozitiva ani vyhlídky na zlepšení situace, omezuje se jen na aktivity nezbytně nutné pro výkon své profese. Ve vztahu ke klientům je vyhýbavý a omezuje se jen na nejkratší čas v kontaktu s nimi. Dlouhé konfrontace s klienty jsou mu na obtíž a problémy s nimi se snaží řešit v co nejkratším čase. Nadšení, kterým oplýval na počátku, se z jeho práce zcela vytratilo. Pracovník se cítí zoufalý, má pocit rezignace, což je způsobeno nedostatkem možností jiného uplatnění (Stock, 2010, s. 24).

Někdy se u tohoto modelu uvádí samostatně i pátá fáze, kterou je samotné vyhoření (Ptáček a kol., 2011, s. 29). Pět fází – nadšení, šok z praxe, únava, skleslost, existenciální beznaděj – uvádí také Poschkamp (2013, s. 38-39).

2.2 Příznaky syndromu vyhoření

K příznakům syndromu vyhoření patří bohatá škála fyzických, psychických, ale i sociálních projevů, které se v případě dlouhodobého ignorování situace mohou projevat celou řadou onemocnění a vážných zdravotních obtíží (Ptáček a kol., 2011, s. 34).

V literatuře se uvádí zejména tyto příznaky (Ptáček a kol., 2011, s. 34; Kebza, Šolcová, 2003, s. 9-10):

Fyzické příznaky: stav celkové únavy až vyčerpání organismu, apatie, ochablost, dechová tíseň, pocit zkrácení dechu, bušení srdce, bolesti hlavy, gastrointestinální obtíže, nespavost, nespecifické tělesné bolesti.

Psychické příznaky: předrážděnost, záchvaty zlosti a hněvu, zvýšený smutek, celkový útlum a depresivita, nekontrolované verbální projevy zlosti, podezíravost a vztahovačnost, vyhýbání se pracovním povinnostem; výrazný je také pocit celkového vyčerpání, a to i v emocionální a kognitivní rovině.

Pracovní příznaky: přesvědčení, že, „nic už nemá cenu“; pokles až naprostá ztráta zájmu o témata související s profesí; negativní hodnocení instituce, v níž byla profese až dosud vykonávána; sebelítost; intenzivní prožitek nedostatku uznání; projevy negativismu, cynismu a zvýšené iritability ve vztahu k pacientům; redukce činnosti na rutinní postupy; užívání stereotypních frází a klišé; objevuje se přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti.

Sociální příznaky: útlum sociability, redukce sociálních kontaktů, snížená empatie, postupné narůstání konfliktů v důsledku sociální apatie a lhostejnosti vůči okolí.

Je evidentní, že syndrom vyhoření je závažným medicínským problémem, a to hlavně z toho hlediska, že negativně působí na celkový zdravotní stav jedince. Prokázalo se i to, že lidé trpící tímto syndromem mají vyšší sklony k různým onemocněním, úrazům, nežádka trpí bolestmi hlavy, pocity nevolnosti, dále zádočným, svalovým a šijovým napětím, také bolestmi zad, změnami ve stravovacích návyčích, změnami tělesné hmotnosti apod. Bývají častěji unaveni, trpí poruchami spánku a slabostí (Jeklová a Reitmayerová, 2006, s. 22).

Syndrom vyhoření dále způsobuje obtíže v zaměstnání, ale i problémy na poli mezilidských vztahů. Vyhořelý jedinec mívá negativní postoje k sobě samotnému, ke své práci i pracovním úspěchům, a následně také ke klientům a okolí. Klienty a pacienty vnímá jako přítěž a ne jako osoby, kterým dříve ochotně pomáhal (Ptáček a kol., 2011, s. 35).

2.3 Rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření

Jak již bylo uvedeno, syndrom vyhoření často pramení z chronického stresu, a ten je tak základním rizikovým faktorem jeho vzniku. Z hlediska pomáhajících profesí zahrnuje také zvýšenou pracovní zátěž. Z lékařského hlediska je stres *„stav, kdy je organismus vystaven mimořádným podmínkám, a označuje soubor obranných reakcí organismu na stresový podnět, které mají zabránit poškození organismu“* (Ptáček a kol., 2011, s. 23).

Lze přitom rozlišovat dva druhy stresu – eustres a distres. Eustres je příjemný, radostný stav, kdy sice organismus je přetížen, ovšem v důsledku něčeho, co mu přináší radost. Příkladem situací vyvolávajících eustres je tak třeba příprava svatby. V případě distresu naproti tomu není tato přetíženost organismu nijak kompenzována pozitivními okolnostmi (Venglářová a kol., 2011, s. 49; Křivohlavý, 2010, s. 25).

Stres zažíváme v momentě, kdy jsou na nás kladeny subjektivně nezvladatelné nároky, což je dosti variabilní a individuální. Nadměrné zatěžování lidského organismu potom může vyvolat vznik syndromu vyhoření. Vyčerpání je faktorem, který může být zesilovačem vyhoření. Vyčerpaný jedinec musí na provedení stejných činností vynaložit mnohem více energie, což urychluje proces vyhoření. Dalo by se říci, že jde o začarovaný kruh. Správným a jediným řešením takovéto situace je prevence spočívající ve zvyšování odolnosti vůči stresu (Stock, 2010, s. 33).

Další problémy mohou vzniknout, je-li zaměstnanec při své práci neustále vyrušován. Pracovní možnosti jsou založené především na znalostech a dovednostech, a tak není divu, že jsme nuceni učit se ovládat nové technologie takřka za pochodu a na zaškolení zbývá stále méně času. Tyto rušivé vlivy lze zahrnout mezi stresory a rizikové faktory vyvolávající vznik syndromu vyhoření (Stock, 2010, s. 33).

Mezi rizikové faktory dále můžeme zařadit špatný kolektiv. Mnoho sester v současné době vzhledem k nedostatku sester na odděleních tráví víc času v práci než s rodinou doma. Pokud však v pracovním týmu nevládne souhra, kolegiálnost, soudržnost a dobrá atmosféra, ale naopak převládá závist, nevraživost, vzájemná neúcta, pomlouvání atd., lze předpokládat, že za těchto podmínek klesá výkonnost (Stock, 2010, s. 37).

Kromě stresu a stres vyvolávajících či zesilujících jevů patří mezi rizikové faktory také některé osobnostní rysy. Osobnost jedince je dokonce někdy pokládána za klíčový vnitřní faktor rozvoje syndromu vyhoření (Šeblová, 2012, s. 15). K nejvíce ohroženým jedincům patří lidé s takzvaným typem chování A. Jedná se o lidi s nadměrným pracovním nasazením a vysokými ambicemi. Jsou netrpěliví, často perfekcionisté, mají silně vyvinutý smysl pro povinnost, soutěživost, a mívají sklony k agresivitě. Lze je v podstatě označit za workoholiky (Stock, 2010, s. 42).

Nižší riziko vzniku syndromu vyhoření je tak u lidí s dobrou sociální oporou jak na pracovišti, tak v osobním životě, u lidí dostatečně asertivních a schopných organizovat svůj čas, oddělit pracovní a mimopracovní život, a tím pádem také odpočívat. Nižší riziko je také u lidí optimistických a spokojených se svým životem, s pocitem osobní pohody, pozitivně emočně naladěných, s přiměřenou sebedůvěrou a sebehodnocením, a s pocitem adekvátního společenského a ekonomického uznání své profese. Lidé s vrozenou odolností vůči stresu patří rovněž do méně rizikové skupiny (Švingalová, 2006, s. 52).

Vyšší riziko vzniku syndromu vyhoření souvisí už se samotným životem v dnešní společnosti. Většina lidí žije pod časovým tlakem a k tomu je od nich požadováno čím dál více kvalitních výkonů. Doba produktivního věku přitom stoupá, a tak každý musí pracovat déle. Nároky na adaptaci se také zvyšují a dochází k prudkému technickému rozvoji. Vyšší riziko vzniku syndromu vyhoření je tak u lidí, kteří mají dlouhodobý a intenzivní kontakt s jinými osobami (klienty, pacienty, žáky, zákazníky atd.), a přitom mají nedostatečné sociální opory a zázemí. Výrazným faktorem je také počáteční zápal. Vyšší riziko vyhoření tak nesou také lidé pracující původně idealisticky a s vysokým nasazením, lidé původně velmi obětaví, s vysokou mírou

empatie, zodpovědní, pečliví (až pedantní a perfekcionista), přitom však málo asertivní a soutěživí. Riziko zvyšuje také neschopnost relaxace, život pod časovým tlakem a zatíženost náročnými mimopracovními situacemi. Jde také často o lidi s nízkým sebevědomím a sebehodnocením, úzkostné a depresivní, kteří svou profesi považují za společensky nedoceněnou. Velmi často tak jde vlastně o osoby trpící syndromem pomáhajících (Švingalová, 2006, s. 53-54).

Pokud jde o rizikové faktory specificky u zdravotních sester, Bartošíková (2006, s. 19) uvádí tyto:

- *Přetíženost*
- *Špatné vztahy na pracovišti*
- *Nedostatek podpory*
- *Nevhodné chování nadřízených, necitlivý přístup*
- *Nízká loajalita k pracovišti, k zařízení, k oboru*
- *Nadměrná emocionální zátěž*
- *Zdravotníci nebývají zvyklí ventilovat své skutečné pocity, a to ani v kruhu blízkých, ani na pracovišti*
- *Nevyhovující pracovní podmínky a špatná organizace práce*
- *Vyžadování čím dál větší zodpovědnosti, resp. přenášení zodpovědnosti na sestru mimo její kompetence*
- *Energetická bilance je dlouhodobě negativní, sestra víc vydává, než dostává*
- *Nedostatek radosti, resp. jejích zdrojů v profesionálním, ale i osobním životě*
- *Nereálná očekávání a ztráta ideálů při vstupu do zaměstnání.*

2.4 Problémy v pracovním soužití – mobbing, bossing.

Mobbing pochází z anglického slova „to mob“, které lze přeložit jako „vulgárně někomu vynadat nebo vrhat se (psychologicky) na někoho a opakovaně dotyčného znejišťovat“. Mobbing lze také definovat jako obtěžování, dotírání, napadání, což lze společně nazvat týráním. Vzniká mezi pracovníky, kteří mají stejné pracovní právní zařazení (Haškovcová, 2004, s. 68).

Venglářová a kol. (2011, s. 113) uvádějí tuto definici: „*Mobbing je termín označující šikanu (drsněji teror na pracovišti). Jde o systematické pronásledování zaměstnance. Častým důvodem je zájem, aby zaměstnanec ukončil pracovní poměr. Původce šikany je zpravidla spolupracovník, ke kterému se přidává několik členů pracovního kolektivu.*“

Bossing je převzat z anglického slova „boss“, které znamená šéf. Tato forma násilí se vyznačuje tím, že jejím autorem a uplatňovatelem na pracovišti je sám nadřízený nebo nadřízená. Oběťmi se stává jedna nebo také více podřízených pracovníků. Bossing se od mobbingu liší tím, že je zde přítomná výrazná nerovnocennost ve vztahu podřízeného a nadřízeného (Haškovcová, 2004, s. 68).

Pro vyhocené vztahy na pracovišti, které se projevují různorodými formami útoků (ataků) postihujících jak psychickou, tak fyzickou zdatnost jedince, se v Česku a na Slovensku používá také pojem **šikana**.

3. Diagnostika, léčba a prevence syndromu vyhoření

Pro úspěšné řešení problematiky syndromy vyhoření u jednotlivých jedinců je nezbytné dokázat jej správně diagnostikovat a léčit. Ještě účinnější nicméně je tomuto syndromu předcházet.

3.1 Diagnostika syndromu vyhoření

K diagnostikování syndromu se používá řada metod. Lékaři diagnostikují syndrom vyhoření podle určitých příznaků, které získávají od samotného jedince po rozhovoru s ním, nebo jeho pozorováním. Nejběžnějšími a nejvíce používanými jsou bezesporu různé dotazníky, kterých je na výběr poměrně hodně.

Dotazník BM („Burnout Measure“)

Tento dotazník sestavila dvojice Ayala M. Pines a Elliot Aronson v roce 1980. Na celkové vyčerpání je zde pohlíženo ze tří různých hledisek: fyzického, duševního a emocionálního. Pokud jde o fyzické vyčerpání, sleduje dotazník BM pocity únavy, celkové slabosti, pocity náchylnosti k onemocnění, či pocity ztráty sil. Z hlediska duševního vyčerpání sleduje pocity bezcennosti, ztráty lidské hodnoty, ztráty iluzí, či marnosti vlastní existence. V oblasti emocionálního vyčerpání dotazník zkoumá pocity tísně a deprese, beznaděje, bezvýchodnosti. Dotazník obsahuje 21 otázek, které se těmito pocity a zkušenostmi zabývají, jako třeba „byl jsem unaven,“ „cítíl jsem se utrápen“ nebo „prožíval jsem krásný den“. Ke každé otázce se přiřadí číslo ze stupnice 1 až 7 na základě četnosti výskytu daného pocitu, kdy 1 znamená „nikdy“ a 7 znamená „vždy“. Následným výpočtem získáme hodnotu BQ, která je hodnotou psychického vyhoření daného člověka dle metody BM. Výhodou dotazníku BM je také možnost samovyšetření. (viz. příloha A) (Křivohlavý, 2012, s. 50-52).

Dotazník MBI („Maslach Burnout Inventory“)

Naproti tomu dotazník MBI patří mezi nejpoužívanější metody k odbornému způsobu diagnostiky syndromu vyhoření. Prvně jej publikovali Christina Maslach a Susane E. Jackson v roce 1981. V roce 1986 autorky zveřejnily upravenou verzi. Do češtiny dotazník 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 také vyhodnotit jednotlivé složky (EE, DP a PA) zvlášť. Tento

standardizovaný dotazník je také součástí dotazníku použitého ve výzkumné části práce (viz. příloha B) (Křivohlavý, 2012, s. 54-56; Ptáček a kol., 2013, s. 30-31).

3.2 Léčba syndromu vyhoření

Jestliže člověk pojme jakékoliv podezření, že by se mohl stát obětí syndromu vyhoření, 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. Pro uvolnění napětí a vnitřního neklidu se doporučují relaxační techniky, jako např. jóga, dechová cvičení, meditace, kondiční cvičení nebo autogenní trénink (Stock, 2010, s. 61).

Zásadní součástí terapie je i již zmiňovaná pomoc dalších osob. Pro některé osoby ve vysokém postavení může být problém požádat o pomoc. Je důležité to nepokládat za projev slabosti, ale za potřebnou a správnou věc. Nejprve by se měla hledat pomoc u rodiny a přátel, kteří jsou s dotyčným 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 s otázkami ohledně podstaty lidské existence, smyslu života a odpovědnosti člověka. Společně utvářejí směr do budoucna, který bude smysluplný a naplňující. Medikamentózní léčba se používá pouze jako podpůrná (Kebza a Šolcová, 2003, s. 19; Venglářová a kol., 2011, s. 38-39).

3.3 Odborná léčba

Pokud dojde k tomu, že selžou všechna doporučení, mezi která patří změna životního stylu, zlepšení vztahů na pracovišti ale i v soukromém životě, případně se objevily symptomy, které signalizují vznik psychosomatického onemocnění, nebo projevy závislostí, je určité namíste vyhledat odbornou pomoc psychologa nebo psychoterapeuta, případně lze využít i farmakologickou možnost léčby (Venglářová a kol., 2011, s. 38-39).

Psychoterapeutická pomoc

Možnost této pomoci by měl jedinec vyhledat, pokud zjistí, že ke zvládnutí problému mu už jeho vlastní síly nestačí. Právě psycholog dokáže pomoci a je schopen porozumět pocitům, se kterými se jedinec neumí sám vypořádat. Umí určit příčiny a případně doporučit vhodná řešení.

Prostřednictvím psychoterapie se dá dojít k lepšímu poznání sebe sama a měla by vést k úlevě (Bartošíková, 2006, s. 47).

Psychoterapeutickou pomocí přitom rozumíme chování zdravotnického pracovníka, díky kterému dochází ke zlepšení léčby. Vychází především z porozumění a zážitků, které jsme ochotni sdílet se svým okolím, dále pak z respektu, který je plný tolerance a akceptace. Cílem tohoto přístupu je zvládnutí psychických nároků, které nemoc jedinci přináší (Minibergerová a Dušek, 2006, s. 34).

Lze identifikovat několik druhů psychoterapeutické pomoci (Černá a Stískal, 2007):

- Svépomoc: Tady se nejedná o pomoc ze strany odborníků, ale o pomoc poskytovanou lidmi, kteří se potýkají se stejnými problémy, jako máme my. Dochází tak ke vzájemné pomoci mezi jednotlivci.
- Poradenství: V rámci této pomoci dochází k poskytnutí veškerých možných informací o dostupných službách, které mohou jedincům pomoci se zvládáním náročných a krizových situací.
- Krizové intervence: Patří mezi metody, které pomáhají jedincům v těžkých a zatěžujících situacích. Tyto intervence slouží k tomu, aby lidem pomohli zvládnout jejich krizové a ohrožující situace.
- Psychoterapie: Jedná se o odbornou metodu a pomoc. Psychoterapie může změnit chování člověka díky systematické práci, navázání psychoterapeutického vztahu a prostřednictvím různých nástrojů. Nežádá se o dlouhodobou záležitost.

Farmakoterapie

K léčbě syndromy vyhoření lze použít i farmakoterapii. Hlavní druhy farmak, které lze na tento účel využít, jsou tyto:

- Antidepresiva: patří do skupiny léků, které se používají k potlačení a léčbě depresí. Látky, které tyto léčiva obsahují, působí na hladiny neurotransmiterů, které se podílejí na regulaci naší nálady, ale také upravují patologicky změněné nálady. Tato skupina léků se dělí na antidepresiva I. a II. generace (Hynie, 2001, s. 169-170).
- Anxiolytika: jsou to léčiva snižující a potlačující psychické napětí, strach a úzkost. Tyto léky bývají oproti antidepresivům často podávány i mimo psychiatrické indikace. Anxiolytika mají rozsáhlé spektrum indikací – anxiolytické, hypnosedativní, antikonvulzivní a myorelaxační účinky (Hynie, 2001, s. 177).

- Hypnotika: tyto léky se používají k léčbě insomnie. Látky, které tyto léky obsahují, tlumí centrální nervový systém, ale mohou mít také protikřečové, anxiolytické nebo myorelaxační účinky (Hynie, 2001, s. 138).
- Psychofarmaka: jsou to léky, které mění duševní stav jedinců, kteří tyto léky užívají. Dělí se na neuroleptika, antidepresiva, antimanika, anxiolytika, psychostimulancia, kognitiva, psychodysleptika a nootropní látky (Hynie, 2001, s. 160-161).
- Psychostimulancia: jsou to léky používané ke stimulaci psychických funkcí – jsou odstraňovány pocity únavy, zvyšuje se duševní aktivita a je taky zrychleno myšlení. K hlavním indikacím užívání těchto léků patří nadměrná ospalost a únava jedince (Hynie, 2001, s. 180).

3.4 Prevence syndromu vyhoření

Tak jako v jiných případech, i zde jsou preventivní opatření velmi důležitá a přínosná. Vezmeme-li metaforický obraz vyhoření doslova, je důležité hořet, ale nevyhořet. Jedním ze základních preventivních faktorů je přitom zdánlivě prostá věc: žít smysluplným životem. Tedy mít v životě jakýsi řád, a to i z hlediska žebříčku hodnot, včetně konkrétního, hodnotného a reálného cíle. Při jeho definování přitom musíme zohledňovat jak vlastní potřeby, zájmy a spokojenost, tak také do jisté míry zájmy potřeby lidí okolo nás, s nimiž žijeme v osobním kontaktu (Křivohlavý a Pečenková, 2004, s. 27-28).

Jelikož je však syndrom vyhoření důsledkem nerovnováhy mezi profesním očekáváním a realitou, což platí ve zdravotnictví víc než kde jinde, lze tuto nerovnováhu snížit jak na straně jedince, tak na straně jeho zaměstnavatele (Bartošíková, 2006, s. 41). Úskalím však bývá pocit lidí, že se jich tento problém netýká, že se znají, a tedy že vědí, co mají dělat. Opak je však pravdou (Venglářová a kol., 2011, s. 33).

Venglářová a kol. (2011, s. 33-38) rovněž dělí preventivní opatření na dvě roviny, rovinu zabývající se jedincem a na rovinu zaměřenou na organizaci, a dále je popisují takto:

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 ošetrovatelství. 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 (Venglářová a kol., 2011, s. 34).

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 (Venglářová a kol., 2011, s. 34).

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 (Venglářová a kol., 2011, s. 34).

4. Mezilidské vztahy. Jde především o přítomnost blízkých osob, které mohou poskytnout aktivní naslouchání nebo povzbuzení v těžké situaci (Venglářová a kol., 2011, s. 34).

5. 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 (Venglářová a kol., 2011, s. 35).

6. 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 které se nacházíme. Na podkladě sebepoznání dochází následně k sebehodnocení. Pozitivní sebehodnocení má vliv na fyzický a duševní stav, vyšší výkonnost, optimistický pohled na svět (Venglářová a kol., 2011, s. 35).

7. Supervize. V řadě rizikových profesí včetně zdravotních sester je bezesporu nutný celoživotní rozvoj. Supervize má za cíl rozvíjet profesní dovednosti, zlepšovat pracovní prostředí a organizaci práce (Venglářová a kol., 2011, s. 36).

8. Osobní život, přátelé, koníčky. Je důležité nezapomínat na svůj osobní život. Ztrátou zájmů jsou nejvíce ohroženy ženy v roli matky a manželky, které na sebe již nemají příliš mnoho času, nakolik 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 (Venglářová a kol., 2011, s. 36).

9. 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 (Venglářová a kol., 2011, s. 37).

10. 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 (Venglářová a kol., 2011, s. 37).

11. Každý člověk má své potřeby. Je nutné občas se zastavit a zamyslet se nad otázkami jako „proč dělám, co dělám?“, „co mi to přináší a co mi to bere?“, a „je to opravdu to, co chci dělat?“. S pomocí těchto otázek lze odhalit nesmyslné a obtěžující návyky, které lze změnit a ulevit si tak (Venglářová a kol., 2011, s. 38).

4. Syndrom vyhoření u pracovníků pracujících na lůžkových odděleních zdravotnických zařízení

Náplň práce všeobecné sestry je velmi náročná po fyzické, ale hlavně po psychické stránce. Ošetrovatelská péče, kterou sestry poskytují pacientům, se skládá z odborných činností, které slouží na udržení, podporu a navrácení zdraví. Tato péče dále směřuje k uspokojování biologických, psychických a také sociálních potřeb, které jsou díky onemocnění u jednotlivců změněny. Na odděleních nemocnic je klientům poskytována multidisciplinární péče a sestra, která zde pracuje, by měla umět pracovat v kolektivu a vycházet s ostatními lékařskými ale i nelékařskými pracovníky. Práce sestry se od jiných povolání liší hlavně tím, že se v ní vyskytují určité specifické zátěžové faktory.

Značný vliv na vznik syndromu vyhoření má jednoznačně prostředí, ve kterém sestra pracuje, charakter její práce nebo organizace pracoviště. Jde tedy zejména o faktory jako nevhodné chování nadřízených, necitlivý přístup, špatné vztahy na pracovišti, přetíženost v důsledku malého počtu personálu, nevyhovující pracovní podmínky a vůbec špatná organizace práce. S tím je navíc obvykle spojeno přepracování, nadměrná emocionální a fyzická zátěž, jakož i málo svobody k rozhodování, a zejména pak nedostatečné ocenění práce – slovní i finanční. Sestra tak dává víc, než dostává (Ptáček a kol., 2013, 79).

Pokud jde o specifické zátěžové faktory v práci všeobecné sestry, lze je zhruba rozdělit do tří kategorií: zátěžové faktory související s podmínkami pracovní činnosti, zátěžové faktory plynoucí z odlišnosti diagnóz ošetřovaných pacientů, a zátěžové faktory související s osobnostmi zdravotníků (Bartošíková, 2006, s. 11).

Pokud jde o první skupinu zátěžových faktorů souvisejících s vykonáváním pracovních činností, jde o zátěže, které lze charakterizovat jako fyzické, chemické a fyzikální. Jde v první řadě o statické zatížení sestry plynoucí ze stání při úpravě lůžka a infuzí, a z práce u lůžka – měření fyziologických funkcí, aplikace injekcí, zavádění periferního žilního katétru, močového katétru, odběry krve atd. Sestra je však vystavena také dynamickému zatížení kvůli nutnosti pohybu po oddělení a mezi různými provozy. Speciálně se zátěž týká páteře (úprava lůžka, polohování a zvedání pacientů), ale také svalového, kloubního a cévního aparátu. Jinou kategorií zátěže související s prací sestry je setkávání se s nepříjemnými podněty (zápach, exkrementy, otevřené a zapáchající rány, deformity a kožní projevy) nebo riziko infekce, narušení spánkového rytmu při směnném provozu, a také nedostatek klidu a času na

pravidelnou stravu a pitný režim. Dalším souvisejícím rizikem v práci sestry je kontakt s léky, dezinfekčními prostředky, pomůckami, ale také vystavení hluku, leckdy nesprávnému osvětlení, vibracím, případně i radiačnímu záření. Nelze zapomínat ani na nutnost učit se novým postupům a činnostem, které vyplývají ze změn vyhlášek, standardů a pracovních postupů, práci s čím dál tím složitějšími přístroji, a rovněž na časté přenášení zodpovědnosti na sestru mimo její kompetence (Ptáček a kol., 2013, s. 80; Bartošíková, 2006, s. 11).

Druhou skupinu tvoří zátěže psychické, emocionální, sociální. Patří sem nutnost permanentní pozornosti, pečlivé sledování zdravotního stavu pacienta a různých přístrojů, sledování reakce na léčbu, ale také rychlá změna pozornosti mezi činnostmi a pružné reagování na různorodé požadavky a změny. Velmi významným faktorem je také osobní a právní zodpovědnost za výsledky a následky práce, přičemž však sestra musí přijímat rychlá rozhodnutí a účelně jednat i při nedostatku informací a času, často improvizovaně. Sestra se rovněž musí vyrovnávat s pocitem bezmoci a s tím, že při výkonu některých léčebných nebo diagnostických postupů nezřídka působí ne zcela nebolestivé a příjemné výkony pacientovi, a vůbec s tím, že je utrpení a bolesti druhých ve své práci vystavena – ať už jde o pacienty s infaustní prognózou, gerontopsychiatrické pacienty, o pacienty s chronickým onemocněním, pacienty nespolupracující, uživatele návykových látek, leckdy ale také o pacienty agresivní, zmatené, neklidné. Velké zátěži je sestra vystavena i v oblasti komunikace – s lidmi, s pacienty, v krizových situacích s příbuznými pacientů. Situaci samozřejmě ještě zhoršuje nízké ohodnocení náročné práce sestry (Ptáček a kol., 2013, s. 80-81; Bartošíková, 2006, s. 11-12).

Třetí skupinu tvoří zátěže týkající se osobnosti zdravotníků. Souvisí to s tím, že všichni jsme individuální bytosti a každý z nás má jinak nastavenou hranici překonávání míry zátěže. Někdo se se zátěží vyrovná lehce bez větších obtíží, pro jiného to je nepřekonatelný problém, s nímž si neví rady. Pokud se zátěž už nedá zvládnout, a přitom se ještě zvyšuje a dotýčný se s ní nedokáže vyrovnat, za nějakou dobu dojde ke zhroucení psychických a fyzických sil, přičemž dochází k celkovému stavu vyčerpanosti a vyhoření (Ptáček a kol., 2013, s. 81).

5. Následná intenzivní péče a dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

Tato práce se zabývá syndromem vyhoření u sester pracujících na odděleních následné a dlouhodobé intenzivní péče. Ty je také potřeba představit.

5.1 Následná intenzivní péče

Oddělení následné a dlouhodobé intenzivní péče vznikla v posledních letech proto, že pokrok v oblasti zdravotní péče umožňuje zajistit přežití řadě pacientů, jejichž stav v minulosti takřka vždy vedl k úmrtí. Tito pacienti si ovšem vyžadují dlouhodobou péči. Charakter této péče přitom neumožňuje, aby byla poskytována na běžných lůžkových odděleních, a poskytovat ji na specializovaných odděleních akutní péče jako ARO či JIP není efektivní. Na oddělení následné intenzivní péče (NIP) jsou tak přijímáni pacienti ze všech typů oddělení intenzivní i resuscitační péče po kritickém onemocnění anebo úrazu, pokud je jejich stav již víceméně stabilní, vyžadují však nadále podporu některé ze základních životních funkcí (nejčastěji dýchání). Nejčastěji jde o pacienty po úrazech hlavy či komplikovaných úrazech více orgánů, po úrazech páteře a míchy, po závažných cévních mozkových příhodách, po rozsáhlých operacích a pacienty s chronickým onemocněním plic (Swiss Med Clinic, 2012).

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR vymezuje oddělení NIP s uvedením předchozího označení (oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče, OCHRIP) a v návaznosti na dlouhodobou intenzivní péči (DIP) a dlouhodobou intenzivní ošetrovatelskou péči (DIOP) takto:

„NIP, dříve OCHRIP poskytuje intenzivní a resuscitační péči nemocným, u kterých již došlo ke stabilizaci kritického stavu, ale dále nejsou dostatečné některé životní funkce a nemocný je dlouhodobě závislý na určitém druhu intenzivní, respektive resuscitační péče. Je kladen důraz na programy rehabilitace a dlouhodobé intenzivní péče s podporou některé ze základních životních funkcí s přípravou na propuštění do domácí intenzivní péče, k domácí umělé plicní ventilaci, k domácí umělé výživě apod. DIP oddělení jsou vedena lékařem, DIOP jsou oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče – společně jsou řazena do kategorie následné intenzivní péče.“ (ÚZIS ČR, 2016, s. 2-3).

Cílem oddělení NIP je tak pokračovat v zavedené základní léčbě pacienta, dále zbavit pacienta závislosti na podpoře základních životních funkcí (umožňuje-li to vůbec povaha jeho onemocnění), poskytovat mu intenzivní každodenní fyzioterapii, a také zahájit a případně

pokračovat v nácviku základních životních návyků – schopnost komunikace s okolím, příjem potravy či vyměšování. Do značné míry se na oddělení NIP využívá principů bazální stimulace, která významně podporuje a urychluje komplexní léčebný proces (Swiss Med Clinic, 2012).

Na oddělení NIP jsou tak přijímáni pacienti vyžadující dlouhodobou resuscitační a intenzivní péči po stabilizaci kritického stavu, u kterých nadále selhává jedna či více životních funkcí (nejčastěji ventilace a porucha vědomí) a jsou závislí na ventilátoru, tedy vyžadují umělou plicní ventilaci. Nejčastěji se jedná o pacienty po prodělaných polytraumatech, po kraniotraumatech, po těžkých sepsích (otrava krve), po rozsáhlých chirurgických výkonech, po cévních mozkových příhodách, a také o pacienty s neurologickými degenerativními onemocněními a s chronickým postižením plic či srdce, kdy dochází k jejich selhávání. Tito pacienti kromě základní diagnózy trpí celou řadou přidružených onemocnění – diabetes, ischemická choroba srdeční, ateroskleróza, těžká plicní onemocnění, neurologická onemocnění, ledvinná nedostatečnost atd. Tomu je ovšem nezbytné přizpůsobit také léčebnou strategii, přičemž u některých onemocnění může ventilační podpora trvat i několik měsíců, než dojde k obnovení svalové síly a možnosti dýchat bez dýchacího přístroje (NSPKA, 2010).

Úkol oddělení NIP končí ve chvíli, kdy se podaří stav pacienta zlepšit natolik, že již není závislý na podpoře základních životních funkcí – je tedy zejména schopen dýchat bez jakékoliv podpory, účinně odkašlat a také přijímat potravu. Tehdy lze přistoupit k přeložení pacienta podle jeho celkového stavu typicky na některé z jiných oddělení: lůžkové rehabilitační oddělení, interní oddělení, neurologické oddělení, chirurgické oddělení, lůžka následné péče, případně oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) (Swiss Med Clinic, 2012).

5.2 Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

Jak vyplývá z výše uvedeného vymezení NIP, považuje se z hlediska zdravotnické statistiky za její součást i dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče. V reálném provozu však obvykle jde o odlišná oddělení, která se věnují jiným typům pacientů.

Pracoviště dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) poskytují péči pacientům s poruchou vědomí a závažným, obvykle neurologickým postižením, kterých stav ale již nevyžaduje umělou plicní ventilaci. Stav těchto pacientů však vyžaduje intenzivní dlouhodobou ošetrovatelskou péči zejména o dýchací cesty, rehabilitaci, bazální stimulaci. Nejčastěji jde o pacienty po úrazu mozku, s metabolickým postižením mozku, s neurologickým, plicním nebo srdečním onemocněním, pacienty po náročných operacích, po resuscitaci nebo po cévních

mozkových příhodách. Obvykle jde o pacienty přeložené z akutní intenzivní péče, u kterých je předpoklad zlepšování stavu, nebo právě z oddělení NIP po odpojení umělé plicní ventilace (SURGAL CLINIC, 2016). Pacienti na odděleních DIOP však nadále mají vysoké nároky na ošetřování a zejména na péči o dýchací cesty, neboť mají tracheostomii a ta vyžaduje opakované odsávání z dýchacího traktu (NSPKA, 2010).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6. Cíle praktické části

Praktická část této práce si klade tyto cíle:

- 1) Zhodnotit míru výskytu syndromu vyhoření u respondentů na sledovaných odděleních.
- 2) Zjistit, jaké jsou reálně využívané možnosti prevence syndromu vyhoření na úrovni jednotlivce.
- 3) Zjistit, jaké jsou reálně využívané možnosti prevence syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele.

Pro jejich dosažení zde bude využit empirický výzkum vedoucí k odpovědím na tyto výzkumné otázky:

- 1) Jaká je četnost respondentů se syndromem vyhoření na zkoumaných odděleních?
- 2) Patří k prevenci syndromu vyhoření spíše duševní nebo spíše fyzická činnost respondentů?
- 3) Jaké preventivní programy proti syndromu vyhoření existují ve zkoumaných zařízeních?
- 4) Do jaké míry vyhledávají zdravotníci v boji proti syndromu vyhoření pomoc odborníků?
- 5) Jaké mají respondenti interpersonální vztahy na pracovišti?
- 6) Jaká je spokojenost respondentů s řešením situace v oblasti syndromu vyhoření ze strany vedení zkoumaných zařízení?

7. Metodika výzkumu

7.1 Charakteristika použitých dotazníků

Pro získání potřebných dat byl použit standardizovaný dotazník MBI (Maslach Burnout Inventory) od autorek Christin Maslach a Susane E. Jackson, a dále dotazník vlastní tvorby. (viz příloha C). Pro vypracování výzkumné otázky č. 3 o prevenci syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele byl použit rozhovor o třech stručných otázkách s vrchními sestrami jednotlivých zařízení začátkem března 2016. Vlastní dotazníkové šetření probíhalo po předchozí osobní domluvě s vedením jednotlivých zařízení, a to od konce ledna do začátku března roku 2016. Poté byly dotazníky osobně předány vrchním sestrám jednotlivých oddělení, které byly požádány, aby dotazníky osobně rozdaly sestrám na zkoumaných odděleních a poprosili je o jejich vyplnění. Personál byl o jejich účelu informován. Vyplnění dotazníků bylo anonymní a po jejich vyplnění se vkládaly do přiložené obálky, aby byla zajištěna co nejvyšší anonymita a vstřícnost respondentů pro jejich vyplnění. Vlastní dotazník obsahoval 15 otázek. Byly zde použity 4 otázky zavřené, 6 otázek polozavřených a 5 otázek identifikačních. Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků, zpět se vrátilo 124 vyplněných dotazníků, přičemž všechny byly vyplněné správně a tudíž použitelné k výzkumu a následnému vyhodnocení. Návratnost dotazníků tedy byla 83 %. Výzkumný vzorek tvořilo 124 respondentů, kteří pracují na odděleních NIP a DIOP.

Ke zpracování výsledků byl použit program Microsoft Excel, ve kterém se veškeré získané informace zpracovaly a vytvořily se dále uvedené grafy. Pro procentuální 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.

7.2 Charakteristika zkoumaných zařízení

Vlastní výzkum probíhal celkem ve čtyřech zdravotnických zařízeních, které disponují lůžky následné a dlouhodobé intenzivní péče, přičemž všechna tato zařízení jsou spravována soukromými společnostmi.

První zařízení (A), kde výzkum probíhal, je oblastní nemocnice ve městě o přibližně 19 000 obyvatel, přičemž lůžková oddělení jsou částí nestátního zdravotnického zařízení patřícího

soukromému majiteli se sídlem v Rakousku. Tato nemocnice kromě NIP a DIOP oddělení disponuje také lůžkovým gynekologickým, interním, MOJIP (multioborová jednotka intenzivní péče) a chirurgickým oddělením.

Druhé zařízení (B) je rehabilitační klinika krajského typu, kde se kromě NIP oddělení nachází také lůžkové rehabilitační oddělení. NIP oddělení je zde v provozu necelé tři roky a je nestátním zařízením.

Třetí zařízení (C) se nachází v nemocničním komplexu fakultní nemocnice, kde bylo v jednom z jejích pavilonů zřízeno oddělení NIP a DIOP. Nemocnice se nachází v hlavním městě krajského typu s počtem obyvatel 1 272 690. Je nestátním zdravotnickým zařízením.

Čtvrté oddělení NIP (D) patří mezi zařízení, kde se lůžka tohoto typu používají velmi dlouhou dobu. Zařízení je rovněž nestátní zdravotnické zařízení. Nemocnice se nachází v hlavním městě krajského typu s počtem obyvatel 1 272 690. Areál nemocnice disponuje ještě dalšími odděleními, a to Rehabilitačním, ARO, Gynekologie, Chirurgie, Interní oddělení, Kardiologie, Neurologie a ORL oddělení.

Charakteristika zkoumaného vzorku

Výběr respondentů byl záměrný a základním předpokladem výzkumného šetření byla respondentova ochota vyplnit dotazník. Výzkumný vzorek tvořilo 76 respondentů z oddělení následné intenzivní péče (NIP) a 48 respondentů z oddělení dlouhodobé intenzivní odborné péče (DIOP). Dotazníky byly určeny pro zaměstnance těchto zařízení, a to konkrétně pro všeobecné sestry, zdravotnické asistenty a záchranáře, kteří pracují na pozici všeobecných sester.

Součástí výzkumu byl i rozhovor s představitelem managementu těchto zařízení, přičemž po předchozí domluvě se sekretariáty těchto zařízení se nakonec uskutečnily rozhovory s vrchními sestrami jednotlivých zařízení.

7.3 Kvantitativní výzkum

V této práci byl kvantitativní výzkum proveden pouze na základní úrovni popisné statistiky, bez hlubšího zkoumání vzájemných vztahů mezi proměnnými. Dle Budíkové a kol. (2010, s. 12) se popisnou statistikou rozumí popis a sjednocování informací obsažených ve velkém množství dat. Tohoto lze docílit pomocí různých tabulek, grafů, ale také funkcionálních nebo

číselných charakteristik, a to s využitím základních matematických operací. Výsledkem je zprůhlednění informací, které se skrývají v datových souborech.

7.4 Kvalitativní výzkum

Pro tento druh výzkumu je charakteristické, že pracuje s malým souborem respondentů. Jako metodu využívá hlavně metodu rozhovorů, a to konkrétně hloubkové individuální rozhovory, popřípadě také skupinové rozhovory. Dále tato metoda využívá metody jako pozorování, průzkum nebo srovnávání. K oblíbeným námětům kvalitativního výzkumu patří výzkumy, které se zabývají životem lidí, různými příběhy z jejich života nebo chováním, ale také chodem organizací, popřípadě vzájemným vztahy. K analýze dat se nepoužívají statistické metody, ale provádí se vyhodnocování jednotlivých případů (Kutnohorská, 2008, s. 14).

8. Kvalitativní část výzkumu

Jak již bylo zmíněno, součástí mého výzkumu byla také kvalitativní část zaměřená na výzkumnou otázku číslo 3. Cílem tedy bylo zjistit, zda jsou ve zkoumaných zařízeních pro jejich zaměstnance prováděny preventivní programy proti syndromu vyhoření. Tato část výzkumu byla provedena pouze na základní úrovni a nejde o kvalitativní výzkum v pravém slova smyslu. Zejména zde absentuje podrobný záznam a kódování průběhu a obsahu rozhovorů. Z rozhovorů bylo provedeno stručné závěrečné shrnutí. Pro účely této konkrétní práce by však i takto zestručněný kvalitativní výzkum měl postačovat, neboť zde má spíše pomocnou funkci.

8.1 Rozhovory

Rozhovory jsem vedla s vrchními sestrami jednotlivých zařízení při vyzvedávání vyplněných dotazníků. V rozhovoru mi tyto vrchní sestry odpovídaly na tři otevřené otázky. Znění těchto otázek tedy bylo následující:

Otázka č. 1: Poskytujete svým zaměstnancům semináře, programy či exkurze, které se vztahují k boji proti syndromu vyhoření?

Otázka č. 2: Pořádá vedení společné akce pro zaměstnance i mimo pracovní dobu, kde mají zaměstnanci možnost se odreagovat od pracovních povinností?

Otázka č. 3: Dostávají zaměstnanci poukázky nebo příspěvky na odpočinek či regeneraci?

Odpovědi z jednotlivých zařízení jsou uvedeny níže. Pro přehlednost uvádím před každou odpovědí i znění příslušné otázky.

ZAŘÍZENÍ A

1. Poskytujete svým zaměstnancům preventivní semináře nebo programy či exkurze, které se vztahují k boji proti syndromu vyhoření?

„Žádné semináře, programy či exkurze konkrétně ohledně prevence syndromu vyhoření pro naše zaměstnance nepořádáme. V našem zařízení probíhají občas semináře na různá témata, kterých se mají možnost zaměstnanci zúčastnit. Dále na naši kliniku přicházejí nabídky na návštěvu různých konferencí nebo seminářů, které jsou pořádány v rámci dalšího vzdělávání sester nebo v rámci sbírání kreditů potřebných k prodloužení registrací, tyto akce si ale hradí

bud' sestry samy, nebo pokud ředitelství obdrží ponuku od některého z dodavatelů spotřebního materiálu naší kliniky, tak hradí tyto akce zaměstnancům naše zařízení. “

2. Pořádá vedení společné akce pro zaměstnance i mimo pracovní dobu, kde mají zaměstnanci možnost se odreagovat od pracovních povinností?

„Již tradičně a každoročně pořádá vedení pro naše zaměstnance pouze vánoční večírek. V minulosti se pořádaly ještě sportovní akce jako třeba jízdy na kolech, výlety do různých lokalit nebo posezení u táboráků, ale v posledních letech se tyto akce již nepořádají. V průběhu roku si chodí zaměstnanci z vlastní iniciativy společně posedět do restaurace. Konkrétně kolektiv NIP oddělení si chodí občas i s lékaři a primářem oddělení zahrát společně kuželky. “

3. Dostávají zaměstnanci poukázky nebo příspěvky na odpočinek či regeneraci?

„Ne, zaměstnanci naší společnosti žádné pravidelné příspěvky nebo poukázky tohoto typu nedostávají. Je zde ale možnost víkendového pobytu v lázních v Rakousku, který nám omezeně poskytuje vlastník naší nemocnice, kterému právě tento lázeňský dům patří. Je to ale pouze pro pár zaměstnanců, přičemž si část nákladů na tento pobyt musí zájemci uhradit sami. “

ZAŘÍZENÍ B

1. Poskytujete svým zaměstnancům preventivní semináře nebo programy či exkurze, které se vztahují k boji proti syndromu vyhoření?

„Co se týče konkrétně syndromu vyhoření, tak to nepořádáme. Pokud má ale zaměstnanec zájem seminář nebo kurz na toto téma navštívit, je tady možnost tuto akci zaměstnavatelem proplatit. Zaměstnancům proplácíme i akce, které se týkají jiných témat, které se vztahují k jejich profesi a jsou potřebné ke zvyšování vzdělání či zkvalitnění péče o naše klienty. “

2. Pořádá vedení společné akce pro zaměstnance i mimo pracovní dobu, kde mají zaměstnanci možnost se odreagovat od pracovních povinností?

„Oddělení následní intenzivní péče zde na klinice je provozováno pouze necelé 3 roky a jiné akce kromě vánočního večírku, který hradí organizace, neprovádíme. Sestřičky se tu a tam po pracovní době scházejí u dobrého jídla v restauracích. “

3. Dostávají zaměstnanci poukázky nebo příspěvky na odpočinek či regeneraci?

„Zaměstnanci mají možnost využít masáže, rehabilitaci či fyzioterapii na zdejší klinice, jelikož naše klinika je mimo jiné hlavně lůžkovým rehabilitačním zařízením. Masáže si ale hradí sami. Další příspěvky ani poukázky nedostávají.“

ZAŘÍZENÍ C

1. Poskytujete svým zaměstnancům preventivní semináře nebo programy či exkurze, které se vztahují k boji proti syndromu vyhoření?

„Zaměstnanci by se měli dobrovolně zúčastňovat seminářů, které probíhají v rámci fakultní nemocnice, kde má naše oddělení v jednom z jejích pavilonu sídlo. Co se týče syndromu vyhoření, tak přímo na tohle téma zde semináře nepořádáme a neprobíhá zde ani žádná supervize nebo školení o stresu. Zaměstnanci navštěvují také různé konference nebo semináře, které pořádají jiné nemocnice nebo organizace.“

2. Pořádá vedení společné akce pro zaměstnance i mimo pracovní dobu, kde mají zaměstnanci možnost se odreagovat od pracovních povinností?

„Sportovní akce ani společné večírky naše vedení nepořádá, kromě vánočního večírku. Pokud vím, zaměstnanci se tu a tam scházejí po pracovní době a jdou si sednout buď do kavárny nebo restaurace či hospody.“

3. Dostávají zaměstnanci poukázky nebo příspěvky na odpočinek či regeneraci?

„Bohužel ne, nic takového jim poskytováno není.“

ZAŘÍZENÍ D

1. Poskytujete svým zaměstnancům preventivní semináře nebo programy či exkurze, které se vztahují k boji proti syndromu vyhoření?

„Proti syndromu vyhoření zde na klinice žádné semináře nepořádáme. Vybavuju si, že pár let dozadu zde nějaký seminář na toto téma proběhl, ale je to už delší doba. Pravidelně zde nic k této problematice nepořádáme. Zaměstnanci se zúčastňují seminářů a konferencí, ke kterým dostáváme nabídky v průběhu celého roku, a tyto akce jim pak hradí zaměstnavatel.“

2. Pořádá vedení společné akce pro zaměstnance i mimo pracovní dobu, kde mají zaměstnanci možnost se odreagovat od pracovních povinností?

„Vedení akce tohoto typu nepořádá. V období Vánoc se koná každoročně vánoční večírek, na který nám přispívají naši dodavatelé spotřebního materiálu nebo sponzoři. Zaměstnanci se navzájem scházejí spíše individuálně po pracovní době.“

3. Dostávají zaměstnanci poukázky nebo příspěvky na odpočinek či regeneraci?

„Ne, nedostávají od zaměstnavatele žádné poukázky ani příspěvky. Tento rok jim byla vyplacena pouze mimořádná odměna na konci roku. Jsem si vědoma, že by si za odvedenou práci určitě nějaký benefit zasloužili, no zatím bohužel nic takového vedení neplánuje zavádět.“

8.2 Vyhodnocení rozhovorů

Výsledky rozhovorů uskutečněných v rámci kvalitativní části výzkumu lze shrnout do několika kladných a záporných bodů pro každé zkoumané zařízení.

ZAŘÍZENÍ A

- neprobíhají žádné semináře ani programy, které by se zabývaly syndromem vyhoření
- žádné společné sportovní akce mimo pracoviště pořádané vedením
- žádné pravidelné příspěvky na regeneraci či odpočinek
- + pořádání vánočního večírku
- + společné občasné hraní kuželek i s přítomností lékařů oddělení NIP
- + možnost využití víkendového pobytu v lázních v Rakousku

ZAŘÍZENÍ B

- neprobíhají žádné semináře ani programy, které by se zabývaly syndromem vyhoření
- žádné společné sportovní akce mimo pracoviště pořádané vedením
- + ochota zaměstnavatele proplácet semináře, které zájemci mají zájem navštívit
- + pravidelné konání Vánočních večírků organizovány vedením
- + možnost využití masáží na klinice
- + společné posezení v restauraci

ZAŘÍZENÍ C

- neprobíhají žádné semináře ani programy, které by se zabývaly syndromem vyhoření

- žádné společné sportovní akce mimo pracoviště pořádané vedením
- žádné pravidelné příspěvky na regeneraci či odpočinek
- + každoroční organizování Vánočních večírků
- + scházení se personálu v restauračních zařízeních

ZAŘÍZENÍ D

- neprobíhají žádné semináře ani programy, které by se zabývaly syndromem vyhoření
- žádné společné sportovní akce mimo pracoviště pořádané vedením
- žádné pravidelné příspěvky na regeneraci či odpočinek
- + každoroční organizování Vánočních večírků
- + scházení se personálu v restauračních zařízeních
- + vyplacení mimořádné odměny zaměstnancům na konci roku

8.3 Souhrn výsledků provedených rozhovorů

Z rozhovorů je patrné, že ve všech čtyřech zařízeních, ve kterých výzkum probíhal, se nepořádají žádné pravidelné semináře ani školení, ani podobné akce tohoto typu. Společné pro všechna zařízení bylo pouze každoroční provádění vánočních večírků, a také posezení zaměstnanců v restauračních zařízeních po pracovní době.

8.4 Doporučení pro praxi

Na základě zjištěných a vyhodnocených výsledků rozhovorů byly navrženy následující doporučení, která by mohli být užitečné k předcházení vzniku syndromu vyhoření, které pracují na zkoumaných odděleních.

Ze stran zaměstnavatele:

Jedním z návrhu k řešení prevence vzniku syndromu vyhoření, který může vzniknout na základě stereotypní náplně práce a skladby pacientů, je mobilita sester. Jedná se o možnost přeřazení sester na jiné oddělení nebo pracoviště po uplynutí určité doby praxe na odděleních podobného typu. Zaměstnavatel by dále měl své zaměstnance motivovat k výkonu tohoto zaměstnání například pořádáním relaxačních pobytů, na které by jim částečně přispíval, pořádáním supervize nebo psychologických cvičení, seminářů na téma syndrom vyhoření, poskytováním různých benefitů, přispíváním na vstupné do plaveckých bazénů, fitness center, masážních salonů, popřípadě návštěvu relaxačních procedur a pod. Dále by měl zaměstnavatel zajistit správnou organizaci práce a motivaci k výkonu tohoto povolání třeba občasnou finanční odměnou.

Ze stran sester:

Dostatečné vzdělávání, návštěva kurzů zabývajících se syndromem vyhoření a jeho prevencí, čtením článků odborných časopisů a dostupné literatury zabývajících se výsledky výzkumných šetření zaměřených na tuto problematiku apod.

Sestry by měly dbát na svoji duševní hygienu, dostatečně odpočívat, relaxovat a věnovat se svým koníčkům nebo zálibám které jim pomohou odpoutat se od pracovních problémů.

9. Kvantitativní část výzkumu

Kvantitativní část výzkumu tvoří standardizovaný dotazník MBI a dotazník vlastní tvorby.

9.1 Dotazník MBI

Dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI, viz příloha A) patří mezi nejpoužívanější dotazníkové metody, které se využívají k diagnostice syndromu vyhoření. Autorkami tohoto dotazníku jsou Christina Maslach a Susan E. Jackson, do české podoby jej přeložila Iva Šolcová. Dotazník je volně použitelný a umožňuje vyhodnotit tři faktory:

-stupeň emocionálního vyčerpání (EE);

-stupeň depersonalizace (DP);

-stupeň osobního uspokojení (PA).

Dotazník je sestaven celkem z 22 jednotlivých položek, ke kterým respondent přiřazuje čísla od 1 až po 6 z hodnotící škály. Ke zjištění emocionálního vyčerpání slouží 9 položek dotazníku, k prokázání stupně depersonalizace slouží 5 položek z dotazníku, a zbylých 8 položek ozřejmuje stupeň osobního uspokojení v práci u respondenta (Venglářová, 2011, s. 43-44).

Dotazník se pak následně dá vyhodnotit dvojím způsobem, a to jednak na základě četnosti výskytu pocitů, jednak na stupnici intenzity pocitů. Pro svůj výzkum jsem se rozhodla použít stupnici s četností výskytu pocitů.

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

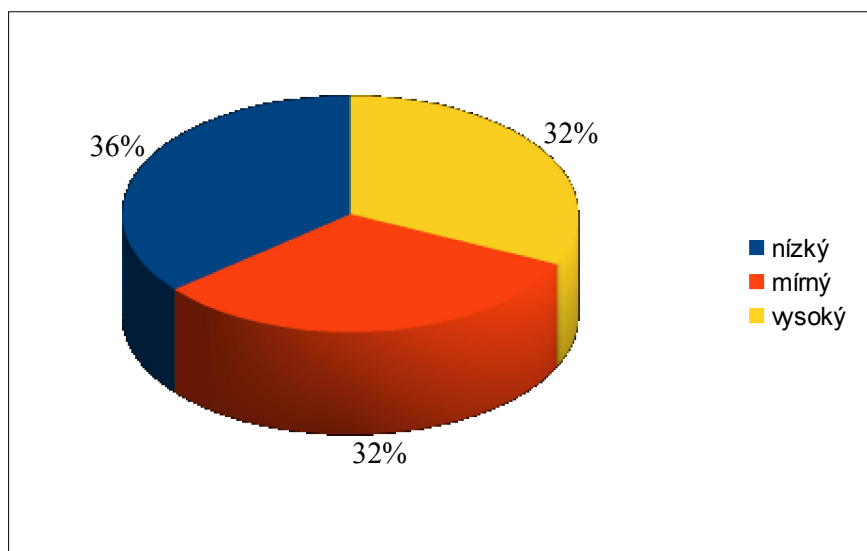
nízký 31 –0 = vyhoření

(Venglářová, 2011, s.44)

Vyhodnocení dat dotazníku MBI

Na následujících stránkách jsou uvedena výsledná data získaná z dotazníku MBI, a to ve struktuře odpovídající rozčlenění uvedenému na předchozí straně této práce.

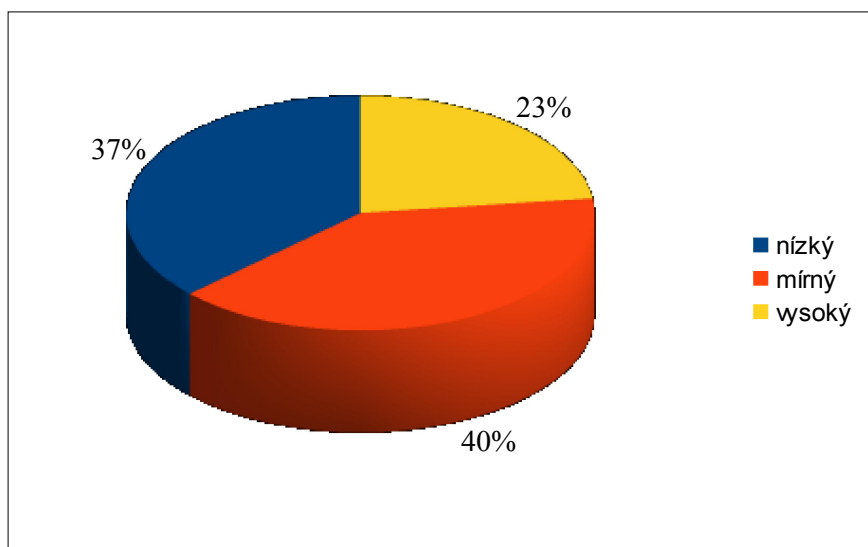
Na obrázku č. 1 je tedy zobrazeno rozložení respondentů z hlediska jejich emocionálního vyčerpání (EE).



Obrázek 1 Graf zobrazující stupeň vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání

Z celkového počtu respondentů 124 (100%) má dle standardizovaného dotazníku MBI 44 respondentů (36%) nízký stupeň vyčerpání, 40 respondentů (32%) trpí mírným stupněm vyčerpání a 40 respondentů (32%) je v oblasti emocionálního vyčerpání vyhořelých.

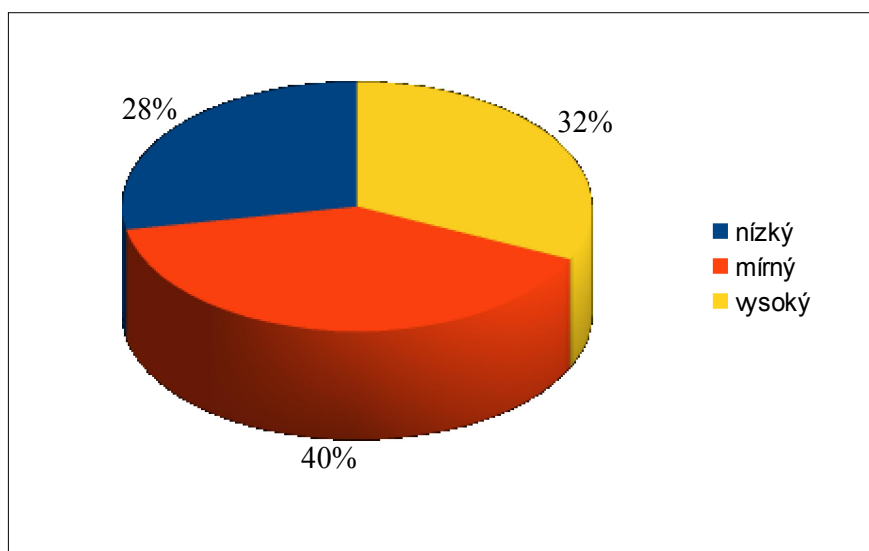
Graf znázorňující stupeň depersonalizace (DP) u zkoumaných respondentů.



Obrázek 2 Graf zobrazující stupeň vyhoření v oblasti depersonalizace

46 respondentů (37 %) nepocítuje depersonalizaci, 50 respondentů (40 %) lze považovat za osoby s mírným stupněm depersonalizace a 28 respondentů (23 %) je v oblasti depersonalizace vyhořelých

Graf na dalším obrázku znázorňuje stupeň osobního uspokojení (PA).



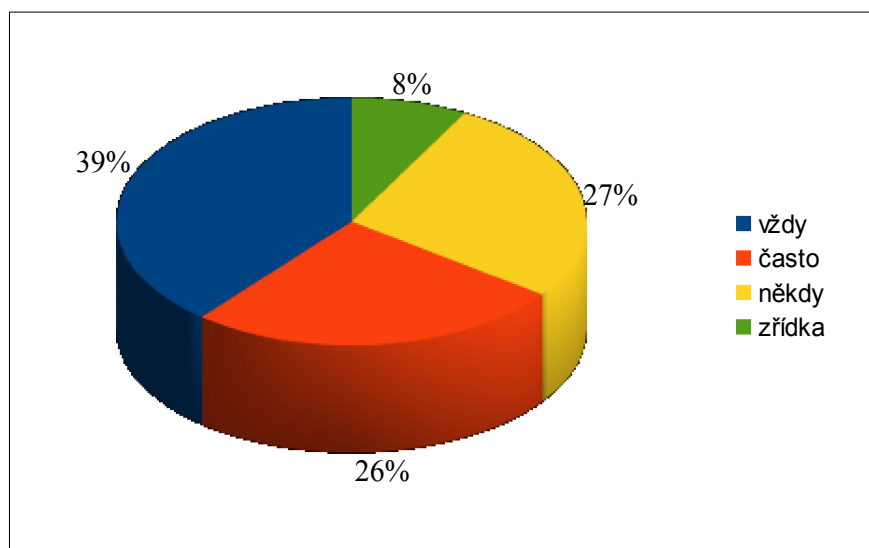
Obrázek 3 Graf zobrazující stupeň vyhoření v oblasti osobního uspokojení

Vysoký stupeň osobního uspokojení vyplynul z dotazníku u 40 respondentů (32 %), mírný stupeň osobního uspokojení u 50 respondentů (40 %) a 34 respondentů (28 %) je v tomto směru vyhořelých s nízkým stupněm osobního uspokojení.

9.2 Dotazník vlastní tvorby

Kromě standardizovaného dotazníku MBI by ve výzkumu použit i dotazník vlastní konstrukce, na základě kterého byly vyhodnoceny tyto otázky:

Otázka č. 1: Můžete se s pracovním problémem obrátit na kolegyně či kolegy nebo na své přímé nadřízené?

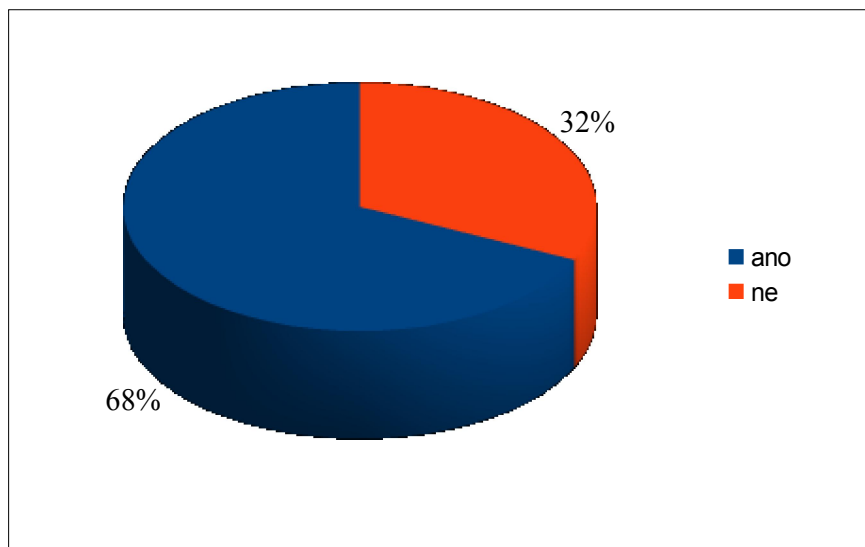


Obrázek 4 Graf zachycující odpověď na otázku *Můžete se s pracovním problémem obrátit na kolegyně či kolegy nebo na své přímé nadřízené?*

48 respondentů (39 %) je přesvědčených, že se na své kolegyně a nadřízené může spolehnout vždy, 33 respondentů (27 %) označilo možnost „často“, 33 respondentů (27 %) odpovědělo možnost „někdy“ a 10 respondentů (8 %) se na své kolegyně nadřízené spoléhá jenom zřídka.

Otázka č. 2: Využíváte k prevenci syndromu vyhoření fyzickou činnost?

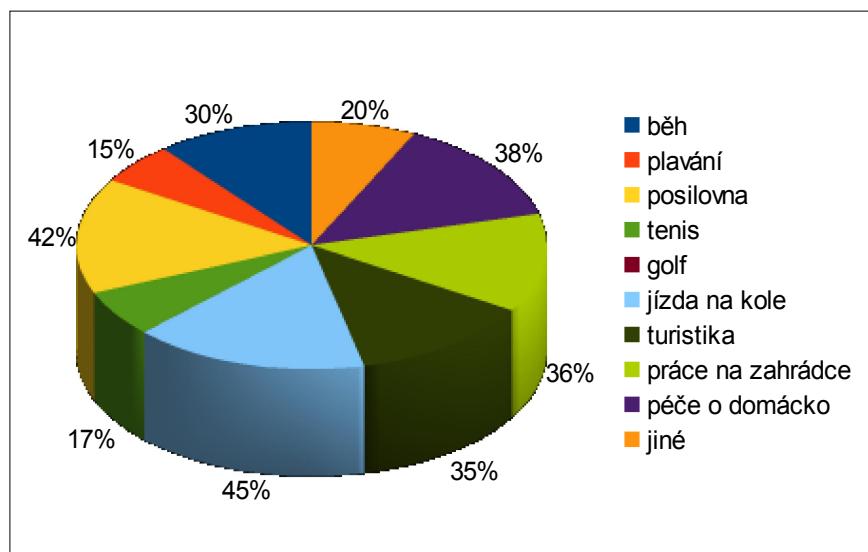
84 respondentů (68 %) uvedlo, že využívá fyzickou činnost, 40 respondentu (32 %) fyzickou



Obrázek 5 Graf zachycující odpověď na otázku *Využíváte k prevenci vzniku syndromu vyhoření fyzickou činnost?*

činnost nevyužívá. Respondenti, kteří na tuto otázku odpověděli „ano“, odpovídali dále na další podotázku, kde svou odpověď rozvedli.

Odpovědi na tuto podotázku zachycuje další graf.

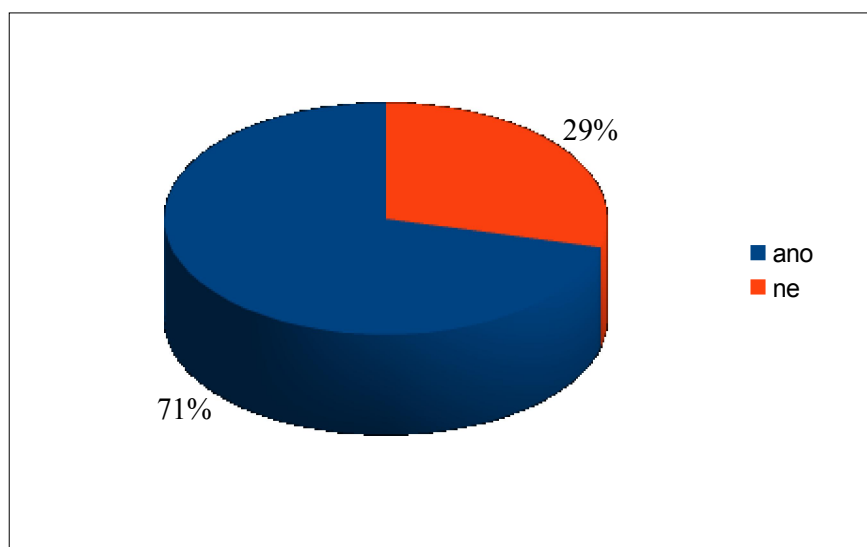


Obrázek 6 Graf zachycující fyzickou činnost využívanou k prevenci vzniku syndromu vyhoření

Tento obrázek nám ukazuje, které konkrétní fyzické činnosti respondenti k prevenci syndromu vyhoření využívají z nabízených možností. 25x (30 %) byl zvolen běh, 13x (15 %) bylo zvoleno plavání, 35x (42 %) byla zvolena posilovna, 14x (17 %) zvolilo tenis, golfu se nevěnuje žádný z respondentů, 38x (45 %) byla zvolena jízdu na kole, 29x (35 %) byla zvolena turistika, 30x (36 %) byla zvolena práce na zahrádce, 32x (38 %) byla zvolena péče o domácího, no a konečně možnost jiné volby byla zvolena 17x (20 %).

V této otázce mohli respondenti označit více odpovědí, proto procentuální součet činí více než 100 %.

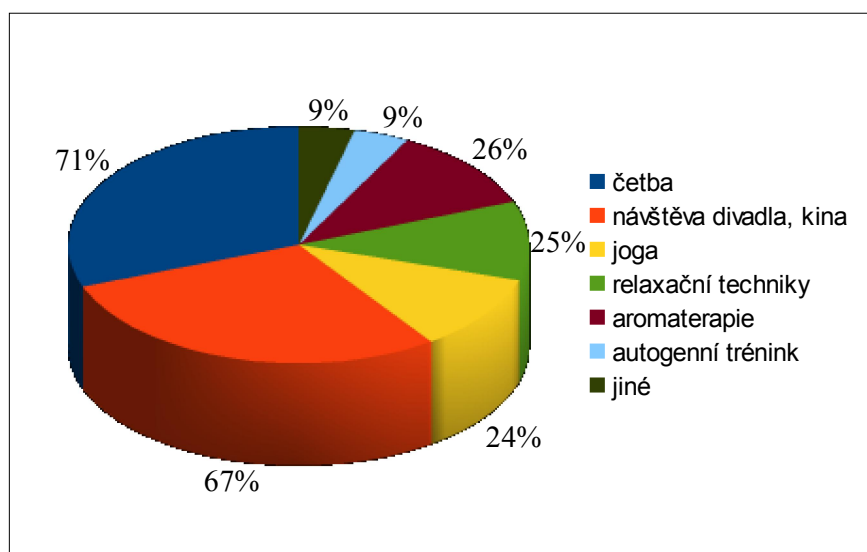
Otázka č. 3: Využíváte k prevenci syndromu vyhoření duševní činnost?



Obrázek 7 Graf zachycující odpověď na otázku *Využíváte k prevenci vzniku syndromu vyhoření duševní činnost?*

Z grafu je patrné, že 61 respondentů (71 %) odpovědělo kladně a 26 respondentů (29 %) označilo zápornou odpověď. Respondenti, kteří na tuto otázku odpověděli „ano“, odpovídali dále na další podotázku, kde svou odpověď rozvedli o konkrétní činnosti.

Odpovědi na tuto podotázku zachycuje další graf.

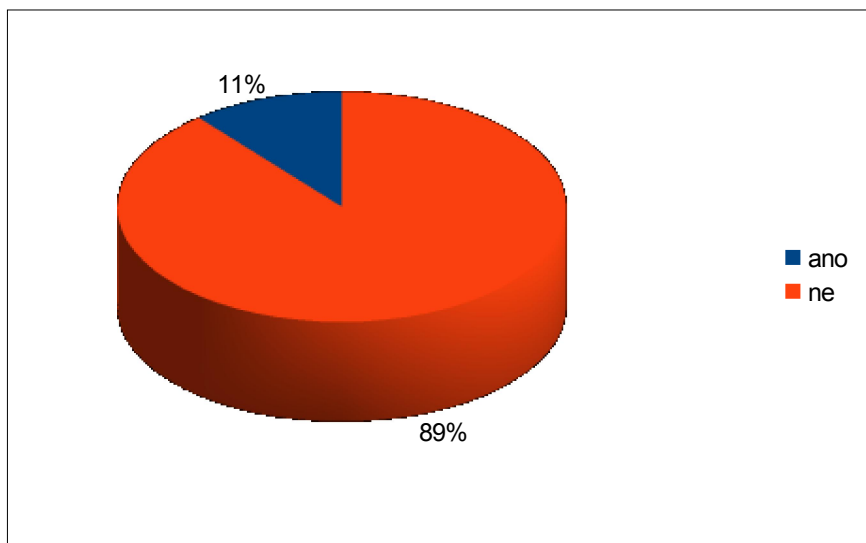


Obrázek 8 Graf zachycující duševní činnost využívanou k prevenci vzniku syndromu vyhoření

V další části této otázky mohli respondenti opět označit více možností. 62x (71 %) byla zvolena četba, 58x (67 %) byla zvolena návštěva divadla nebo kina, 21x (24 %) byla zvolena jóga, 22x (25 %) byly zvoleny relaxační techniky, 23x (26 %) byla zvolena aromaterapie, 8x (9 %) byl zvolen autogenní trénink, no a možnost „jiné“ byla také zvolena 8x (9%).

V této otázce mohli respondenti označit více odpovědí, proto procentuální součet činí více než 100 %.

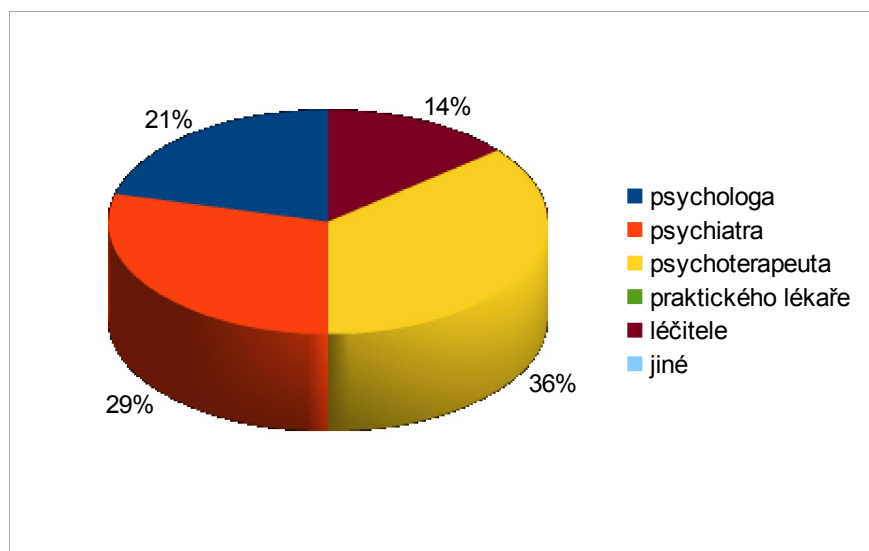
Otázka č.4: Vyhledáváte, nebo jste v minulosti vyhledal (-a) k řešení syndromu vyhoření odbornou pomoc?



Obrázek 9 Graf zachycující odpověď na otázku *Vyhledáváte, nebo jste v minulosti vyhledala k řešení syndromu vyhoření odbornou pomoc?*

Tento obrázek nám podává informace o tom, zda respondenti vyhledávají, nebo někdy v minulosti vyhledali, odbornou pomoc ke zvládnutí příznaků syndromu vyhoření. Odpověď ano označilo 14 respondentů (11 %), 110 respondentů (89 %) odbornou pomoc nikdy nevyhledalo.

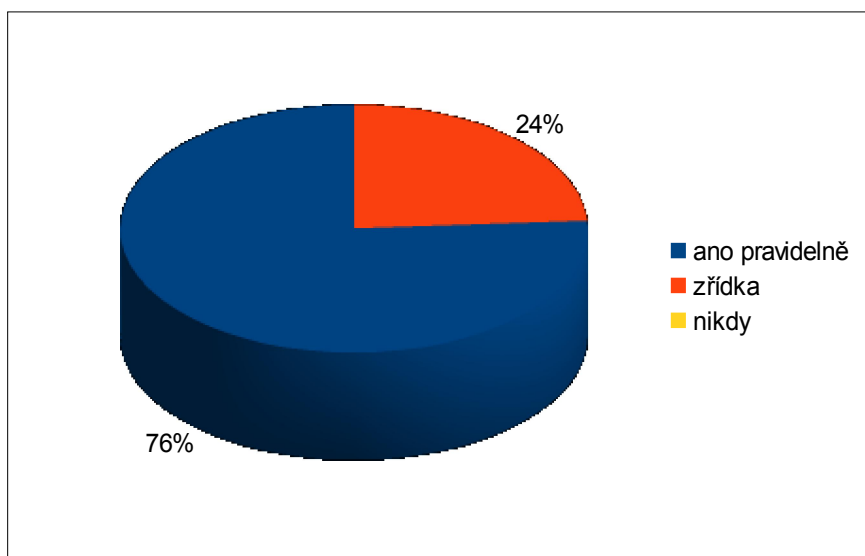
V případě kladné odpovědi odpovídali respondenti i na další otázku, kterou svou prvotní odpověď dále rozvedli.



Obrázek 10 Graf zachycující to, jakou odbornou pomoc respondenti vyhledávají nebo v minulosti vyhledali.

Graf ukazuje, který druh odborné pomoci respondenti vyhledali ke zvládnutí syndromu vyhoření. 3x (21 %) bylo zvoleno pomoc psychologa, 5x (29 %) byla zvolena návštěva psychiatra, 5x (36 %) byla zvolena návštěva psychoterapeuta a 2x (14 %) byla zvolena návštěva lékaře. I v této otázce mohli respondenti označit více odpovědí, proto procentuální součet činí více než 100 %.

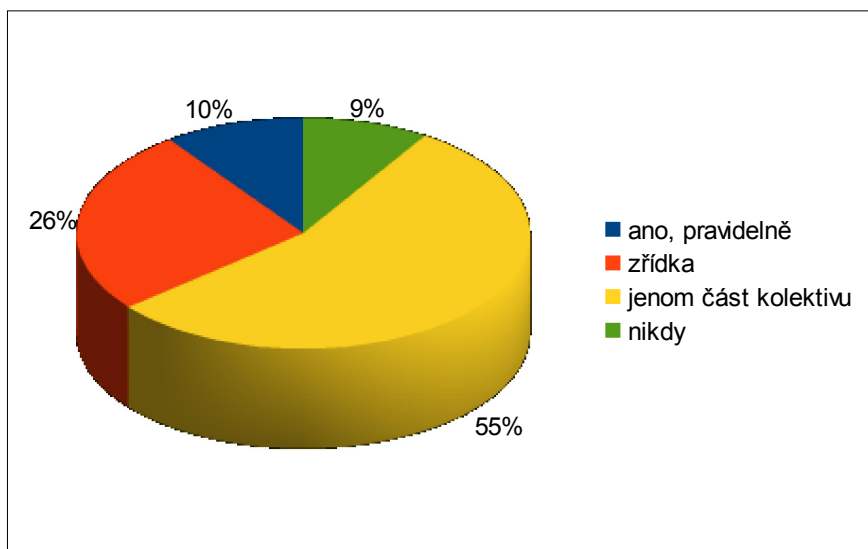
Otázka č. 5: Provádí se na vašem oddělení pravidelné provozní schůze, kde můžete prodiskutovat případné pracovní problémy?



Obrázek 11 Graf zachycující odpověď na otázku *Provádí se na Vašem oddělení pravidelné schůze, kde můžete prodiskutovat pracovní problémy?*

Na tuto otázku odpovědělo „ano, pravidelně“ 94 respondentů (76 %) a možnost „zřídka“ označilo 30 respondentů (24 %). Odpověď „nikdy“ neoznačil žádný respondent. Tyto respondenti byly z jednoho zařízení. Spíše než na objektivní skutečnost však tato otázka směřovala na její vnímání respondenty. Z rozhovorů s vedoucími pracovníky zkoumaných oddělení (viz předchozí kapitola) nevyplývá, že by se na těchto odděleních formálně pořádali schůze tohoto typu. Většina respondentů je však zřejmě schopna využít pro tyto účely jiných kolektivních setkání.

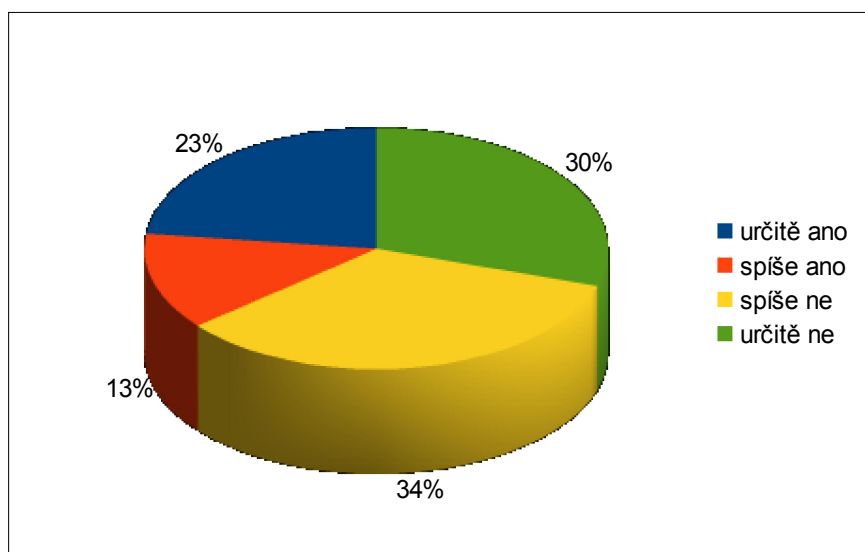
Otázka č. 6: Scházíte se jako kolektiv i mimo pracovní dobu?



Obrázek 12 Graf zachycující odpověď na otázku *Scházíte se jako kolektiv i mimo pracovní dobu?*

V této otázce 12 respondentů (10 %) označilo odpověď „ano pravidelně“, 33 respondentů (26 %) uvedlo odpověď „zřídka“, 68 respondentů (55 %) se schází jenom s částí kolektivu, a 11 respondentů (9 %) uvedlo odpověď „nikdy“.

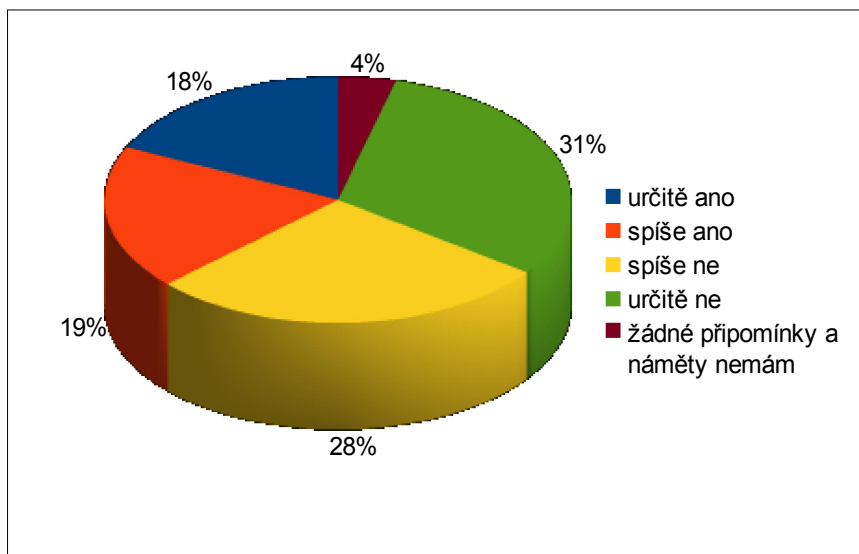
Otázka č. 7: Domníváte se, že prevence proti syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele je dostatečná?



Obrázek 13 Graf zachycující odpověď na otázku *Domníváte se, že prevence proti vyhoření ze strany zaměstnavatele je dostatečná?*

V této otázce odpovědělo možnost „určitě ano“ 29 respondentů (23 %), možnost „spíše ano“ označilo 16 respondentů (13 %), „spíše ne“ uvedlo 42 respondentů (34 %) a 37 dotazovaných (30 %) si myslí, že prevence proti syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele určitě není dostatečná.

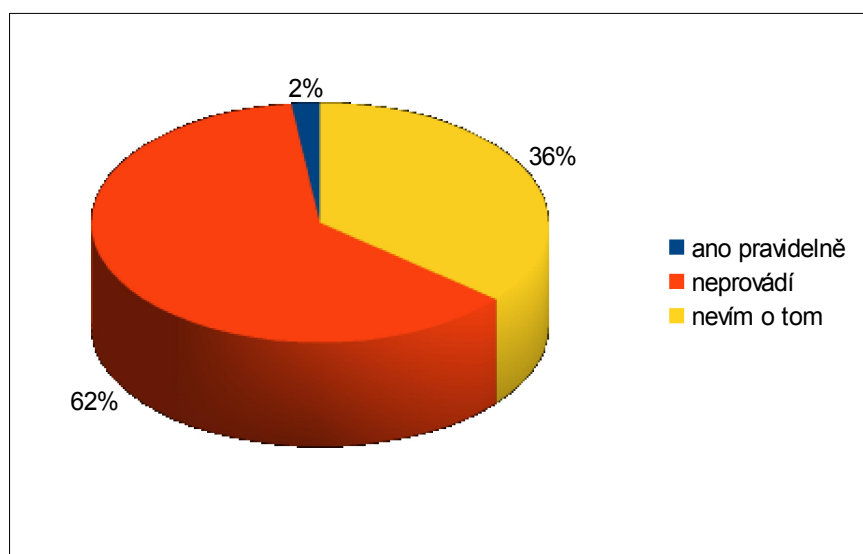
Otázka č. 8: Myslíte si, že vedení má zájem řešit pracovní problémy a případné připomínky ke zlepšení pracovní zátěže a efektivity práce?



Obrázek 14 Graf zachycující odpověď na otázku *Myslíte si, že vedení má zájem řešit pracovní problémy a připomínky ke zlepšení pracovní zátěže a efektivity práce?*

V tomto grafu lze vidět, že odpověď „určitě ano“ označilo 22 respondentů (18 %), „spíše ano“ uvedlo 24 respondentů (19 %), volbu odpovědi „spíše ne“ označilo 35 respondentů (28 %), volbu „určitě ne“ uvedlo 38 respondentů (31 %), no a žádné připomínky a náměty ke zlepšení pracovní zátěže a efektivity práce nemá 5 respondentů (4 %).

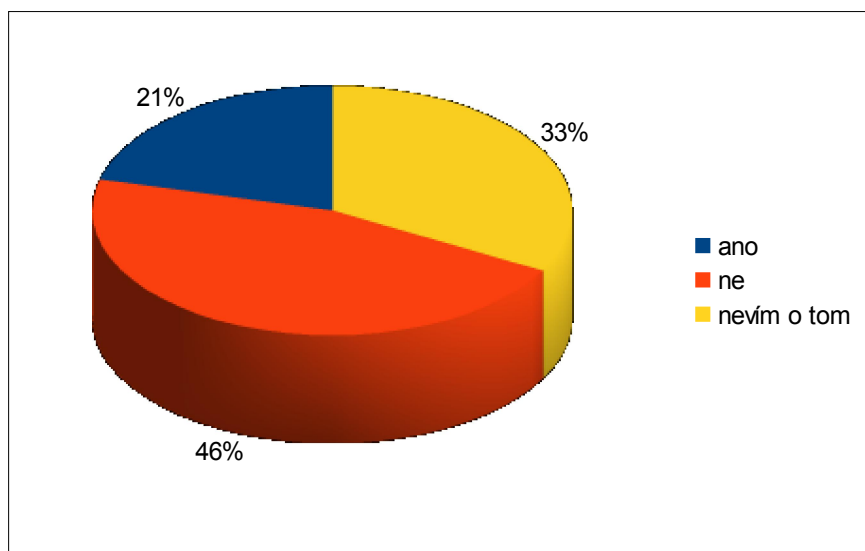
Otázka č. 9: Pořádá Váš zaměstnavatel preventivní programy proti vzniku syndromu vyhoření?



Obrázek 15 Graf zachycující odpověď na otázku *Pořádá Váš zaměstnavatel preventivní programy proti vzniku syndromu vyhoření?*

Pouze 3 respondenti (2 %) odpověděli kladně, možnost „ne, neprovádí“ označilo 77 respondentů (62 %), a odpověď „nevím o tom“ uvedlo 45 respondentů (36 %). Podobně, jako otázka č. 5, i tato otázka směřovala spíše na subjektivní vnímání skutečnosti respondenty. Z rozhovorů s vedoucími pracovníky zkoumaných oddělení (viz předchozí kapitola) vyplývá, že žádný z předmětných zaměstnavatelů preventivní programy nepořádá. S tím ostatně korespondují i odpovědi na tuto otázku č. 9, kdy 3 kladné odpovědi mohou být způsobeny omylem nebo jiným účelem programu, který daný zaměstnavatel pořádá a který se zaměřuje jiným směrem.

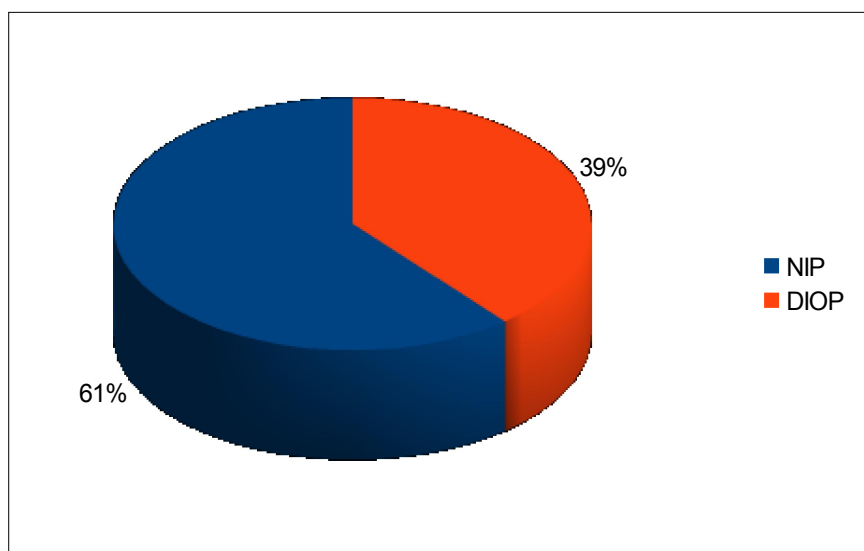
Otázka č. 10: Poskytuje, nebo přispívá Váš zaměstnavatel na ozdravné pobyty nebo rekreace, případně poskytuje benefity ke kulturnímu nebo sportovnímu využití k Vaší relaxaci či odpočinku?



Obrázek 16 Graf zachycující odpověď na otázku *Poskytuje, nebo přispívá Váš zaměstnavatel na ozdravné pobyty nebo rekreaci, popř. poskytuje benefity ke kulturnímu nebo sportovnímu využití k Vaší relaxaci či odpočinku?*

Na tuto otázku bylo odpověděno následovně: 26 respondentů (21 %) odpovědělo „ano“, 58 respondentů (46 %) odpovědělo možností „ne“, a 41 respondentů (33 %) o příspěvcích neví. Podobně, jako otázky č. 5 a 9, i tato otázka směřovala spíše na subjektivní vnímání skutečnosti respondenty. Z rozhovorů s vedoucími pracovníky zkoumaných oddělení (viz předchozí kapitola) vyplývá, že alespoň nějaký benefit tohoto typu poskytují dvě ze čtyř zkoumaných zařízení. Jelikož však v jednom případě (zařízení B) jde zejména o dotovaný pobyt v lázních v Rakousku, tedy spíše zřídka využívaný benefit, mnoho pracovníků o něm pravděpodobně neví.

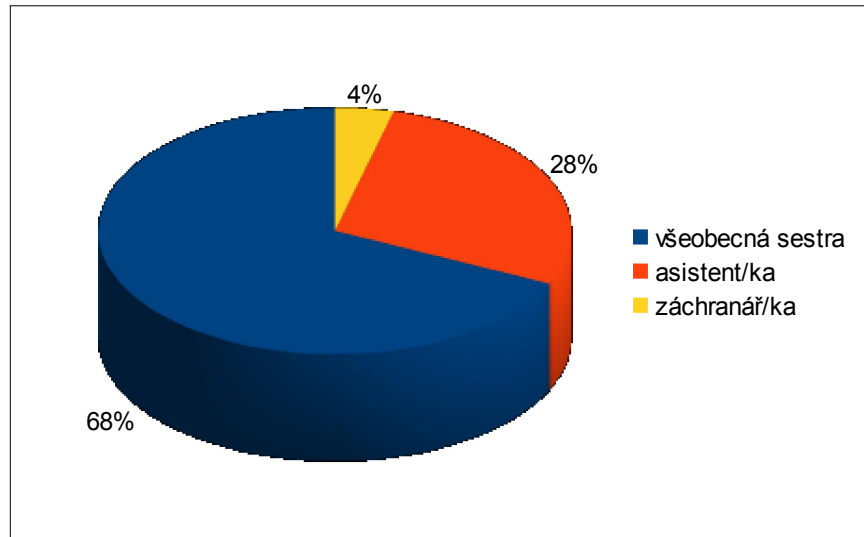
Otázka č. 11: Na jakém oddělení pracujete?



Obrázek 17 Graf zobrazující typ pracoviště respondentů

Obrázek nám ukazuje, že 75 respondentů (61 %) odpovídalo z oddělení NIP a 49 respondentů (39 %) pracuje na oddělení DIOP.

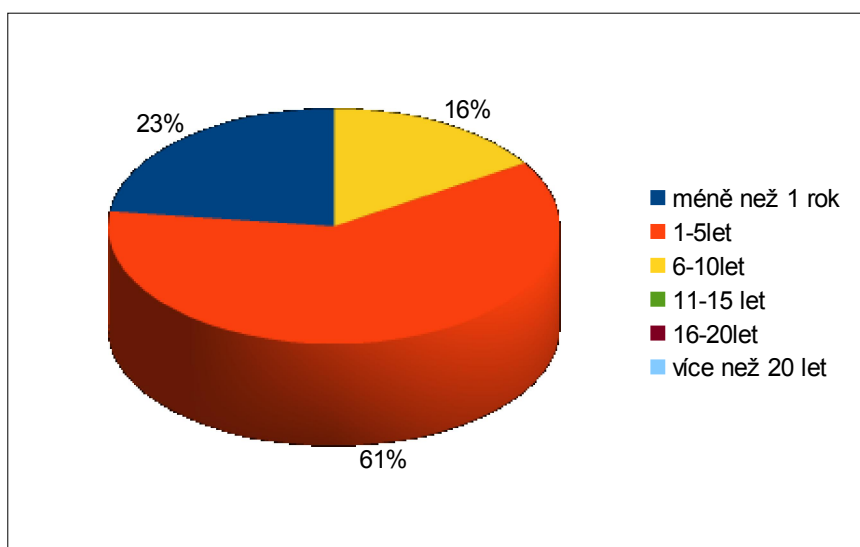
Otázka č. 12: Jaké je Vaše pracovní zařazení?



Obrázek 18 Graf zobrazující rozložení pracovních pozic respondentů

84 respondentů (68 %) pracuje na pozici všeobecné sestry, (28 %) respondentů pracuje na pozici asistenta, a posledních 5 respondentů (4 %) pracují jako zdravotničtí záchranáři.

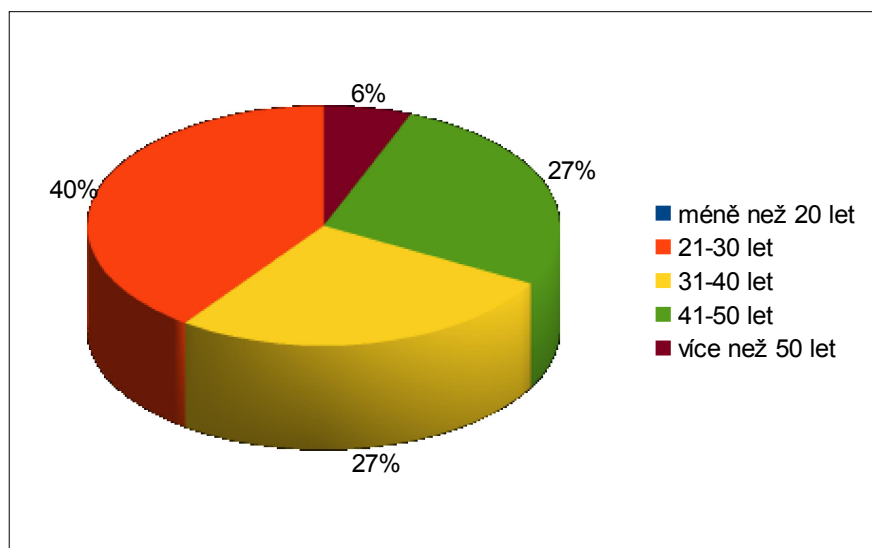
Otázka č. 13: Jak dlouho pracujete na uvedeném oddělení?



Obrázek 19 Graf zobrazující délku trvání pracovního poměru na daném oddělení

Na obrázku lze vidět, že 28 respondentů (23 %) pracuje na oddělení méně než 1 rok, rozmezí od 1-5 let uvedlo 76 respondentů (61 %), možnost „6-10 let“ označilo 20 dotázaných (16 %). Možnosti „11-15 let“, „16-20 let“ a „více než 20 let“ neuvedl nikdo.

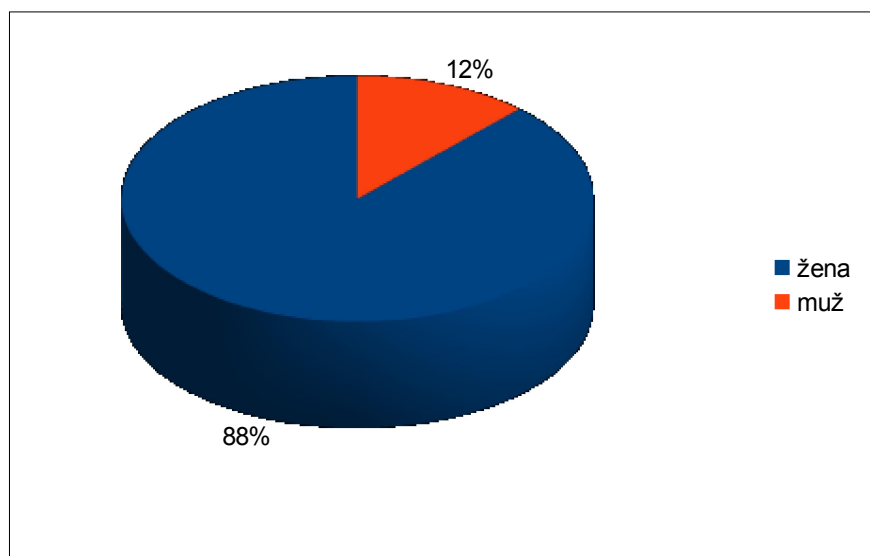
Otázka č. 14: Kolik je vám let?



Obrázek 20 Graf zobrazující věk respondentů

Na tomto obrázku lze vidět věkové rozložení respondentů. Nikomu z oslovených nebylo méně než 20 let, 50 respondentů (40 %) bylo ve věku 21-30 let, 33 respondentů (27 %) uvedlo 31-40 let, ve věku 41-50 let bylo 33 oslovených (27 %), více než 50 let bylo 8 respondentům (6 %).

Otázka č. 15: Jakého jste pohlaví?



Obrázek 21 Graf znázorňující pohlaví respondentů

Z celkového počtu 124 respondentů (100 %) bylo 109 respondentů (88 %) pohlaví ženského a 15 respondentů (12 %) pohlaví mužského.

10. Diskuse

Práce se zaměřuje na riziko vzniku syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků. Tato kapitola shrnuje zjištěné výsledky plynoucí z provedeného výzkumného šetření a odpovídá na položené výzkumné otázky.

Dotazníky byly určeny pro nelékařské zdravotní pracovníky pracující na odděleních následné a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, zaměstnané na pozicích všeobecná sestra, zdravotnický asistent nebo zdravotnický záchranář pracující na pozici všeobecné sestry. Na konci dotazníku mé vlastní konstrukce bylo 5 identifikačních otázek, díky kterým bylo zjištěno, že 61 % oslovených respondentů pracuje na odděleních NIP a 39 % respondentů na odděleních DIOP. Nejvíce dotazníků vyplnili pracovníci na pozici všeobecné sestry, kterých bylo 68 %. Zdravotničtí asistenti tvořili 28 % respondentů, a zdravotnických záchranářů pracujících na pozici všeobecné sestry byla pouhá 4 %.

Z dat, která se týkají délky pracovního poměru na zkoumaných odděleních, bylo zjištěno, že méně než 1 rok zde pracuje 23 % oslovených, rozmezí 1 – 5 let uvedlo 61 % respondentů, posledních 16 % pracuje na těchto odděleních v rozmezí od 6 do 10 let.

Zhruba polovinu respondentů tvořili zdravotníci ve věku 31 – 50 let, osob starších 50 let bylo mezi respondenty pouze 6 %. Výzkumu se zúčastnilo celkem 124 respondentů, z čehož bylo 88 % žen a 12 % mužů.

Výzkumná otázka č 1: Jaká je četnost respondentů se syndromem vyhoření na zkoumaných odděleních?

Pro vyhodnocení této výzkumné otázky sloužil dotazník MBI, kde lze vyhodnotit emocionální vyčerpání, depersonalizaci a míru osobního uspokojení. Z výsledků výzkumu vyplývá, že v oblasti emocionálního vyčerpání je vyhořelých 40 respondentů (32 %), v oblasti depersonalizace je vyhořelých 28 respondentů (23 %). Vyhoření v souvislosti s nízkou mírou osobního uspokojení ve výzkumném vzorku vykazovalo 34 dotázaných (28 %). Na základě zjištěných výsledků lze konstatovat, že ze tří skupin potíží, na které se dotazník MBI zaměřuje, se respondenti s vyhořením nejvíce setkávají v oblasti emocionálního vyčerpání, co dle Bartošíkové znamená vyčerpání citových zdrojů a rezerv, které má za následek pocit, že zaměstnanec už nemá co nabídnout, prožívá beznaděj, bezmoc nebo také deprese (Bartošíková, 2006, s. 23).

Také Morávková ve své bakalářské práci a její výzkumné části použila ke zjištění vyhoření dotazník MBI. Její výzkum probíhal ve dvou domovech pro seniory a jedné nemocnici následné péče (Morávková, 2013, s. 23-24), tedy v zařízeních jiného charakteru než výzkum uvedený v této práci. I velikostí byl její výzkumný vzorek menší, neboť jej tvořilo pouze 33 respondentů z domovů pro seniory a 30 respondentů z nemocnice následné péče, přičemž v obou skupinách šlo o nelékařský zdravotnický personál (všeobecné sestry, zdravotní asistenti, ošetřovatelé a ošetřovatelky, sanitáři a sanitářky). Ve zmíněném výzkumu trpělo vyhořením v oblasti emocionálního vyčerpání 11 % respondentů, v mém výzkumu bylo v oblasti emocionálního vyčerpání vyhořelých 32 % respondentů. V oblasti depersonalizace její práce uvádí 8 % vyhořelých, v mém výzkumu bylo v tomto směru vyhořelých 23 % respondentů. V oblasti osobního uspokojení bylo ve vzorku Morávkové vyhořelých 33 %, můj vzorek obsahuje 28 % respondentů s nízkým stupněm osobního uspokojení. Lze tedy konstatovat, že v porovnání s výzkumem Morávkové je četnost vyhořelých respondentů ve zde prezentovaném výzkumu podstatně vyšší, a to s výjimkou oblasti osobního uspokojení, kde jsou hodnoty srovnatelné. Tento rozdíl lze přičíst rozdílnému charakteru zkoumaných zařízení a pacientů, kdy zpětná vazba od seniorů v její práci, včetně případného přímého ocenění v podobě pochvaly či vděku, snižuje riziko vzniku emocionálního vyčerpání a depersonalizace.

Výsledků mnohem podobnějších těm, které vyplynuly z předkládaného výzkumu, dosáhla ve své diplomové práci Šilarová (2015, s. 74-77). Zkoumala syndrom vyhoření v oblasti zdravotní a sociální péče v Pardubickém kraji, a dotazník MBI zařadila až na konec svého dotazníku. I zde byl zkoumaný vzorek respondentů jiný a s výzkumným vzorkem předkládaného výzkumu se překrývá jenom částečně. Šilarová (2015, s. 53) zkoumala 7 zdravotnických zařízení a 15 zařízení poskytujících služby sociální péče, výzkumný soubor ovšem tvořilo pouze 104 respondentů, přičemž každý typ zařízení byl zastoupen jednou polovinou z nich. Pokud jde o její výsledky dosažené pomocí dotazníku MBI, jsou následující (Šilarová, 2015, s. 74-77): vysoký stupeň emocionálního vyčerpání dosahuje v jejím vzorku 23 % respondentů (v tomto výzkumu 32 %), vysoký stupeň depersonalizace 19 % respondentů (v tomto výzkumu 23 %), a nízký stupeň osobního uspokojení značící vyhoření 22 % respondentů (v tomto výzkumu 28 %). Její výsledky tak jsou srovnatelné s výsledky tohoto výzkumu, dosahované hodnoty jsou však o několik procentních bodů nižší. Pro její i tento výzkum přitom (na rozdíl od výzkumu Morávkové) platí, že výskyt vyhoření je v oblasti emocionálního vyčerpání a osobního uspokojení zhruba stejný. Ve všech třech výzkumech byla nejnižší hodnota podílu vyhořelých respondentů dosažena v oblasti depersonalizace.

Výzkumná otázka č. 2: Patří k prevenci syndromu vyhoření spíše duševní nebo spíše fyzická činnost respondentů?

Při vyhodnocování jednotlivých dotazníků jsem zjistila, že obě možnosti jsou srovnatelně časté, přičemž více bylo respondentů, kteří preferují duševní činnost, a to konkrétně 71 %. Fyzickou činností se zabývá 68 % respondentů. Dalším zjištěním bylo, že část respondentů využívá jak fyzickou, tak i duševní činnost. Z fyzických činností se nejvíce respondentů (45 %) věnuje jízdě na kole, velké zastoupení má také posilovna, péče o domácnost a zahrádku, turistika či běh. 5 respondentů dokonce uvedlo sex. Pokud jde o duševní činnosti, nejčastěji se zmiňovala četba a návštěva kina či divadla, výrazně méně často pak jóga, relaxační techniky či aromaterapie.

Respondenti ve výzkumu Morávkové a jejím výzkumném vzorku měli na výběr ze sedmi možností metod zvládání stresu a vyčerpání, 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 (Morávková, 2013, s. 38-9). Odpovědi z obou výzkumů jsou si tudíž velice podobné.

Je evidentní, že povolání nelékařských zdravotnických pracovníků je velice zatěžující po všech stránkách, a je velmi důležité ovládat a znát způsoby, jak lze těmto situacím účinně čelit. Činností a možností boje proti těmto faktorům je spousta, a měli bychom je umět účinně využívat. Někdo se více odreaguje sportem, někdo jiný si přečte knihu nebo vyhledává různé kulturní akce. Důležité je najít si na sebe čas a odpoutat se od pracovních starostí.

Tento závěr potvrzuje i kvalitativní výzkum Šlemínové (2014, s. 61). Její respondenti zdůrazňovali jak abstraktní aspekty prevence (jistota, pohoda, pocit bezpečí, láska, duševní hygiena), tak některé konkrétnější prvky, jako třeba rodinné zázemí, dobrý pracovní kolektiv, dobré vedení ze strany vedoucích pracovníků. Žádný z respondentů tohoto výzkumu však na rozdíl od předkládaného výzkumu a výzkumu Morávkové nezmiňuje konkrétní oblíbené aktivity, což je zřejmě způsobeno odlišným charakterem výzkumu.

Jinak se k této problematice postavil výzkum prezentovaný v již zmiňované diplomové práci Šilarové (2015, s. 71). Zde respondenti odpovídali na otázku, které z technik duševní hygieny praktikují, přičemž nabízené možnosti zahrnovaly techniky jako „volnočasové aktivity“, „pozitivní myšlení (humor)“, „fyzická cvičení (sport)“, „zdravá životospráva“ či „meditace“. Volnočasové aktivity zde označili téměř všichni respondenti, zatímco obecnou kategorii pro fyzické a sportovní aktivity zhruba 70 % respondentů. Nejvyšší výskyt z duševních aktivit měla

relaxace (24 %). Využívání fyzických aktivit i specifických duchovních aktivit v tomto výzkumu tak zhruba odpovídá výsledkům předkládaného výzkumu.

Výzkumná otázka č 3: Jaké preventivní programy proti syndromu vyhoření jsou ve zkoumaných zařízeních?

Pro vypracování této výzkumné otázky byl uskutečněn krátký rozhovor s vrchními sestrami jednotlivých zkoumaných zařízení, a v dotazníku se tomuto problému věnovaly otázky č. 7, 9 a 10.

Z rozhovorů s vrchními sestrami a otázek v dotazníku bylo zjištěno, že ani v jednom ze zkoumaných zařízení se nepořádají žádné odborné semináře, programy či jiné akce zabývající se problematikou syndromu vyhoření. Zaměstnavatelé nepořádají (kromě vánočních večírků na konci roku) ani žádné společné akce pro zaměstnance. Tuto smutnou skutečnost mi potvrdily i otázky v dotazníku, kde mi respondenti odpověděli v otázce č. 7 (*„Domníváte se, že prevence proti syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele je dostatečná?“*), kde se více než polovina přiklonila k záporné odpovědi.

Na otázku, jestli zaměstnavatel pořádá preventivní programy proti vzniku syndromu vyhoření, převažovaly negativní odpovědi. V otázce č. 10, která zkoumala existenci poukázek nebo příspěvků na odpočinek či regeneraci, rovněž převažovaly hlasy, podle nichž takováto možnost neexistuje nebo o ní alespoň příslušní respondenti nevěděli. Bohužel zde tedy také převládají negativní vyjádření respondentů. Plusy a mínusy jednotlivých zařízení shrnuje podkapitola 8.1 Vyhodnocení rozhovorů.

Ve výzkumu Pavlína Morávkové (2013, s. 25-26, 46) byly v každém ze zkoumaných zařízení používány různé způsoby prevence vzniku syndromu vyhoření v odlišných intenzitách. V jednom ze zařízení se pořádaly pravidelné supervize či exkurze do domovů pro seniory, celodenní výlety a sportovní akce s klienty, personál měl na pracovišti k dispozici masážní křeslo. V dalším zařízení probíhaly 2x ročně supervize, byly zajištěny semináře a preventivní programy, a také exkurze do jiných domovů. Poslední zařízení zajišťovalo odborné přednášky a semináře, každoroční účast na vzdělávací akci pro nelékařské pracovníky, příspěvky na rekreaci, poukaz na masáže každé 3 týdny, nebo volné vstupenky do divadla. Všechna zařízení pořádala vánoční večírky.

Z výzkumu je tedy vidět, že zařízení v předkládaném výzkumu mají ve srovnání se zařízeními ve výzkumu P. Morávkové v tomto směru značné nedostatky, což ovšem může souviset s rozdílnou povahou zkoumaných zařízení.

Výzkumná otázka č. 4: Vyhledávají zdravotníci v boji proti syndromu vyhoření pomoc odborníků?

K zodpovězení na tuto výzkumnou otázku posloužila ve zde prezentovaném dotazníku otázka č. 4.

Z celkového počtu 124 respondentů celých 110 (89 %) odpovědělo, že odbornou pomoc nevyhledává a ani nikdy v minulosti nevyhledalo, pouze 14 respondentů (11 %) bylo nuceno odbornou pomoc vyhledat. Z toho 3x (21 %) vyhledali pomoc psychologa, 4x (29 %) navštívili psychiatra, 5x (36 %) se svěřilo do rukou psychoterapeuta a 2x (14 %) vyhledalo pomoc léčitele/léčitelky.

Šlemínová (2014, s. 45-6) se ve svém kvalitativním výzkumu zaměřila přímo na osoby, které syndromem vyhoření prošly. Z jejich odpovědí vyplývá, že cesta k oslovení odborníka není snadná a že dokonce někdy je potřeba oslovit toho správného odborníka – v jednom případě tak syndrom vyhoření „doktor“ (tak jej označuje samotný respondent, zřejmě šlo o praktického lékaře) nerozpoznal a úspěšná byla až další návštěva u psychologa, kam dotyčného respondenta poslal kamarád, nikoli lékař (Šlemínová, 2014, s. 58). Ostatní její respondenti se o žádné odborné pomoci nezmiňují. Z obou výzkumů tak vyplývá, že vyhledání odborné pomoci není u osob ohrožených či dokonce trpících syndromem vyhoření běžné.

Výzkumná otázka č. 5: Jaké mají respondenti interpersonální vztahy na pracovišti?

V dotazníku mi na tuto výzkumnou otázku poskytli odpověď otázky č. 1, 5 a 6. Velká většina respondentů je přesvědčených, že se na své kolegy či kolegyně a nadřízené může spolehnout přinejmenším často. Velká většina respondentů dále uvedla, že se pravidelně (1x měsíčně) konají schůze, na kterých mohou prodiskutovat případné pracovní problémy. Pokud jde o schůzky mimo pracovní dobu, nejpočetnější odpovědí bylo, že se pravidelně schází jenom část kolektivu, jako celek se schází pouze zřídka, případně vůbec. Pouze 10 % respondentů uvedlo, že se spolu jako kolektiv schází pravidelně. Co se týče frekvence schůzek, respondenti nejčastěji uváděli buď frekvenci jednou za 2–3 měsíce, nebo jednou za půl roku.

Při shrnutí jednotlivých výsledků z těchto otázek můžeme konstatovat, že většina respondentů má ke svým kolegům, kolegyním a přímým nadřízeným důvěru a můžou se na ně se svými problémy obrátit. Ve většině zařízení dochází k pravidelným schůzím, kde lze prodiskutovat případné pracovní problémy, což je určitě pozitivní zjištění. Část kolektivu se spolu také pravidelně schází po pracovní době, což také svědčí o tom, že interpersonální vztahy mezi nejbližšími spolupracovníky jsou kladné a spíše pozitivní.

Ze zjištěného lze tedy konstatovat, že interpersonální vztahy mezi spolupracovníky a nejbližším vedením jsou ve zkoumaném vzorku kladné. To koresponduje i s výzkumem Morávkové (2013, s. 45), která rovněž zjistila převážně dobré vztahy mezi spolupracovníky. Pro respondenty ve výzkumu Šlemínové (2014, s. 61) představují dobré vztahy na pracovišti dokonce jeden ze základních prvků prevence vzniku syndromu vyhoření. K podobnému závěru dochází i bakalářská práce Veselské (2013, s. 47-8) zkoumající syndrom vyhoření u sester pracujících na různých odděleních: její respondenty se většinově shodly na tom, že *„je jedno, na jakém oddělení pracujete, vše záleží na osobnosti a pracovním kolektivu“* (Veselská, 2013, s. 47-8).

Výzkumná otázka č. 6: Jaká je spokojenost respondentů s řešením situace v oblasti syndromu vyhoření ze strany vedení zkoumaných zařízení?

K zodpovězení na tuto výzkumnou otázku sloužila v dotazníku otázka č. 8. Zde se kladně vyjádřilo celkem 37 % respondentů a 59 % respondentů hodnotilo tuto oblast negativně. Přikláněli se spíše k tvrzením, že vedení nemá zájem řešit jejich případné připomínky k úpravě pracovní zátěže a zvýšení efektivity práce.

Z výzkumu byla tedy zjištěna spíše nespokojenost zdravotníků ve vztahu k vedení nemocnic.

Morávková (2013, s. 43) naproti tomu dospěla k úplně jiným výsledkům. 78 % respondentů se domnívalo, že se vedení o připomínky a náměty zaměstnanců zajímá, na jinou otázku pak 74 % uvedlo, že tyto připomínky a náměty vedení i realizuje. 75 % respondentů jejího výzkumu odpovědělo na otázky zaměřené na komunikaci mezi vedením a zaměstnanci kladně, přičemž pouze 30 % dotázaných nemělo důvěru vůči nikomu z vedení. Jde o největší rozdíl mezi tímto výzkumem a výzkumem Morávkové, přičemž jeho důvody nejsou zcela patrné. Důvodem by mohl být odlišný charakter zkoumaných zařízení, tuto domněnku by však musel potvrdit samostatný výzkum.

Respondenti Šlemínové (2014, s. 58-9) se při snaze o řešení svého stavu vyhoření s pochopením ze strany svých nadřízených příliš nedočkali – zaměstnavatel reagoval typicky tak, *„že je vše*

v pořádku, zaměstnanec jen přehání“ (Šlemínová, 2014, s. 59). To v zásadě platí pro všechny její respondenty, s jedinou výjimkou již zmiňovaného respondenta, který nakonec vyhledal odbornou pomoc – zde však byl vedoucím pracovníkem on sám.

Shrneme-li to nejdůležitější z této diskuse, lze zejména konstatovat, že jsou určité rozdíly mezi odděleními péče o seniory a odděleními NIP či DIOP, které odstranit prakticky nelze. A i tyto rozdíly k vyššímu výskytu syndromu vyhoření na odděleních NIP a DIOP zřejmě přispívají. Současně však ale platí, že preventivní péče zaměstnavatele na odděleních, která podrobila výzkumu Morávková, byla na mnohem vyšší úrovni než v mém výzkumu.

ZÁVĚR

Ze standardizovaného dotazníku MBI bylo zjištěno, že syndromem vyhoření trpí zhruba dvacet až třicet procent pracovníků tvořících výzkumný vzorek této práce. Jako prevenci vzniku syndromu vyhoření používají pracovníci těchto zařízení tělesnou i duševní činnost, a to ve srovnatelném rozsahu. Z tělesných činností patří mezi populární jízda na kole, posilovna běh či turistika, ale také domácí práce a péče o zahrádku. Z duševních činností se nejčastěji využívá četba a návštěva kina či divadelního představení, až s velkým odstupem pak následují techniky jako jóga, relaxační techniky a aromaterapie.

Naproti tomu prevence syndromu vyhoření ze strany příslušného zdravotnického zařízení spíše pokulhává. Odborné semináře či jiné programy zaměřené specificky na toto téma se nepořádají v žádném ze zkoumaných zařízení, a i snaha o podporu jiného nepracovního vyžití zaměstnanců se obvykle omezuje na pořádání vánočních večírků. Pouze zhruba třetina pracovníků tak vnímá péči o prevenci syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele jako dostatečnou.

Lze tedy jenom doporučit, aby se i na odděleních NIP a DIOP zlepšila péče o pracovníky z hlediska prevence a řešení syndromu vyhoření, to by mělo vést ke snížení výskytu syndromu vyhoření u těchto pracovníků. Důležité je také pěstovat dobré interpersonální vztahy na pracovišti, neboť ty se jako základní prvek prevence vzniku syndromu vyhoření objevují ve výsledcích hned několika výzkumů. Posledním doporučením pak je zvýšit informovanost vedoucích pracovníků o tomto syndromu – jenom dobře informovaný vedoucí pracovník může jeho příznaky včas rozpoznat a pokusit se tento problém vyřešit. Příslušné výsledky šetření byly spolu s těmito doporučeními předány jednotlivým zařízením, přičemž jejich vedení s nimi může dále pracovat.

POUŽITÁ LITERATURA

Tištěné zdroje

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.

BUDÍKOVÁ, Marie, Maria KRÁLOVÁ a Bohumil MAREŠ. *Průvodce základními statistickými metodami*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 272 s. ISBN 978-80-247-3243-5.

DARAWAD, Muhammad W., Hani NAWAFLEH, Mahmoud MAHARMEH, Ayman M. HAMDAN-MANSOUR a Saleh N. AZZEGHAIBY. The Relationship between Time Pressure and Burnout Syndrome: A Cross-Sectional Survey among Jordanian Nurses. *Health*. 2015, 7(1), 14-22. DOI: 10.4236/health.2015.71003. ISSN 1949-4998. Dostupné také z: <http://www.scirp.org/journal/PaperDownload.aspx?DOI=10.4236/health.2015.71003>

GALEA, Michael. The Progressive Impact of Burnout on Maltese Nurses. *SOP Transactions on Psychology*. 2014, 1(1), 1-12. DOI: 10.15764/STP.2014.01001. ISSN 23738634. Dostupné také z: <http://www.scipublish.com/journals/STP/papers/63>

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek o násilí*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 83 s. ISBN 978-807-0133-972.

HYNIE, Sixtus. *Farmakologie v kostce*. 2., přeprac. vyd., Praha: Triton, 2001. 520 s. ISBN 80-7254-181-1.

JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-869-9174-1.

KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Přeložil Petr Babka. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. Edice Sestra. ISBN 80-247-0784-5.

- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. 2., přeprac. vyd., v KNA 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. Edice Orientace. ISBN 978-80-7195-573-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. Edice Sestra. ISBN 978-80-247-3149-0.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum ve zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: UP Olomouc, 2008. ISBN 978-80-244-1877-3.
- MASLACH, Christina, Wilmar B. SCHAUFELI a Michael P. LEITER. Job Burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001, **52**(1), 397-422. ISSN 0066-4308.
- MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
- MORÁVKOVÁ, Pavlína. *Syndrom vyhoření u pracovníků v dlouhodobé péči (prevence, možnosti ze strany zaměstnavatele)*. Pardubice, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Kristýna Šoukalová.
- OKWARAJI, Fe a Aguwa EN. Burnout and psychological distress among nurses in a Nigerian tertiary health institution. *African Health Sciences*. 2014, **14**(1), 237-245. DOI: 10.4314/ahs.v14i1.37. ISSN 1680-6905. Dostupné také z: <http://www.ajol.info/index.php/ahs/article/view/101748>
- POSCHKAMP, Thomas. *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Přeložila Zuzana Mikesková Brno: Edika, 2013. Edice Rádce pro pedagogy. ISBN 978-80-266-0161-6.
- PTÁČEK, Radek a Libuše ČELEDVÁ. *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1998-9.
- PTÁČEK, Radek, Jiří RABOCH a Vladimír KEBZA. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada, 2013. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5114-6.
- SABBAH, Ibtissam, Hala SABBAH, Sanaa SABBAH, Hussein AKOUM a Nabil DROUBI. Burnout among Lebanese nurses: Psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS). *Health*. 2012, **4**(9), 644-652. DOI: 10.4236/health.2012.49101. ISSN 1949-4998. Dostupné také z: <http://www.scirp.org/journal/PaperDownload.aspx?DOI=10.4236/health.2012.49101>

SCHAUFELI, William B. a Bram P. BUUNK. Burnout: An Overview of 25 Years of Research and Theorising. SCHABRACQ, M. J., J. A. M. WINNUST a C. L. COOPER (eds.). *The Handbook of Work and Health Psychology*. 2nd ed. New York: J. Wiley & Sons, 2003, s. 383-425. ISBN 0471892769.

SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka*. Přeložil Petr Babka Praha: Portál, 2008. Edice Spektrum. ISBN 978-80-7367-369-7.

STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Přeložila Natalie Vrajobá. Praha: Grada, 2010. Edice Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.

ŠEBLOVÁ, Jana. Syndrom vyhoření ve zdravotnictví. In: *Syndrom vyhoření* [online]. 2012 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://www.nechci-vyhoret.cz/download.php?aname=file1407422172705068>

ŠILAROVÁ, Karolína. *Syndrom vyhoření v oblasti zdravotní a sociální péče v Pardubickém kraji*. Pardubice, 2015. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta filozofická. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Ilona Ďatko, Ph.D.

ŠLEMÍNOVÁ, Jana. *Syndrom vyhoření u pracovníků v pomáhajících profesích*. Pardubice, 2014. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta filozofická. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Ilona Ďatko, Ph.D.

ŠVINGALOVÁ, Dana. *Stres a „vyhoření“ u profesionálů pracujících s lidmi*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. ISBN 80-737-2105-8.

VANHEULE, Stijn a Paul VERHAEGHE. Professional Burnout in the Mirror: A Qualitative Study From a Lacanian Perspective. *Psychoanalytic Psychology*. 2005, **22**(2), 285-305. DOI: 10.1037/0736-9735.22.2.285. ISSN 0736-9735. Dostupné také z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0736-9735.22.2.285>

VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Edice Sestra. ISBN 978-80-247-3174-2.

VESELSKÁ, Martina. *Syndrom vyhoření u příslušníků vybraných pomáhajících profesí*. Pardubice, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta filozofická. Vedoucí práce PhDr. Jana Křišťálová

VOBOŘILOVÁ, Jarmila. *Duševní hygiena a stres*. 1. vydání. Praha: České vysoké učení technické, 2015. ISBN 978-80-01-05724-7.

Internetové zdroje

ČERNÁ, Ria a Ondra STÍSKAL. *Druhy pomoci, psychoterapie, psychoterapeutických přístupů a dalších metod. Proti anorexii* [online]. 2007 [cit. 2016-04-18]. Dostupné z: <http://proti-anorexii.blog.cz/0707/druhy-pomoci-psychoterapie-psychoterapeutickych-pristupu-a-dalsich-metod>

NSPKA. Oddělení anestezie a intenzivní medicíny. NsP Karviná-Ráj [online]. 2010 [cit. 2016-03-18]. Dostupné z: <http://www.nspka.cz/cs/zdravotnik/oddeleni-anestezie-a-intenzivni-mediciny.html>

SURGAL CLINIC. Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče (DIOP). SurGal Clinic [online]. 2016 [cit. 2016-03-18]. Dostupné z: <http://www.surgalclinic.cz/index.php?pg=pracoviste--diop>

SWISS MED CLINIC. Oddělení dlouhodobé intenzivní péče. *Swiss Med Clinic* [online]. 2012 [cit. 2016-03-18]. Dostupné z: <http://www.swissmedclinic.cz/oddeleni-dlouhodobé-intenzivni-pece>

ÚZIS ČR. *Závazné pokyny pro vyplňování statistického formuláře A (MZ) 1-01: Roční výkaz o činnosti poskytovatele zdravotních služeb pro příslušný obor anesteziologie a intenzivní medicína*. 2016. Dostupné také z: http://www.uzis.cz/system/files/a025_16.pdf

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník MB

Autoři Ayale Pinesová 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
- 6- obvykle
- 5- často
- 4- někdy
- 3- zřídka kdy
- 2- jednou za čas
- 1- nikdy

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 jakoby 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/slábá 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 plna optimismu.
20. Cítil/a jsem se pln/a energie.
21. Byl/a jsem pln/a úzkostí a obav.

(Křivohlavý, 1998)

Příloha B – Dotazník MBI

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

1	EE	Práce mne citově vysává
2	EE	Na konci pracovního dne se cítím 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 jednám 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 ovlivňuji a naladuji
10	DP	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivý 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 byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého
20	EE	Mám pocit, že jsem na konci svých sil
21	PA	Citlivé problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně
22	DP	Cítím, že klienti/pacienti mi přiřítají některé své problémy

Příloha C – Dotazník vlastní konstrukce

Vážené kolegyně/ Vážení kolegové.

Jmenuji se Kolembusová Bronislava a v současné době studuji 3. ročník bakalářského studijního programu Ošetrovatelství v oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Dovoluji se na Vás touto cestou obrátit s prosbou o vyplnění dotazníku, jehož téma zní: *Syndrom vyhoření u pracovníků na odděleních následné a dlouhodobé intenzivní péče.*

Vyplnění tohoto dotazníku je zcela dobrovolné a anonymní. Získané informace budou sloužit pouze pro účel mé bakalářské práce.

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

V druhé části dotazníku vyhovující odpověď zakroužkujete, popřípadě vypíšete.

Žádám Vás o zřetelné označení všech odpovědí.

Za Vaši spolupráci, ochotu a pravdivé vyplnění dotazníku předem velice děkuji.

Kolembusová Bronislava

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 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 ovlivňuji a nalaďuji	
10	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivý 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	Citlivé problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně	
22	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy	

II. ČÁST

Vyhovující odpověď prosím zakroužkujte, případně vypište.

1. Můžete se s pracovním problémem obrátit na kolegyně nebo na přímé nadřízené?

- a) vždy
- b) často
- c) někdy
- d) zřídka

2. Využíváte k prevenci vzniku syndromu vyhoření fyzickou činnost?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, vyberte z nabízených možností-lze označit i více odpovědí, případně vypište.

- a) běh
- b) plavání
- c) posilovna
- d) tenis
- e) golf
- f) jízda na kole
- g) turistika
- h) práce na zahrádce
- i) péče o domácnost
- j) jiné.....

3. Využíváte k prevenci vzniku syndromu vyhoření duševní činnost?

- a) ano
- b) ne
- c)

Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, vyberte z nabízených možností-lze označit i více odpovědí, případně vypište.

- a) četba
- b) návštěva divadla, kina
- c) jóga
- d) relaxační techniky
- e) aromaterapie
- f) autogenní trénink
- g) jiné.....

4. Vyhledáváte, nebo jste v minulosti vyhledala k řešení syndromu vyhoření odbornou pomoc?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, vyberte z nabízených možností-lze označit i více odpovědí, případně vypište.

- a) psychologa
- b) psychiatra
- c) psychoterapeuta
- d) praktického lékaře
- e) léčitele/ku
- f) jiné.....

5. Provádí se na Vašem oddělení pravidelné provozní schůze, kde můžete prodiskutovat případné pracovní problémy?

- a) ano pravidelně, frekvence.....
- b) zřídka
- c) nikdy

6. Scházíte se jako kolektiv i mimo pracovní dobu?

- a) ano pravidelně, frekvence.....
- b) zřídka
- c) jenom část kolektivu
- d) nikdy

7. Domníváte se, že prevence proti syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele je dostatečná?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne

8. Myslíte si, že vedení má zájem řešit pracovní problémy a případné připomínky ke zlepšení pracovní zátěže a efektivity práce?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) žádné připomínky a náměty nemám

9. Pořádá Váš zaměstnavatel preventivní programy proti vzniku syndromu vyhoření?

- a) ano pravidelně
- b) ne neprovádí
- c) nevím o tom

10. Poskytuje, nebo přispívá Váš zaměstnavatel na ozdravné pobyty nebo rekreace, případně poskytuje benefity ke kulturnímu nebo sportovnímu využití k Vaší relaxaci či odpočinku?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím o tom

Pokud Vaše odpověď na předchozí otázku bylo ano, vypište prosím, co Vám zaměstnavatel poskytuje k relaxaci nebo odpočinku.

.....

11. Na jakém oddělení pracujete?

- a) NIP
- b) DIOP

12. Jaké je Vaše pracovní zařazení?

- a) všeobecná sestra
- b) asistent/ka
- c) záchranář/ka

13. Jak dlouho pracujete na uvedeném oddělení?

- a) méně než 1 rok
- b) 1-5 let
- c) 6-10 let
- d) 11-15 let
- e) 16-20 let
- f) více než 20 let

14. Kolik je Vám let?

- a) méně než 20 let
- b) 21-30 let
- c) 31-40 let
- d) 41-50 let
- e) více než 50 let

15. Jakého jste pohlaví?

- a) žena
- b) muž