

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**Syndrom vyhoření u všeobecných sester
ve Vězeňské službě České republiky**

Bakalářská práce

Autor práce: **Jana Pelnářová**
Vedoucí práce: **PhDr. Mariana Bažantová**
Jaroslava Pečenková

2009

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**Syndrom vyhoření u všeobecných sester
ve Vězeňské službě České republiky**

Bachelor's thesis

Author: **Jana Pelnářová**
Supervisor: **PhDr. Mariana Bažantová**
Jaroslava Pečenková

2009

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

.....

(podpis)

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji PhDr. Marianě Bažantové a Jaroslavě Pečenkové za trpělivost a laskavé vedení mé bakalářské práce.

Zároveň děkuji Karlu Neuvirtovi za pomoc při grafickém zpracování, MUDr. Rabhe Ben Yahia, Ph.D. za cenné rady a všem blízkým, přátelům a spolupracovníkům za trpělivost, kterou mi věnovali při psaní této práce.

*„Pokud zapálíte oba konce svíčky, získáte tím více světla.
Svíčka však zároveň rychleji vyhoří.“
Myron D. Rush*

OBSAH:

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 POJEM A DEFINICE SYNDROMU VYHOŘENÍ :	10
1.1 Rizikové oblasti a profese	11
1.1.1 <i>Osobnost a psychologie sestry</i>	13
1.2 Rizikové faktory	16
2 PŘÍČINY SYNDROMU VYHOŘENÍ	18
2.1 Vliv společnosti	19
2.2 Pracovní vliv	19
2.3 Osobnostní vliv	20
2.4 Stres, únava, deprese, depersonalizace, frustrace	21
a existenciální neuróza ve vztahu k syndromu vyhoření	21
2.4.1 <i>Stres:</i>	21
2.4.2 <i>Únava:</i>	23
2.4.3 <i>Deprese:</i>	23
2.4.4 <i>Depersonalizace:</i>	24
2.4.5 <i>Frustrace:</i>	25
2.4.6 <i>Existenciální neuróza:</i>	25
3 PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ	26
3.1 Rozdělení příznaků syndromu vyhoření	26
3.1.1 <i>Příznaky psychické, tělesné a vztahy s lidmi</i>	26
3.1.2 <i>Příznaky vnější a vnitřní</i>	27
4 FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ	29
5 DIAGNOSTIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ	32
5.1 Orientační dotazník	32
5.2 Inventář projevů syndromu vyhoření	32
5.3 MBI - METODA MASLACH BURNOUT INVENTORY	33
6 DŮSLEDKY SYNDROMU VYHOŘENÍ	34
7 HOŘET A NEVYHOŘET	35
8 CHARAKTERISTICKÉ ZVLÁŠTNOSTI PRÁCE ZDRAVOTNÍKŮ VE	
VĚZEŇSKÉ SLUŽBĚ ČESKÉ REPUBLIKY	36
8.1 Organizace Vězeňské služby ČR	36
8.2 Systém a struktura zdravotnické služby Vězeňské služby	37
8.3 Ošetrovatelská péče ve Vězeňské službě	40
EMPIRICKÁ ČÁST	42
9 PRAKTICKÁ ČÁST	43
9.1 Cíle práce	43
9.2 Metodika práce	43
9.2.1 <i>Charakteristika zkoumaného prostředí</i>	44
9.2.2 <i>Charakteristika zkoumaného souboru</i>	44
9.2.3 <i>Použité metody</i>	45
9.2.4 <i>Organizace šetření</i>	47
9.3 Výsledky dotazníkového šetření	76
9.3.1 <i>Míra výskytu syndromu vyhoření u sester pracujících ve věznici</i>	
<i>s dohledem</i>	76
9.3.2 <i>Míra výskytu syndromu vyhoření u sester pracujících ve věznici</i>	
<i>s dozorem</i>	79
9.3.3 <i>Míra výskytu syndromu vyhoření u sester pracujících ve věznici</i>	
<i>s ostrahou</i>	82
9.3.4 <i>Míra výskytu syndromu vyhoření u sester pracujících ve věznici se</i>	
<i>zvýšenou ostrahou</i>	85
9.3.5 <i>Srovnání rozdílu výskytu syndromu vyhoření u sester podle typu</i>	
<i>věznice</i>	88
9.3.6 <i>Porovnání intenzity syndromu vyhoření s délkou praxe ve vězeňství</i>	92

10 SOUHRN	95
11 KOMENTÁŘ K VÝSLEDKŮM	99
ZÁVĚR	106
ANOTACE:	107
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	109
SEZNAM ZKRATEK	111
SEZNAM GRAFŮ	112
SEZNAM TABULEK	114
SEZNAM PŘÍLOH	116

ÚVOD

Snad každý z nás zažil ten pocit, že nestíhá, má příliš práce, nemá čas na své koníčky, na přátele, se kterými se dříve stýkal. Práce nás přestává těšit, potřebovali bychom den delší než 24 hodin, ráno vstáváme unaveni, máme deprese. Právě tento stav by měl být pro nás alarmující.

Syndrom vyhoření je problém, o kterém většinou lidé nechtějí slyšet, mají pocit, že se jich netýká. Přesto je tady. Proto je dobré se tímto tématem zabývat.

Syndrom vyhoření postihuje především ty, kteří pracují v úzkém kontaktu s lidmi, s nimiž navozují kladný či záporný emoční vztah a jsou závislí na výsledku. Jejich práce je vyčerpávající častěji psychicky, než fyzicky. Někdy po vynaložení velké snahy se nemusí dostavit pozitivní výsledek a to i tehdy, když pracují velmi dobře.

Typickými zástupci, které syndrom vyhoření postihuje, jsou lékaři a všeobecné sestry. Pracují-li tito zdravotníci ve vězeňství, je jejich práce i psychicky náročnější z důvodu skladby klientů. Jedná se o osoby ve výkonu trestu, které jsou pro společnost nebezpečné, často pocházející z pochybného sociálního a společenského prostředí. Lékaři i všeobecné sestry musí pracovat profesionálně, nezaujatě, i když jde o pacienty odsouzené na několik let, někdy i na doživotí.

Z těchto důvodů jsme si vybrali jako téma bakalářské práce syndrom vyhoření u sester pracujících ve vězeňství. Cílem této práce bude představit a charakterizovat syndrom vyhoření. Popsat obecné údaje, diagnostiku a prevenci burnoutu. Uvést charakteristické zvláštnosti v práci zdravotníků ve Vězeňské službě České republiky.

TEORETICKÁ ČÁST
SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY

1 POJEM A DEFINICE SYNDROMU VYHOŘENÍ :

„Vyhoření... přivoláváme na sebe sami tím, že jsme se nenaučili udržovat v životě rovnováhu a nechali se chytit do pastí vlastního přehnaného úsilí...“

(Rush, 2004, s.125)

Syndrom vyhoření, neboli také burnout syndrom. V literatuře najdeme další synonyma pro tento termín jako například, psychické vyhoření, vyprahlost, vyhaslost, vyhasnutí.

Za zakladatele zkoumání této problematiky je považován Herbert Freudenberger, který v roce 1974 definoval syndrom takto: „Jaké jsou základní projevy burnout syndromu? U někoho jsou to pocity únavy a exhausce, neschopnost setrázat pocit chladu, pocit fyzické vyčerpanosti, u druhého třeba řada tělesných obtíží, počínající opakovanými bolestmi hlavy, dechovými tísněmi přes gastrointestinální obtíže doprovázené poklesem váhy až po nespavost a depresi. Ve stručnosti lze říci, že tento syndrom zasahuje na nejrůznějších místech celou psychosomatickou oblast. To jsou převážně tělesné projevy.

Mohou se však objevit příznaky ve sféře psychické a behaviorální: například osoba známá svou povídaností je náhle nápadně zamlklá. Objevuje se psychická únava, nuda, rezignace, ale také zvýšená iritabilita, ostře až nespravedlivě kritické postoje a další změny.“

(Freudenberger HJ: Staff burn-out. J.Soc.Issues, 30, 1974, s.159-165)

Zveřejněním tohoto tématu odstartoval vlnu zájmu o tento fenomén.

Pochopit syndrom vyhoření -burnout syndrom- nám pomáhá už jeho název. Anglické sloveso „to burn“ znamená hořet a spojení „burn out“ vyhořet, vyhasnout. Je to opak ohně, který je symbolem nadšení, elánu, zájmu. Vyhoření můžeme chápat jako nezájem, vztek, únavu, vyčerpání.

A. Pines a E. Aronson: „Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, citového (emocionálního) a duševního vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou

emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji způsobena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy.“

(in Křivohlavý, 1998, s.10 - 11)

„Stav vyhoření lze definovat jako zdroj stresoru a emocionální únavy, frustrace a vyčerpání, k nimž dochází v důsledku toho, že sled (nebo souhrn) určitých událostí, týkajících se vztahu, poslání, životního stylu nebo zaměstnání dotyčného jedince, nepřinese očekávané výsledky. Uvedený stav je obvykle typický pro výkonné lidi, kteří se snaží něčeho dosáhnout a být úspěšní... dělají víc, než jejich práce vyžaduje. Vyhoření může potkat kohokoliv. Dostavuje se u lidí nejrůznějšího povolání.“

(Rush, 2004, s.7)

„Vyhoření je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly).“

(Křivohlavý, 2001,s.116)

„Vyhoření dnes rozhodně představuje větší problém než v minulosti. Existuje pro to mnoho důvodů, z nichž nejzávažnější je ten, že lidé v dnešní společnosti jsou vystaveni mnohem většímu tlaku než minulá generace. Žijeme ve značně soutěživé společnosti, která klade velký důraz na úspěch a výkon.“

(Rush, 2004, s.77)

1.1 Rizikové oblasti a profese

Syndrom vyhoření patří k moderním civilizačním nemocem. Vypěstovali jsme si ho sami, naším způsobem života. Paradoxem je, že tento syndrom postihuje nejčastěji lidi, kteří byli zapálení a silně motivováni ke své práci. Do zaměstnání chodili rádi, bavilo je, brali ho jako poslání, našli v něm smysl života. Postihuje především ty, kteří pracují v úzkém kontaktu s lidmi, s nimiž navazují jakýsi emoční vztah a jsou na jejich hodnocení

závislí. Jejich práce je vyčerpávající často fyzicky i psychicky. Typickými zástupci, které syndrom vyhoření postihuje, jsou lékaři, všeobecné sestry, učitelé, policisté, psychologové, sociální pracovníci, v dnešní době též manažeři.

Vyhoření je fenomén prvních let v zaměstnání. Absolventi po škole jsou plni elánu a nadšení, jsou zaujati pro konkrétní cíl a neberou v úvahu překážky, které budou muset překonat. Zdravotnické profese jsou velmi náročné, emocionální, jsou spojovány s velkým očekáváním. Vlivem chronického stresu u zdravotníků může docházet ke ztrátě původního nadšení a motivace.

Ze své dvacetileté praxe ve zdravotnictví znám pocit bezmocnosti zdravotnického týmu, který na operačním sále bojuje několik hodin o život člověka, tentokrát marně, člověk umírá. Víím, jak psychicky těžká je práce na onkologii nebo gerontologii, kde i přes veškerou snahu sestrám umírají pacienti. Tohle jsou ovšem krajní situace, ale i takové jsou pro některá povolání každodenním chlebem. Stávají-li se takové situace opakovaně, syndrom vyhoření se jistě dříve nebo později spolehlivě dostaví. Stav vyhoření můžeme ve vyšší míře pozorovat u žen, protože do své práce dávají mnohem více emocí, které se jim ale nevracejí. Mnohem citlivěji také prožívají osudy lidí, s kterými se setkají a cítí bezmoc, pokud jim nejsou schopni pomoci.

„Já víím, že bych měla být druhým lidem a zvláště pacientkám a pacientům oporou. Dokonce víím, že tam, kde se mi to podařilo, mi potom bylo dobře, ale kde se mi to nepodařilo, měla jsem - a dokonce dosud mám - výčitky svědomí.“

(in Křivohlavý, Pečenková, 2004, s.29)

Na základě dosud publikovaných studií lze sestavit přibližný přehled hlavních rizikových profesí

- lékaři - zejména lékaři pracující v oborech onkologie, chirurgie, JIP, LDN, psychiatrie, gynekologie, rizikové obory pediatrie,...

- **všeobecné sestry**
- další zdravotničtí pracovníci -ošetřovatelky, sanitáři
- psychologové a psychoterapeuti
- sociální pracovníci a pracovnice ve všech oborech
- učitelé
- pracovníci pošt
- dispečerů a dispečerky, zejména záchranné služby, dopravy, policisté především v přímém výkonu služby, kriminalisté, zásahové jednotky
- právníci
- **pracovníci ve věznicích**
- profesionální funkcionáři
- úředníci v bankách a úřadech, orgánech státních správ
- příslušníci ozbrojených sil - armáda, letectvo

1.1.1 Osobnost a psychologie sestry

V naší práci se zabýváme syndromem vyhoření u všeobecných sester. Proto se budeme věnovat osobnosti a psychologii sestry podrobněji.

Osobnostní charakteristika sestry je rozhodující v její práci z hlediska jejich optimálních organizačních schopností, schopností řešit problémy, převažujícího optimistického či negativistického ladění, zájmu o profesi, pracovitosti a úcty, či schopností efektivně komunikovat. Osobnost se mění a formuje rychleji v opakovaném střetu s náročnými životními situacemi. Osobnost sestry je předpokladem získání důvěry ze strany pacienta. Je-li sestra harmonickou, klidnou a sebevědomou osobností, její vystupování je pohotové, důsledné a rozvážné, je provázeno lidskou účastí a ohledy, působí důvěryhodně. Bez významu není ani vnější vzhled a verbální projev. Mnohem lépe se vysoká odbornost uplatňuje za výše uvedených podmínek, než je-li sestra nervózní, uspěchaná, povýšená, přezíravá, projevuje-li se nevhodně. Je-li k tomu ještě neupravená, nezíská si skutečnou důvěru pacienta.

Klasifikace sester podle Hárdiho:

- rutinní typ - sestra pracuje přesně a je přísná, chybí jí „lidský pohled“
- herecký typ - sestra vystupuje důležitě a její projevy jsou přehnaně emocionální
- nervózní typ sestry - je unavená, v časovém napětí, cítí se podhodnocena, vyhýbá se některým činnostem
- mužský typ - rozhodná, energická, sebevědomá a důsledná sestra, může být vedoucí pracovnící, školitelkou, bývá také despotická, agresivní
- specialistka - může mít pocit nadřazenosti díky své odbornosti
- mateřský typ - ochotná, hodná sestra, ne vždy dodržuje správné postupy

Není zcela jednoznačná odpověď, který typ pro povolání všeobecné sestry je nejvhodnější.

O náročnosti sesterské profese můžeme diskutovat, zdravotníci v této realitě žijí. Někdy může dojít k tomu, že pracovní situace podnítl chování, jímž se sestra brání nepříjemnému psychickému napětí. Vystupuje nepřiměřeně nebo nepřiléhavě situaci. Takové projevy chování se od profesionálního jednání vzdalují. Již v přípravě na zdravotnickou profesi se předpokládané fyzické a psychické nároky prověřují. To proto, aby se sestry mohly zadaptovat a přijmout zodpovědnost nejen za svou práci, ale i za sebe. Náročnou pracovní situaci zažívají sestry ve vztahu s pacientem, který prostřednictvím zlostných verbálních útoků, sexuálními narážkami, zapíráním přijaté péče nebo nabízením úplatků ventiluje neutěšenou bolest, obavy či strach z budoucího vývoje onemocnění. Někteří možná zneužívají své pozice pacienta, protože všeobecná sestra se o něho přes veškeré nepříjemnosti postarat přece musí. Zvláštní skupinou jsou nemocní dezorientovaní a neklidní a velmi náročné je ošetřování pacientů v delirantních stavech, kteří útočí na personál. Sestry mohou být konfrontovány i s rodinou nemocných, která se snaží nabízením úplatků vyžadovat více péče, upozorňovat na to, aby se chovaly ohleduplně k jejich blízkému člověku, požadují aktivity, které by naopak nemocného poškodily nebo by nevedly k dobré péči. Do výčtu stresujících situací připadá i předávání pozůstalosti příbuzným. Sestra může být atakována

výtkami a nespokojeností s péčí, sebelítostí anebo agresivními projevy, hledáním viníků atd. V případech pacientů, využívajících nadstandardní ubytování v nemocnici, dochází k nepochopení těchto služeb a zaměňování nadstandardního ošetřování ve smyslu „osobní sestry“, což není v souladu s provozem oddělení. Profesionální chování musí sestra zachovat i v situacích, kdy pacient vyžaduje obsluhu, kterou může zvládnout sám. V pracovních vztazích se jedná o střety mezi sestrou a lékařem, které sestra pociťuje jako nejvíce devalvující, zejména když se stanou před očima pacientů nebo jsou do konfliktu vtaženi kolegové. Časté jsou problémy při přesunování lékařských kompetencí na sestru, ke kterým mohou být navíc nuceny okolnostmi. Druhou otázkou je rozhodování o prioritách v ošetřování nemocných, kdy lékař vyžaduje asistenci při výkonu, když sestra vykonává jinou činnost a lékařský výkon není pro pacienta akutní. Pokud chybí vzájemná tolerance, jsou pracovní vztahy narušeny. Samozřejmě také nepřátelské vztahy mezi sestrami navzájem vedou k tíživé atmosféře, v níž se nejen špatně pracuje, ale tyto potíže vycítí i pacienti. Třetí oblastí, která v zaměstnání působí sestram potíže, jsou situace, v nichž chybí dostatek materiálu nebo čistého prádla, pracovní doba je organizována nevyhovujícím způsobem, aktivity sester jsou omezeny nedostatečnými prostory či klimatickými podmínkami v různých ročních obdobích, dále negativně působí hluk, ale i finanční podhodnocení. Musíme si přiznat i prohlubující se nedostatek sester a pomocného personálu. Při setkání s takovou situací se sestra může cítit bezradná a ublížená. Všeobecné sestry prožívající lítost nebo zlost, u nichž se situace neřeší a neventiluje, situaci nedokáží samy zvládnout. Svou roli zde hraje ošetřovatelský management, který je buď podpoří a poradí jim nebo celou situaci bagatelizuje, čímž ovšem neplní jednu ze svých funkcí. Všechny tyto zdroje narušují fyzickou, psychickou a sociální pohodu účastníků. Zdravotníci se musí naučit zachovávat adekvátní odstup a přitom mít dostatek citu. Chování zdravotníků ovlivňuje zpětně celkovou atmosféru na pracovišti, a tím i pacienty. Na odděleních, kde vládne spolupráce, vzájemný respekt či dokonce přátelské vztahy, se cítí dobře

i pacienti. Oddělení, na nichž je rivalita v kolektivu, zasahují rozepře i mezi pacienty.

(Zachová, Šochová, 2007)

1.2 Rizikové faktory

Kromě určitých pracovních oblastí a konkrétních profesí existují také jednotlivé rizikové faktory v osobnosti člověka, které zvyšují pravděpodobnost ohrožení syndromem vyhoření. Podle literatury věnující se syndromu vyhoření je patrné, že pravděpodobnost výskytu syndromu vyhoření, se zvyšuje u člověka, který:

- je nadšený svou prací
- klade na sebe vysoké požadavky
- je workholik
- neumí odmítnout, neumí říci ne
- cítí se nepostradatelný, bez něho to nejde
- je soutěživý
- žije v mezilidských konfliktech
- neumí relaxovat
- jenom dává, nepřijímá
- má doma další povinnosti
- je obětavý
- neumí přijmout neúspěch
- je citlivý na kritiku své osoby
- trpí úzkostí
- chybí mu sebevědomí

V souvislosti s výše uvedenými rizikovými faktory syndromu vyhoření je potřeba zmínit ještě jeden rizikový faktor, a to je *syndrom pomáhajícího*. Vlastností takového člověka je tendence k přílišné obětavosti, přehnaná touha obětovat se pro druhé, naplňovat očekávání druhých lidí, potřeba zavděčit se a se všemi vycházet dobře. Takový člověk je velmi citlivý na kritiku vlastní osoby, potlačuje svoje potřeby na úkor pomoci a zavděčit se druhým lidem. Všechny rizikové faktory souvisí zejména se sebepojetím, sebehodnocením, s vnitřním prožíváním sebe samého a definováním sebe samého jako hodnotného člověka. Souvisí i s nastavením systému

hodnot, preferencí těchto hodnot a zaujímáním vnitřních postojů k dané situaci.

Některé z osobnostních faktorů jsou pro výkon profese velmi žádoucí a vlastně se od pracovníka očekávají. Je ale třeba „mít pod kontrolou“ jejich míru, jinak se přímo na jejich podkladě může rozvinout syndrom vyhoření. Rizikových faktorů syndromu vyhoření v osobnosti člověka je celá řada. Tyto faktory mohou být ve své podstatě „pozitivní“ jako je píle, nadšení, pečlivost, tvořivost a další. Nebo „negativní“ jako je nedostatečné sebevědomí, úzkostnost, sklon k depresím. Bylo prokázáno, že výskyt vyhaslosti je častější u žen. Za neutrální faktory jsou považovány např. inteligence, věk, stav, vzdělání, délka praxe v oboru. Každý, kdo chce svoji práci vykonávat dobře a dlouhou dobu, musí o těchto možných rizikových faktorech syndromu vyhoření vědět. Po celou dobu své profesní kariéry by měl cíleně pracovat na udržení jejich přijatelné míry.

Syndrom vyhoření je vyústěním dlouhodobého procesu nerovnováhy mezi tím, co očekávají a jejich naplňováním. Dochází k nerovnováze mezi dáváním a braním, mezi vynaloženým úsilím a nedostatečnou odezvou, mezi uspokojováním potřeb druhých a nenaplněností potřeb vlastních.

2 PŘÍČINY SYNDROMU VYHOŘENÍ

Myron D. Rush (2004) stanovil deset nejběžnějších příčin tohoto stavu.

- pocit nutkání namísto povolání
- neschopnost přibrzdit
- snaha udělat všechno sám
- přehnaná pozornost cizím problémům
- soustředěnost na detaily
- nereálná očekávání
- příliš velká rutina
- nesprávný pohled na Boží priority v našem životě
- špatný tělesný stav
- neustálé odmítání ze strany druhých

Lidé dříve pracovali častěji fyzicky, duševní práce byla doménou jen několika profesí. Po pracovní době dokázali relaxovat, celé rodiny se věnovaly sportu, procházkám do přírody. Nechyběl jim telefon, dokázali se obejít bez televizoru.

V dnešní přetechnizované době, kdy má každý člověk mobilní telefon, přístup na internet, počítač, v každé rodině je několik televizních přijímačů, se stala média běžnou součástí našeho života.

Ze všech stran na nás útočí negativní informace, katastrofické zprávy, reportáže plné násilí. Žijeme v uspěchané době, životní tempo se rapidně zrychlilo, provází nás nejistota na každém kroku. Vytrácí se smysl rodiny, přibývá rozvodů, spousta dětí se rodí mimo manželství. Minimalizují se pouta s předchozími generacemi a jejich zkušenostmi. Všude nás obklopuje reklama, vyvíjí na nás tlak, jsme manipulováni do předem určeného způsobu života. Zvýšené tempo, stálý tlak na osobnost člověka a mnohé další aspekty postmoderního života vytváří neskutečný koktejl stresorů. Tyto důvody jsou „živnou půdou“ vedoucí k syndromu vyhoření. „K syndromu vyhoření přispívá několik dalších vlivů, jako je společnost, naše zaměstnání, naše osobnost a povaha.“

(Rush, 2004, s.30)

2.1 Vliv společnosti

„Kamkoli se ve společnosti podíváme, narazíme na soutěživost. V případě vysoce výkonných lidí je soutěživost jedním z důležitých faktorů motivujících k úspěchu. A může se také stát jedním z podnětů, které nás přivedou k vyhoření. Výkonní jedinci výzvu spojenou se soutěživostí přímo milují. Čím je větší, tím více se ji snažit pokořit. V důsledku toho mohou vysoce soutěživé síly, které v naší společnosti působí, vést výkonné snaživce k tomu, aby po nějaké době překročili hranice svých fyzických a emocionálních možností - a tak se ocitli ve stavu naprostého vyčerpání.“

„Další hybnou silou v naší společnosti je trik vytvářený autory reklam, který se týká úspěchu. Lidé se často nechávají chytit do pastí hromadění velkého množství materiálního bohatství, jen aby zjistili, že není zdrojem ani pravého štěstí, ani skutečného úspěchu.“

(Rush, 2004, s.32)

V naší společnosti je bohužel také spousta lidí, kteří v honbě za mamonem jsou možnými adepty na vyhoření. Jsou obklopeni přepychem a bohatstvím, ale jejich soukromý a rodinný život je velmi chudý. Někdy zůstávají sami a většinou až v pozdním věku přijdou na to, že peníze a bohatství jim štěstí nepřineslo. Velkou skupinou, která je ohrožena syndromem vyhoření, jsou ženy na mateřské dovolené. Společnost a rostoucí nezaměstnanost na ně vyvíjí tlak, aby se co nejdříve vrátily do práce.

Někdy je velmi těžké skloubit pracovní úkoly, po příchodu domů zvládnout domácí povinnosti, péči o děti. Ty ženy, které jsou perfekcionistky v práci, zároveň se snaží být vzorné matky, mít vždy čistě uklizeno, být schopnou kuchařkou, milenkou, jsou potenciální kandidátky, které dostihne burnout syndrom.

2.2 Pracovní vliv

V době dnešní hospodářské krize je na člověka kladeno vysoké pracovní tempo. Spousta lidí se věnuje práci večer, pracuje i o víkendu. Mezi

spolupracovníky je znát agresivita a soutěživost, to vytváří napětí, které může vést k syndromu vyhoření. V každém pracovním kolektivu najdeme jedince, kteří čekají na výzvu spojenou se soutěživostí. Čím je laťka úspěchu nastavena výše, tím více se jí snažit pokořit. Chtějí být stále před svými kolegy, snaží se dělat vše nejlépe. „Pokud si soused upraví zahradu, chtějí jí mít ještě hezčí. Pokud si kolega z práce koupí nové auto, musí si opatřit lepší.“

(Rush, 2004, s.34).

2.3 Osobnostní vliv

Křivohlavý (2001) ve své knize stanovil, u kterých lidí se nejčastěji objevují příznaky psychického vyhoření

- u člověka, který byl zprvu velice nadšen tím, co dělal (prožíval, tvořil, řídil atp.), avšak časem u něho toto vnitřní zanícení ochablo
- u člověka, který na sebe neustále klade příliš vysoké požadavky (např. ve studiu, práci, tvorbě, sportu, organizování)
- u člověka, který pracuje nad úroveň své kapacity (kompetence, schopností, dovedností atp.)
- u člověka původně nejvýkonnějšího a nejproduktivnějšího
- u člověka původně nejodpovědnějšího a nejpečlivějšího
- u původně vynikajícího perfekcionista, který se snažil vše dělat co nejpřesněji
- u člověka, který by mohl být zařazen mezi tzv. workholiky
- u člověka, který neúspěch prožívá jako osobní porážku
- u člověka, který není s to vymanit se ze spárů neustále se (plíživě) zvyšujících nároků na něho kladených
- u člověka, který není s to přiměřeně si odpočinout, relaxovat, rekreovat, regenerovat svou energii apod.
- u člověka, který žije v dlouhotrvajících mezilidských konfliktech

Kombinací příčin pracovních, společenských a osobnostních se zvyšuje riziko vyhoření. Kdy a jak se syndrom vyhoření rozvine, závisí na osobnostních a psychických dispozicích jedince.

2.4 Stres, únava, deprese, depersonalizace, frustrace a existenciální neuróza ve vztahu k syndromu vyhoření

Stres, únava, deprese, depersonalizace (odcizování), frustrace a existenciální neuróza hrají důležitou roli u syndromu vyhoření. Bývají příčinou i důsledkem vyhoření, doprovázejí člověka celým procesem vyhoření, od začátku až do konce.

2.4.1 Stres:

Toto slovo bylo převzaté z anglického stress, a to vzniklo z latinského slova strigo, stringere, strinxi, strictum. To znamená v překladu utahovati, stahovati. Vliv, který na člověka působí negativně nazýváme stresorem.

V literatuře najdeme několik definic stresu, pro přiblížení daného problému cituji z knihy Křivohlavého (1994, s.10):

H.Selye: „Stres je výsledkem interakce mezi určitou silou působící na člověka schopností odolat tomuto tlaku.“

R.G.Miller: „Stres je extrémní a neobvyklá situace, jejíž hrozba vyvolává významnou změnu chování.

„H.Selye hovoří o fyzikálních a emocionálních stresorech. Mezi tzv. fyzikální stresory řadí jedy a skoro-jedy (alkohol, nikotin, kofein a jiné drogy). Do druhé skupiny tzv. emocionálních stresorů řadí úzkostnost, zármutek, obavy a strach, nenávisť, nepřátelství, zlobu, „otrávenost“, nevyspělost, sensorickou deprivaci (nedostatek podnětů pro povzbuzení smyslové činnosti), očekávání - anticipaci, že se něco strašného stane, přílišnou ustaranost, obavy z přestoupení společenského zákazu, nějakého „tabu“ apod.

(in Křivohlavý, 1994, s. 12)

Holmes a Rahe sestavili seznam nejčastějších a nejzávažnějších stresujících životních událostí, které potkávají lidi na celém světě.

Tabulka č. 1 – seznam nejčastějších stresujících životních událostí

1	Úmrtí manžela /ky	100
2	Rozvod	73
3	Rozchod s partnerem	65
4	Odpykání trestu ve vězení	63
5	Úmrtí v nejbližší rodině	63
1	Vlastní úraz nebo nemoc	53
7	Vlastní svatba	50
8	Přeřazení v zaměstnání	47
9	Usmíření s partnerem nebo manželem/kou	45
10	Přechod do důchodu	45

(in Gregor 2002)

K této škále od 1 do 41 (v práci je uvedeno prvních deset stresujících životních událostí) jsou přiřazeny jednotky závažnosti. Každý sám si může zjistit míru vlastní odolnosti proti stresu. Výpočet je jednoduchý.

Když např. v posledních dvou letech zemřeli dva členové vaší rodiny, pak si najdete pod číslem 5 příslušné životní události, tj.-úmrtí v nejbližší rodině -, která má v tabulce číselnou hodnotu 63 a násobte ji dvěma. Tedy 2krát 63 = 126

Když jste zakroužkovali jednotky závažnosti těch životních událostí, které se v posledních dvou letech u vás udály, sečtete všechny zakroužkované jednotky. Součet je vaše osobní skóre, vaše osobní stresová reakce.

Tabulka č. 2 – jednotky závažnosti životních událostí

celková hodnota skóre	pravděpodobnost onemocnění	síla odolnosti proti stresu
155 - 199	nízká (9- 33%)	vysoká rezistence
200 - 299	průměrná (30 - 52%)	hraniční rezistence
300 a více	vysoká (50 - 86%)	nízká rezistence tj. vysoká zranitelnost

(in Gregor 2002)

„Je prokázáno, že je-li člověk vystaven působení jakéhokoliv stresoru, objeví se nejdříve poplachová reakce. Pokud stres neustupuje, přichází stádium rezistence. Pokračuje-li působení stresorů i nadále, organismus už

není schopen a nastupuje stadium vyčerpání. Důležité je, že pokud člověk vytvoří rezistenci vůči jednomu stresoru, velmi se snižuje jeho rezistence vůči stresorům ostatním.“

(Míček, 1998, s. 46)

„Pravdou je, že stres obvykle přechází do burnout, avšak ne každý stresový stav dochází do této fáze celkového vyčerpání. Tam, kde práce je pro určitého člověka smysluplná a překážky jsou zdolatelné, tam k burnout nedochází.“

(Křivohlavý, 1998, s.52)

2.4.2 Únava:

V životě se setkal s únavou už každý z nás, je důležité jak dlouho, jak často a v jaké míře únava přetrvává. Může jít o únavu psychickou nebo o únavu fyzickou. Ta někdy může být vnímána pozitivně, a to zejména po dobře vykonané práci.

„Únava se vyskytuje i při burnout. Obecně má však únava užší vztah k fyzické zátěži (tělesné námaze), než tomu je u burnout. Z takovéto fyzicky ovlivněné únavy je možno dostat se odpočinkem (krátkodobou relaxací), což u burnout možné není.“

(Křivohlavý, 1998, s.53)

2.4.3 Deprese:

Z latinského deprimere, utlačovat, tento pojem označuje obecně pokles. Je to patologický stav, projevuje se změnou nálady, pocitem beznaděje, smutkem, u některých lidí tento stav probíhá pod obrazem podrážděnosti, vztahovačnosti či únavy. Při depresi jsou známé také somatické potíže, postiženého člověka bolí hlava, žaludek, klouby, jsou střevní problémy. Jestliže se tyto psychické nebo tělesné projevy objevují často a trvají dlouho, začíná problém, mohou začít ovládat život člověka. Deprese je onemocnění, a to onemocnění celého organismu.

Od běžného smutku nebo rozladěnosti se deprese liší zejména v tom, že:

- trvá déle
- je intenzivnější

- je hlubší
- nepříznivě ovlivňuje výkonnost člověka

Deprese je jedním z nejčastějších problémů, který můžeme zažít. Na rozdíl od burnout může postihnout lidi, kteří nikdy nebyli zapálení pro svoji práci, může postihnout lidi, kteří vůbec nikdy nepracovali. Porovnáme-li příznaky syndromu vyhoření s projevy deprese, zjistíme, že některé se shodují.

V odborné literatuře mezi nejčastěji popisované příznaky deprese patří:

- přetrvávající smutná nálada
- negativismus
- sebepodceňování
- pocity beznaděje
- ztráta smyslu života
- pesimismus
- nespavost nebo naopak ospalost během dne
- nechutenství nebo naopak nadměrné přejídání se
- únava
- neschopnost přinutit se k činnosti
- nervozita
- nesoustředěnost
- neschopnost cokoli si zapamatovat
- dlouhotrvající tělesné příznaky, bolest hlavy, břicha, poruchy trávení...
- myšlenky na smrt nebo sebevraždu

Deprese, na rozdíl od burnoutu, je léčitelná porucha. Čím dříve se začne s terapií, tím dříve deprese odezní. Pro léčbu a předcházení možnému opakování deprese je důležité užívání antidepresiv, u lehčích forem se doporučuje psychoterapie. Optimální je kombinace obou léčebných metod.

2.4.4 Depersonalizace:

Je psychický symptom s širokou škálou projevů. Nejobecněji řečeno se

vyznačuje zdáním neskutečnosti sebe sama. Projevuje se tím, že vlastní existence, já anebo tělo, se jeví být neskutečné, nereálné, neexistující, nevlastní, cizí. Od svých psychických a tělesných pochodů se osoba cítí být oddělena, odcizena, izolována. Depersonalizaci můžeme pozorovat u lidí, kteří dělali práci jen jako zdroj příjmu, nebyli nikdy pro ni nadšeni, nezajímala je a nebavila. U burnout je tomu obráceně, depersonalizaci (odcizení) lze pozorovat v jeho poslední fázi. Vyskytuje se u lidí, kteří byli svou prací nadšeni. Depersonalizaci nikdy nemůžeme vidět na začátku procesu vyhoření.

2.4.5 Frustrace:

Z latinského frustrá - marně, frustratio – zmarnění. S frustrací se v našem běžném životě setkáváme častěji, než nám je milé.

Vzniká tehdy, jestliže nám k dosažení určitého cíle brání překážka, kterou není v našich silách odstranit. Překážka může být uvnitř nás nebo v okolním prostředí. S frustrací se můžeme setkat také v poslední fázi burnout, projevuje se bezmocí, napětím, zklamáním.

2.4.6 Existenciální neuróza:

Člověk začíná pochybovat o smyslu své existence a o smyslu života vůbec. „Pravdou je, že s něčím podobným existenciální neuróze se setkáváme i při burnout. Setkáváme se s tím však jen na konci tohoto procesu. Na začátku je naopak mimořádně intenzivní prožitek smysluplnosti života (práce, existence atp.). S pocitem ztráty smyslu života se setkáváme u těchto lidí, kteří propadli psychickému vyhoření, až na konci tohoto procesu, když jejich snaha selhala, když překážky byly příliš velké, když okolnosti byly nepředstavitelně nepříznivé, když se jejich úsilí zcela zhroutilo.

(Křivohlavý, 1998, s.54)

3 PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření je v mezinárodní klasifikace nemocí (MNK 10) v kategorii Z 73.0 - problémy spojené s obtížemi v uspořádání života. Další položky v této kategorii jsou: Vyprahlost (vyhasnutí) a Chybění relaxace a odpočinku

Vyhoření je syndrom a syndrom je skupina příznaků. V literatuře se popisuje až na 130 nejrůznějších příznaků. Svou daň si burnout vybírá z oblasti tělesné, emoční, postihuje postoj člověka a odráží se negativně i v mezilidských vztazích.

Ayla Pines a Elliott Aronson popisují příznaky takto: „Burnout je doprovázen celým souborem příznaků. Patří mezi ně tělesné zhroucení, pocity bezmoci a beznaděje, ztráty iluzí, negativních postojů k práci, k lidem v zaměstnání i k životu jako celku. Ve své extrémní podobě burnout představuje hraniční bod. Dostane-li se člověk za něj, jeho schopnost zvládat požadavky, které prostředí na něj klade (jeho adaptabilita), je podstatně snížena.“

(in Křivohlavý, 1998, s.11)

3.1 Rozdělení příznaků syndromu vyhoření

Vzhledem k tomu, že příznaků je mnoho, setkáváme se v literatuře s rozdílným členěním. Příznaky se rozdělují podle toho, v jaké oblasti se manifestují na psychické, emocionální a fyzické. Dělí se také podle oblasti života, v nichž se projevují, na pracovní, soukromé, duševní a vztahy s lidmi.

3.1.1 Příznaky psychické, tělesné a vztahy s lidmi

A) Psychické příznaky

- ztráta nadšení, schopnosti pracovního nasazení, zodpovědnosti
- nechuť, lhostejnost k práci
- negativní postoj k sobě, k práci, k instituci, ke společnosti, k životu
- únik do fantazie
- potíže se soustředěním, zapomínání
- sklíčenost, pocity bezmoci, popudlivost, agresivita, nespokojenost

- pocit nedostatku uznání

B) Tělesné příznaky

- poruchy spánku, chuti k jídlu, náchylnost k nemocem, potíže v oblasti srdeční činnosti, dýchání nebo zažívání
- rychlá unavitelnost, vyčerpanost
- svalové napětí, vysoký krevní tlak

C) Vztahy s lidmi

- ubývá angažovanosti, snahy pomáhat problémovým klientům
- omezení kontaktů s kolegy
- cynický nebo lhostejný přístup ke klientům
- přibývání konfliktů v oblasti soukromí
- nedostatečná příprava k výkonu práce, dlouhodobě nízká výkonnost

3.1.2 Příznaky vnější a vnitřní

Rush (2004) dělí ve své knize příznaky burnout na vnější a vnitřní.

Mezi vnější příznaky patří:

- skutečnost, že aktivita vzrůstá, ale produktivita zůstává zpočátku stejná. Tím, jak roste vyčerpanost, nedostávají se očekávané výsledky a člověk se snaží ztrátu produktivity nahradit svou zvýšenou aktivitou. Tímto se ale u takového člověka umocní pocit frustrace až vyústí ve vyhoření.
- lidé ve vyhořelém stavu bývají podráždění a to z věcí, které jim předtím nevadily. Začínají se rozčilovat na sebe, protože nedosáhli žádoucích výsledků, na druhé, protože jim brání úspěchu, na svou práci, která jejich podrážděnost podněcuje nejvíc.
- fyzická únava. Emocionální únava vede k vyčerpanosti fyzické, toto zažívají všichni lidé, kteří se ve stavu vyhoření ocitnou
- neochota riskovat. Vysoce výkonní jedinci mají od přirozenosti sklony riskovat, jsou velmi soutěživí. Ocitnou-li se ve stavu vyhoření, začínají mít z možného rizika obavy a utíkají před problémy.

Mezi vnitřní příznaky patří:

- ztráta odvahy. Emocionální, duševní a fyzická vyčerpanost silné a odvážné jedince proměňuje ve zbabělce.

- ztráta osobní identity a sebeúcty. Dochází k ní proto, že si dotyční najednou uvědomí, že už nejsou schopni dosahovat stejného úspěchu a výkonu jako kdysi. Kdysi vysoce motivovaní, cílevědomí, iniciativní a výkonní dřiči začínají být apatičtí a bez života a den za dnem jen bezcílně živoří.
- ztráta objektivnosti. Vyhořelí lidé ztrácejí objektivní pohled na realitu a místo podle faktů se rozhodují na základě svých pocitů. Jde o třetí vnitřní symptom vyhoření. Oběti naprosté vyčerpanosti ztrácejí schopnost řídit se skutečností a rozumnými principy. Místo toho se rozhodují a jednájí na základě svých pocitů. To je také jeden z důvodů proč začíná jejich výkonnost klesat. Vyhořelí lidé ztrácejí objektivní pohled na realitu, mění i svá rozhodnutí stejně často, jako své emoce a pocity. Pro něco se rozhodnout a držet se toho je pro ně obtížné. Není neobvyklé, že učiní rozhodnutí, které ještě před uskutečněním změní a jednájí potom naprosto opačně. Druhým se zdají být nestálí-a to také skutečně jsou.
- emocionální vyčerpanost. Vyčerpaní si přejí prchnout na nějaké osamocené místo a zůstat tam, aby se dostali z dosahu lidí a každodenního tlaku svých povinností. Dalším jejich důsledkem je neschopnost vyrovnat se s každodenním tlakem, těžkostmi a situací v zaměstnání. Emocionálně vyčerpané oběti prostě nemají dostatek energie na to, aby se vypořádaly s jen triviálními problémy. Docházejí potom k závěru, že jediným řešením je před situací prchnout.
- negativní postoje. Pokud lidé, dřív výkonní začnou pociťovat vyhoření, jejich postoje jsou čím dál tím negativnější, až nakonec vidí život v těch nejčernějších barvách.

„Velký starozákonní Boží prorok a muž víry Eliáš shrnul konečné důsledky vyhoření pouhými třemi slovy: *„Mám toho dost.“* Každý vyhořelý člověk nakonec dojde k stejnému závěru a jako Eliáš prohlásí: *„Už toho mám dost! Končím!“* Říkám tomu Eliášovo rozhodnutí a nakonec ho učiní každý, kdo se ve stavu vyhoření ocitne.“

(Rush, 2004, s.48)

4 FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ

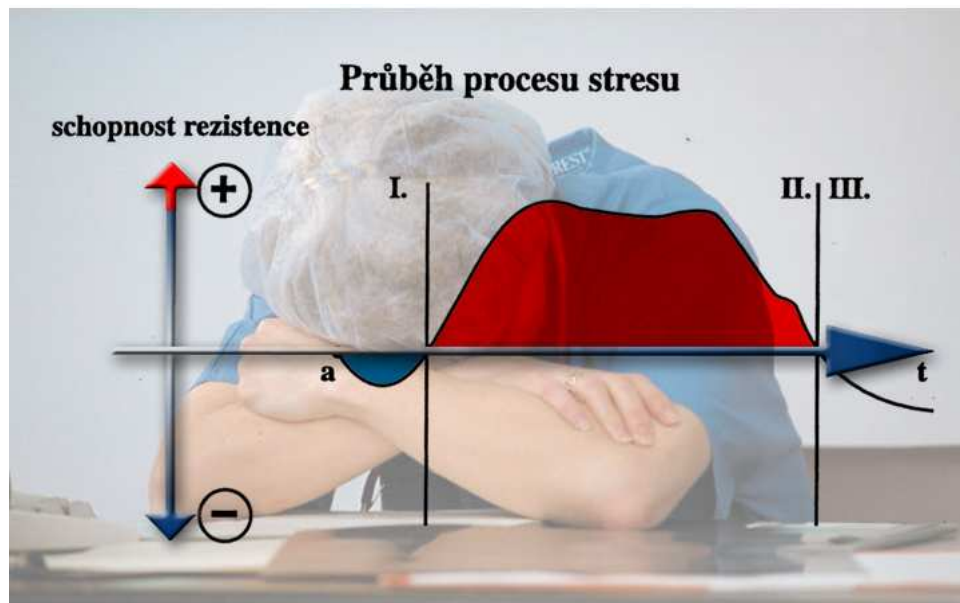
Jedná se o pozvolný, pomalý proces, nástup fází nemusí být jasný a ohraničený. Jednotlivé fáze se můžou mezi sebou prolínat, některé probíhat skrytě, pomalu a jiné velmi rychle. Burnout probíhá v určitém časovém ději, má své zákonitosti a fáze. Autoři, kteří se problematikou zabývají, nahlížejí členění těchto fází mnoha způsoby:

Hans Selye -zakladatel souborného studia stresu- nazval obecný soubor příznaků procesu vyrovnávání se s těžkostmi GAS - General Adaptation Syndrom.

Proces zvaný GAS má podle Hansa Selyeho tři fáze:

- první fáze - působení stresoru
- druhá fáze - zvýšená rezistence (obranyschopnost organismu)
- třetí fáze - vyčerpání rezerv sil a ochranných možností. Do této fáze stresu se obvykle zařazuje průběh syndromu burnout.

(in Křivohlavý, 1998,s.60)



Graf č.1 - průběh procesu stresu

Podle Tamary a Jiřího Tošnerových lze fáze burnoutu rozdělit do pěti etap:

1. **Nadšení:** vysoké ideály, vysoká angažovanost
2. **Stagnace:** ideály se nedaří realizovat, mění se jejich zaměření. Požadavky klientů, jejich příbuzných, či zaměstnavatele, začínají obtěžovat.

3. **Frustrace:** pracovník vnímá klienta negativně, pracoviště pro něj představuje velké zklamání
4. **Apatie:** mezi pracovníkem a klientem vládne nepřátelství, pracovník se vyhýbá odborným rozhovorům s kolegy a jakýmkoliv aktivitám
5. **Syndrom vyhoření:** dosaženo stadia úplného vyčerpání - ztráta smyslu práce, cynismus, odosobnění, odcizení, vymizení reflexe vnitřních norem

(in Tamara a Jiří Tošnerovi, 2002, s.4)

Christine Maslach uvádí čtyřfázový model:

1. Idealistické nadšení a přetěžování
2. Emocionální a fyzické vyčerpání
3. Dehumanizace druhých lidí
4. Terminální stadium - člověk se staví proti všem a proti všemu, objeví se syndromu v celé jeho pestrosti

(in Křivohlavý, 1998, s.61)

Fáze procesu burnout



Graf č.2 – fáze procesu burnout

Ve stejné knize najdeme relativně nejčlenitější model, který publikoval John W. James. Nacházíme zde celkem 12 po sobě následujících fází tohoto procesu.

1. Snaha osvědčit se kladně v pracovním procesu.
2. Snaha udělat vše sám.
3. Zapomínání na sebe a na vlastní osobní potřeby - opomíjení nutné péče o sebe.
4. Práce, projekt, plán, návrh, úkol, cíl atp. se stávají tím jediným, oč danému člověku jde.
5. Zmatení v hodnotovém žebříčku - neví se, co je zbytné a co je nezbytné.
6. Kompulzivní popírání všech příznaků rodícího se vnitřního napětí jako projev obrany tomu, co se děje.

7. Dezorientace, ztráta naděje, vymizení angažovanosti, zrod cynizmu. Útěk od všeho a hledání útěchy např. v alkoholu či drogách, v tabletkách na uklidnění, nadměrném jídle, hromadění peněz atp.
8. Radikální, vně pozorovatelné změny v chování - nesnášení rad a kritiky, jakéhokoliv rozhovoru a společnosti druhých lidí.
9. Depersonalizace - ztráta kontaktu sama se sebou a s vlastními životními cíly a hodnotami
10. Prázdnota - pocity zoufalství ze selhání a dopadu „až na dno“. Neutuchající hlad po opravdovém, smysluplném životě
11. Deprese - zoufalství z poznání, že nic nefunguje a člověk se ocitá ve smysluprázdném vakuu. Sebe-cenění, sebe-hodnocení a sebe-vážení je na nulovém bodě. Zážitek pocitu „nic nejsem“ a „všechno je marnost nad marnost“.
12. Totální vyčerpání-fyzické, emocionální a mentální. Vyplenění všech zásob energie a zdrojů motivace. Pocit naprosté nesmyslnosti všeho - i marnosti dalšího žití.

(in Křivohlavý, 1998, s.62)

Všechny tyto modely různých autorů mají určité společné znaky:

- Počáteční nadšení
- Zvýšené úsilí a marný „boj s větrnými mlýny“
- Postupné vyčerpání elánu a odhodlání
- Ztráta zájmu a smysluplnosti konání

5 DIAGNOSTIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ

Burnout lze diagnostikovat na základě důkladné analýzy příznaků, vyskytujících se u ohrožených osob. Tyto symptomy můžeme zjistit buď pozorováním osoby - vidění změn v jejich chování a jednání nebo pomocí dotazníků, kterých byla vypracována celá řada.

5.1 Orientační dotazník

Čtveřice autorů Dno Hawkins, Frank Minirth, Paul Maier a Chris Thursman, uvádějí velice jednoduchou metodu poznávání blížícího se stavu psychického vyhoření. Je typu diagnostické samoobsluhy - tedy vhodná pro každého, kdo si chce sám zjistit, jak to s ním vypadá. Na otázky se odpovídá buď ano - souhlas, nebo ne - nesouhlas. *Příloha č. 5.*

(in Křivohlavý, 1998, s.33)

Výsledky orientačního testu

„Je-li většina odpovědí typu „ano“, pak to naznačuje, že v tomto případě skutečně jde o možnost zrodu syndromu burnout - psychického vyhoření. Znamená to, že by se něco mělo dělat.“

(Křivohlavý, 1998, s.35)

5.2 Inventář projevů syndromu vyhoření

Tamara a Jiří Tošnerovi, vydali pracovní sešit pro účastníky jejich kurzů, kde se tématem široce zabírají. Setkáváme se zde s dotazníkem - *příloha č.6*, v jeho výsledcích nehodnotíme účastníka kurzu, ale jde pouze o orientační zjištění, ve kterých složkách osobnosti je něco v nepořádku. Vysoké hodnoty celkového součtu bodů ještě nemusí svědčit o syndromu vyhoření. Spíše mohou být podnětem k dalšímu pátrání po životním stylu, resp. po stylech chování a vypořádávání se s problémy.

VYHODNOCENÍ INVENTÁŘE PROJEVŮ SYNDROMU VYHOŘENÍ

Z dosažených hodnot v každé řádce můžete vyčíst svůj individuální stresový profil. Maximální hodnota bodů v jedné rovině je 24, minimální - 0 bodů.

Součtem všech čtyř rovin získáme celkovou míru náchylnosti ke stresu

a syndromu vyhoření. Maximální hodnota celkového součtu je 96, minimální 0.

Praktické využití výsledků testu: vysoké hodnoty součtu bodů v některé z uvedených rovin napovídají, které složce své osobnosti se více věnovat – *příloha č.7.* (in Tamara a Jiří Tošnerovi, 2002, s.7)

5.3 MBI - METODA MASLACH BURNOUT INVENTORY

Autorská dvojice Maslachová s Jacksonem:

pomocí MBI metody - pomocí nejznámějšího dotazníku, který je použitý v naší práci - *příloha č. 3*, lze sledovat syndrom vyhoření u exponovaných profesí. Má tři faktory. Dva jsou negativně laděné - emocionální vyčerpání a depersonalizace. Jeden je laděn pozitivně - osobní uspokojení z práce. Pocity se v originále hodnotí jednak na stupnici častosti výskytu, jednak na stupnici intenzity (síly) a vyhodnocuje se celkový skóre pro jednotlivé faktory. Dotazník se zaměřuje jak na sílu, tak na četnost pocitů.

V tomto dotazníku doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení čísla, označující podle níže uvedeného klíče sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

Síla pocitů: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 Velmi silně

MBI - METODA MASLACH BURNOUT INVENTORY

MBI - Jednotlivé dimenze dotazníku

EE = Emocionální vyčerpání (Emotional Exhaustion)

DP = Depersonalizace

PA = Osobní uspokojení (Personal Accomplishment)

Vyhodnocení dotazníku - *příloha č.4*. Syndrom vyhoření je složitým psychologickým konstruktem, proto jsou sub-škály kombinovány tak, aby postihly více oblastí a nezjišťuje se celkový skóre. Protože pocity vyhoření jsou vnímány jako kontinuum, MBI měří na každé škále úroveň vyhoření ve třech stupních - vysoký, mírný, nízký. Pro emocionální vyhoření a depersonalizaci korespondují vysoké hodnoty s vysokým stupněm vyhoření, naopak u osobního uspokojení korespondují s vyhořením nízké hodnoty.

6 DŮSLEDKY SYNDROMU VYHOŘENÍ

Burnout má velký dopad na kvalitu života. Příznaky mohou provázet celý proces vyhoření, současně se prolínají s jeho důsledky. Například nespokojenost, konflikty na pracovišti mohou být symptomem, ale i důsledkem vyhoření. Podobně to může být i u zdravotních problémů. Každý člověk je jedinečná osobnost, důsledky syndromu vyhoření jsou velmi významné v prožívání daného člověka a také se projeví v rodinných a partnerských vztazích. Mnohdy mají i za následek rozpad manželství, neshody v rodině.

Rush (2004) popisuje pět hlavních důsledků vyhoření, které zároveň představují hlavní faktory, které člověka vedou k rozhodnutí rezignovat na život a nakonec i přání zemřít.

1. Ztráta smyslu života - vzniká tehdy, když výkonným jedincům v zaměstnání, poslání, vztahu, apod. se nedostane výsledku, který očekávají.
2. Nepřinese-li očekávané výsledky. To nezbytně neznamená, že by dotyčný selhal. V očích druhých se může zdát být velmi úspěšným. Může dosahovat svých cílů. Může mít velké zisky. Ale - to je velmi důležité si uvědomit - dané výsledky nepřinášejí to, co oběť vyhoření očekávala.“
3. Ztráta pozitivního vnímání sebe - každého člověka ovlivňuje jeho osobnost, jednání a způsob života. Představa, jakou o sobě máme, jak cítíme, že nás vnímá okolí, má velký vliv na utváření sebevědomí. Dojde-li oběť vyhoření k závěru, že selhala, její vnímání sebe samotné začíná být narušeno. Čím jsou neúspěchy častější a větší, tím více to podryvá sebevědomí vyhořelého člověka.
4. Pocity osamělosti v dnešním světě - vyhořelí lidé se cítí osamoceni a izolováni od okolí. Izolace a pocit osamělosti jdou spolu ruku v ruce a představují začarovaný kruh. Vyhořelí lidé mají pocit, že ztratili všechny přátele - zároveň ale nikomu nedovolí, aby jejich přítelem byl.
5. Zášť a hořkost - vyhořelí lidé se zlobí na sebe, na druhé lidi mají vztek, dávají jim za vinu své selhání.
6. Pocity celkové beznaděje - tento pocit u vyhořelých lidí pramení z toho, že si ho přejí, je to pro ně snazší, pohodlnější.

7 HOŘET A NEVYHOŘET

Pokud bychom aplikovali na syndrom vyhoření ošetřovatelský proces, stanovili bychom si za cíl mu předejít nebo ho alespoň zabrzdit, zastavit. V literatuře se setkáváme se spoustou rad a doporučení, jak burnoutu předejít. V procesu bychom je mohli nazvat - intervence.

- snižte příliš vysoké nároky
- naučte se říkat ne
- nesnažte se být zodpovědní za všechny a za všechno
- stanovte si priority
- plánujte a rozděľujte si práci rovnoměrně
- dělejte přestávky, naučte se odpočívat
- svěřte se blízké osobě se svými problémy
- nelitujte se
- radujte se z toho, co umíte
- věnujte se koníčkům
- vyvarujte se negativního myšlení
- doplňujte energii
- využívejte nabídek pomoci
- zajímejte se o své zdraví

8 CHARAKTERISTICKÉ ZVLÁŠTNOSTI PRÁCE ZDRAVOTNÍKŮ VE VĚZEŇSKÉ SLUŽBĚ ČESKÉ REPUBLIKY

8.1 Organizace Vězeňské služby ČR

Vězeňská služba České republiky byla zřízena zákonem České národní rady ve smyslu §1 zákona č.555/1992 Sb., o Vězeňské a justiční strážích České republiky ze dne 17.11.1992 s účinností od 1.1.1993.

Vězeňská služba zajišťuje zejména výkon vazby a výkon trestu odnětí svobody, ochranu pořádku, bezpečnosti při výkonu soudnictví, správě soudů a při činnosti státních zastupitelství a ministerstva spravedlnosti.

Vězeňská služba se člení na vězeňskou stráž, justiční stráž a správní službu. Vězeňská a justiční stráž mají postavení ozbrojeného sboru.

Vězeňská stráž střeží, předvádí a eskortuje osoby ve výkonu vazby a výkonu trestu odnětí svobody, střeží vazební věznice, věznice a věznice pro místní výkon trestu.

Justiční stráž zajišťuje pořádek a bezpečnost v budovách soudů, státních zastupitelství, v místech činnosti soudů a ministerstva spravedlnosti a umožňuje bezproblémový výkon pravomocí soudů a státních zastupitelství. Správní služba rozhoduje ve správním řízení podle zvláštních právních předpisů. Zabezpečuje organizační, ekonomickou, výchovnou a další odbornou činnost. Její součástí je i **zdravotnická služba**. Základními organizačními články Vězeňské služby jsou generální ředitelství, vazební věznice, věznice, Institut vzdělávání VS. Generální ředitelství řídí, organizuje a kontroluje činnost ostatních složek VS. Ministerstvo spravedlnosti řídí VS prostřednictvím generálního ředitele, kterého jmenuje a odvolává. Za činnost VS zodpovídá generální ředitel ministrovi spravedlnosti (www.vs.cr.cz).

Věznice se člení podle způsobu vnějšího střežení a zajištění bezpečnosti do čtyřech základních typů:

- s dohledem
- s dozorem

- s ostrahou
- se zvýšenou ostrahou

8.2 Systém a struktura zdravotnické služby Vězeňské služby

Zdravotnická služba patří organizačně do pravomoci 1.náměstka generálního ředitele VS ČR.

Činnost zdravotnické služby metodicky řídí a kontroluje ředitel odboru zdravotnické služby GR VS ČR. Jemu podléhají vedoucí lékaři oblastí. Ti metodicky vedou a řídí vedoucí lékaře zdravotnických středisek věznice a vězeňských nemocnic.

Řediteli odboru zdravotnické služby podléhá hlavní sestra VS, která metodicky řídí a vede všeobecné sestry pracující ve Vězeňské službě. Za činnost zdravotnického zařízení zodpovídá ředitel příslušné věznice - dle Sbírky nařízení ministra spravedlnosti č.4/2008. Poskytování zdravotní péče je stanoveno ve Sbírce nařízení ministra spravedlnosti č.4/2008 o poskytování zdravotnické péče osobám ve výkonu vazby a výkonu trestu odnětí svobody. Účelem tohoto nařízení je upravit poskytování zdravotnické péče ve věznicích a vazebních věznicích, stanovit její rozsah i postup organizací, které se podílejí na jejím poskytování.

Zdravotnická péče je obviněným a odsouzeným poskytována ve zdravotnických zařízeních VS lékaři těchto zařízení. Obviněným a odsouzeným není umožněna svobodná volba lékaře, klinického psychologa, zdravotnického zařízení a dopravní služby.

Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění zahrnuje:

- léčebnou péči ambulantní a ústavní
- pohotovostní a záchrannou službu
- preventivní péči
- dispenzární péči
- poskytování léčivých přípravků, prostředků zdravotní techniky a stomatologických výrobků
- dopravy pacientů
- posudkovou činnost
- prohlídku zemřelého pojištěnce a pitvu včetně dopravy

Vyžaduje-li zdravotní stav obviněného či odsouzeného zdravotní péči, kterou nelze poskytovat v žádném zdravotnickém zařízení VS, zajistí se její poskytnutí v místě příslušném mimovězeňském zdravotnickém zařízení (SN MS č.4/2008).

Ambulantní zdravotní péče

je poskytována ve zdravotnických střediscích, která jsou zřízena ve všech věznicích a zajišťují primární zdravotní péči. Specializovaná ambulantní péče je poskytována odbornými lékaři zdravotnických středisek nebo dle dohody též v mimovězeňských zařízeních.

Ústavní zdravotní péče je poskytována v lůžkových zařízeních VS, vězeňských nemocnicích:

- Praha – Pankrác – chirurgické oddělení
- Brno – Bohunice – oddělení interní, infekční, rehabilitace, psychiatrie

Specializovaná ústavní péče

je poskytována odbornými lékaři lůžkového zařízení nebo dle dohody přivolanými konsiliárními lékaři z mimovězeňských zdravotnických zařízení. Ve vybraných věznicích je též prováděna specializovaná ambulantní léčba protialkoholní a sexuologická. Ve všech věznicích byly zřízeny tzv.bezdrogové zóny, kde mají obvinění a odsouzení možnost zúčastnit se programu detoxikace, konzultace, kolektivních a dalších forem terapií (SN MS č.4/2008).

Specifika pracoviště

Zdravotní péče je jedním ze základních práv osob nacházejících se ve výkonu vazby či výkonu trestu odnětí svobody.

Léčebná péče o tyto osoby musí být srovnatelná jako u ostatních obyvatel v civilním zařízení z toho důvodu, že stát nese plnou odpovědnost za všechny osoby, které je nutno, jsou-li k tomu důvody, izolovat od ostatní společnosti.

Výkon vazby

Do výkonu vazby jsou přijímány osoby, které buď nastupují výkon trestu odnětí svobody nebo na něž byla soudem uvalena vazba. Vstupní lékařská prohlídka se provede neprodleně po nástupu vazby, nejpozději však do 4 dnů. Její součástí je:

- vyšetření praktickým lékařem.
- vyšetření stomatologem.
- biochemické vyšetření krve a odběr moče
- u žen - vyšetření gynekologické

Je založena zdravotnická dokumentace jak v elektronické, tak v písemné podobě. Na závěr vstupní prohlídky vyplní lékař Registrační list, pokud vazba a trest jsou delší než tři měsíce a vyžádá si od předchozího registrujícího lékaře informace potřebné k zajištění návaznosti zdravotní péče. Účelem vstupní prohlídky je objektivizovat zdravotní stav obviněného a provést příslušná zdravotní opatření, což je zajistit posouzení zdravotní způsobilosti k výkonu vazby či výkonu trestu odnětí svobody, stanovit zdravotní klasifikaci a plán potřebných léčebně preventivních opatření. Velice náročné ve vazebních věznicích je časté střídání a obměna klientely, kdy je potřeba opakovaně provádět množství vstupních prohlídek a vyšetření v co nejkratší nutné době, jejichž termín je ve Sbírce nařízení ministra spravedlnosti.

Často jsou též přijímány osoby pod vlivem alkoholu či s vyvinutou drogovou závislostí, u nichž je velká pravděpodobnost vzniku abstinčních příznaků.

Výkon trestu odnětí svobody

K výkonu trestu odnětí svobody jsou přijímány osoby z vazebních věznic. Tito odsouzení mají už základní vstupní vyšetření provedeno. Na rozdíl od péče o obviněné, je u odsouzených důležité určit intervaly a rozsah periodických preventivních a dispenzárních prohlídek, stanovených příslušným nařízením ministra spravedlnosti. Následné

dodržování těchto intervalů je náročné především u dlouhodobě a doživotně odsouzených osob, kdy tito pocházejí často z problematické části populace, s pochybnou sociální, rodinnou i osobní anamnézou. Značná část vězněných osob jsou občané romského etnika.

Pro mnohé dlouhodobě a doživotně odsouzené, kteří mají omezenou možnost volného ohybu a vycházek, se stává návštěva zdravotnického zařízení spíše zdrojem rozptýlení a společenskou událostí s možností vidět trochu jiné tváře, než důvodem řešit konkrétní zdravotní potíže.

Velmi zatěžující pro zdravotnické pracovníky je nutnost řídit se nejenom předpisy ministerstva zdravotnictví, ale také nařízeními MS, ředitele věznice a řádem výkonu trestu odnětí svobody. Skloubit plynulý provoz a funkci všech odborných ordinací s vnitřním provozem věznice, dle různých diferenciačních skupin, je někdy velmi obtížné a stresující.

8.3 Ošetrovatelská péče ve Vězeňské službě

Zdravotničtí pracovníci jsou v zaměstnaneckém poměru jako občanští zaměstnanci. Nemají tedy právo na využití rekondičních pobytů, které jsou určeny pouze pro příslušníky pracující ve VS ČR. Troufám si říct, že právě zdravotnický personál je vystaven každý den velké psychické zátěži. Na zdravotních střediscích denně ošetří několik desítek odsouzených, ordinuje zde praktický lékař, stomatolog a na dohodu lékaři specialisté – internista, ortoped, neurolog, psychiatr, dermatovenerolog, oční lékař, otorinolaryngolog, plicní lékař a rentgenolog. Po dobu poskytování zdravotní péče bývá přítomen příslušník Vězeňské služby, zajišťující bezpečnost zdravotnického personálu. Přitom nesmí být porušeny zásady ochrany citlivých osobních údajů u odsouzené osoby, příslušník je vázán povinností mlčenlivosti. Velmi často dochází k situacím, že lékaři a sestry jsou přetíženi opakujícími se návštěvami odsouzených. Někteří odborníci přitom považují až dvě třetiny z nich za zbytečné. Jenže těžko jim v návštěvách bránit. Vězeň má právo být adekvátně ošetřen, pokud o to požádá. A toto právo jim nelze upřít. Pro některé, jen cesta na zdravotní středisko a zpět, je zpestřením života za mřížemi. Spousta pacientů se

také domnívá, že ve vězení doženou, co na svobodě zanedbali. „Jsem teď tady, tak mi dejte nové brýle, pošlete mne na rehabilitaci, dejte mi dietu, spravte mi zuby“...., tato slova slýchávají sestry v ordinacích denně. Věta „Když jste si mne zavřeli, tak se o mne starejte“ je u našich klientů nejčastější. Mezi odsouzenými je velké procento psychopatů, psychotiků a je velmi těžké s nimi komunikovat. Agravace, simulace, sebepoškozování, vyžadování neadekvátní léčby, zejména medikamentů, jsou obrovsky rozšířené. Je nepochopitelné, co jsou schopni udělat. Pořežou se, něco spolknou, např. lžíci, rukojeť od ešusu atd. Lékař a sestra tuto skutečnost většinou diagnostikují náhodou nebo když se dotýčný přizná. Každý den se vězeň musí podrobit kontrolnímu rtg, zda se spolknutý předmět stále nachází v zažívacím traktu. Pokud hrozí perforace žaludku nebo střeva, je odsouzený převezen na lůžkovou část chirurgického oddělení do Prahy. Když už některé omrzí polykání, najdou si jiné způsoby, jak si ublížit a zaměstnat zdravotníky. Například drží hladovku, vpravují si cizí tělesa do penisu, různé kuličky, kousky skla. Ošetřování vězňů po automutilaci je pro nelékařský zdravotnický personál v ambulantních prostorách zdravotního střediska zatěžující a stresující. Tuberkulózu, syfilis, žloutenku typu B a C často diagnostikují ve vězeňských nemocnicích. Léčba těchto nemocí je drahá, léčí-li se nepojištění cizinci, hradí tuto léčbu stát. I přes tyto situace se lékař i sestra musí chovat profesionálně, komunikovat a umět s takovým vězněm vyjít tak, aby mu bylo poskytnuto právě to, co je adekvátní a aby nedošlo k nadužívání a zejména zneužívání péče nebo naopak zanedbání. A jestli jsou vděční? Někteří snad, ale sprostých invektiv si sestry vyslechnou poměrně mnoho. Pracuji ve vězeňství čtyři roky, po tuto dobu se snažím soustředit jen na potíže klienta, nemyslet na to, co provedl, i když se zvýšeným hlasem dožaduje modrých tablet, které dostával v jiné věznici. K práci s těmito klienty je třeba ze strany zdravotníků opravdu velká psychická odolnost, profesionalita a zkušenost. Slabší prostě nevydrží a odejdou.

EMPIRICKÁ ČÁST

9 PRAKTICKÁ ČÁST

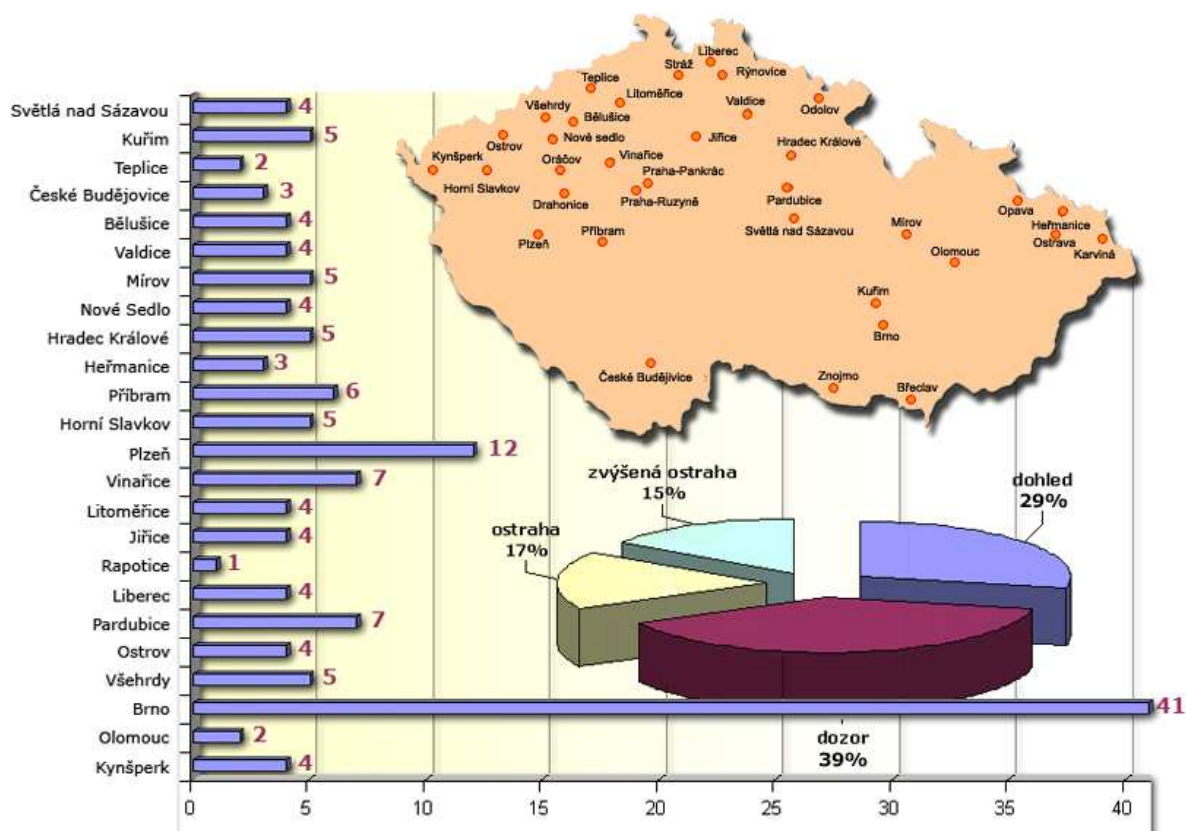
9.1 Cíle práce

1. Zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester pracujících ve věznicích s dohledem.
2. Zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester pracujících ve věznicích s dozorem.
3. Zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester pracujících ve věznicích s ostrahou.
4. Zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester pracujících ve věznicích se zvýšenou ostrahou.
5. Zjistit a graficky porovnat rozdíly mezi intenzitou syndromu vyhoření a typem věznice, kde všeobecné sestry pracují.
6. Zjistit a graficky porovnat rozdíly mezi intenzitou syndromu vyhoření a délkou praxe ve vězeňství.
7. Navrhnout prevenci syndromu vyhoření pro všeobecné sestry pracující ve Vězeňské službě České republiky.

9.2 Metodika práce

Rozeslali jsme 252 dotazníků na všechna zdravotnická střediska v rámci Vězeňské služby České republiky. Vypracovaných se nám vrátilo 145, tato práce tedy zahrnuje výsledky 145 (100%) respondentů, které byly statisticky zpracovány. Celkový soubor (145) byl rozdělen do skupin podle pohlaví, dle věku, délky praxe ve zdravotnictví, ve věznici, typu věznice, vzdělání a funkčního zařazení.

Graf č.3 - Počet respondentů z jednotlivých věznic



9.2.1 Charakteristika zkoumaného prostředí

Výzkumné šetření bylo provedeno ve zdravotnických zařízeních Vězeňské služby České republiky. Na území Čech a Moravy je celkem 35 věznic čtyř typů. Nejmírnější typ věznice – dohled, druhý typ dozor, třetí typ ostraha a čtvrtý typ věznice tzv. nejtěžší stupeň je se zvýšenou ostrahou. Zde jsou umístěni odsouzení zvláště nebezpeční pro společnost.

Ve věznicích pracuje celkem 252 všeobecných sester. V zdravotnických zařízeních ambulantního typu pracuje 173 všeobecných sester a 79 jich pracuje ve vězeňských nemocnicích – Praha, Brno.

9.2.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumné šetření bylo provedeno ve všech 35 věznicích České republiky. Charakteristika respondentů:

- zaměstnanci ve vězeňství
- zaměstnanci ve zdravotnictví
- povoláním pracovníci nelékařských profesí
- směr - všeobecné sestry
- pohlaví – ženy i muži

9.2.3 Použité metody

K získání dat byla použita metoda dotazování formou anonymního dotazníku.

Prof.PhDr.Rudolf Kohoutek, Csc., definuje dotazník, jako způsob psaného řízeného rozhovoru. Je méně náročný, než rozhovor. Při sestavování dotazníků je třeba promyslet a přesně určit hlavní cíl dotazníkového průzkumu, logisticky a stylisticky správně připravit konkrétní otázky. Ty by měly být anonymní, zvyšuje se tím upřímnost odpovědí. Při rozesílání dotazníků se musí počítat s tím, že se nám všechny nevrátí a proto je rozesíláme ve dvojnásobném počtu. Lze zkoumat velký počet osob současně. Otázky v dotazníku mohou být: uzavřené, otevřené a škálové.

(www.ped.muni.cz –online)

Bylo osloveno celkem 252 pracovníků nelékařských profesí – obor všeobecná sestra. Na dotazník odpovědělo 145 sester. Všechny dotazníky byly řádně vyplněny ve všech otázkách. Výzkumný soubor obsahoval 145 (tj. 100%) dotazníků, s jejichž daty budeme dále pracovat.

Dotazník použitý v této práci byl rozdělen do dvou částí:

Část A

zjišťovala osobní údaje, charakterizující sledovaný soubor. Obsahovala 8 uzavřených otázek - *příloha č.2*

Část B

Byl použit standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI), Dle Maslach, Jackson, Leiter - *příloha č.3*

(www.mbi-maslach-burnout-inventory, 2009, online)

MBI – MASLACH – BURNOUT – INVENTORY

Křivohlavý ve své knize (1998) popisuje MBI dotazník.

Dotazník obsahuje 22 položek, kterým se zjišťují tři rozhodující faktory:

1. **EE** – emotional exhaustion (emocionální vyčerpání)., ztráta chuti k životu, nedostatek sil, nulová motivace k nějaké činnosti. Jsou považovány za základní příznaky syndromu vyhoření.
2. **DP** – depersonalizace (odosobnění)., ztráta úcty k druhým lidem jako k lidským bytostem. Nejvíce se projevuje u lidí, kteří mají velkou potřebu kladné odezvy od osob, kterým se věnují. V opačném případě zahořknou a stanou se necitlivými a cynickými.
3. **PA** – personal accomplishment (snížení výkonnosti)., vychází z pocitů vlastní nedostatečnosti a neschopnosti prožívat uspokojení z práce, z nedostatku energie zvládnout stresové situace, konflikty a těžkosti.

Odpovědi na všech 22 otázk v tomto dotazníku je škálových, to znamená, že umísťují odpovídajícího člověka na některý bod škály - příloha č.4

Otázky 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 – zjišťovaly míru citového vyčerpání.

Otázky 5, 10, 11, 15, 22 – míru odosobnění

Otázky 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 – míru snížení pracovního výkonu.

VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU MASLACH – BURNOUT – INVENTORY

Tabulka č.3 – rozdělení otázek MBI dle faktoru

citové vyčerpání	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20
odosobnění	5, 10, 11, 15, 22
snížení pracovního výkonu	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

Sledované kategorie jsou klasifikovány třemi stupni.

Tabulka č.4 – hodnotící tabulka syndromu vyhoření dle dotazníku MBI

kategorie MBI	nízká úroveň	střední úroveň	vysoká úroveň
citové vyčerpání	≤ 16	17 - 26	≥ 27
odosobnění	≤ 6	7 - 12	≥ 13
snížení pracovního výkonu	≥ 39	38 - 32	≤ 31

Kopie dotazníků jsme zaslali na zdravotnická střediska Věznic a do vězeňských nemocnic. Respondenti nebyli osloveni přímo, ale prostřednictvím vrchních sester. Z tohoto důvodu byl dotazník (příloha č.2 a 3) anonymní a dobrovolný. Ústní a elektronickou poštou byl s ředitelem zdravotního odboru, hlavní sestrou a vrchními sestrami projednán význam a účel dotazníkového šetření.

9.2.4 Organizace šetření

Před vlastním šetřením se uskutečnilo na zdravotním odboru generálního ředitelství Vězeňské služby jednání s ředitelem odboru a hlavní sestrou. Ti souhlasili s tématem, s dotazníkovým šetřením i způsobem rozeslání - oslovením vrchních sester. Souhlas s provedením šetření byl dán v písemné podobě - *příloha č.1*. Hlavní sestra nám dala k dispozici tabulková místa všeobecných sester ve věznicích.

V lednu roku 2009 byly kopie dotazníku odeslány na zdravotnická střediska všech věznic. Pomocí vězeňského intranetu byly požádány vrchní sestry o rozdělení dotazníků a zaslání zpět zadavateli.

Část A – charakteristika sledovaného souboru

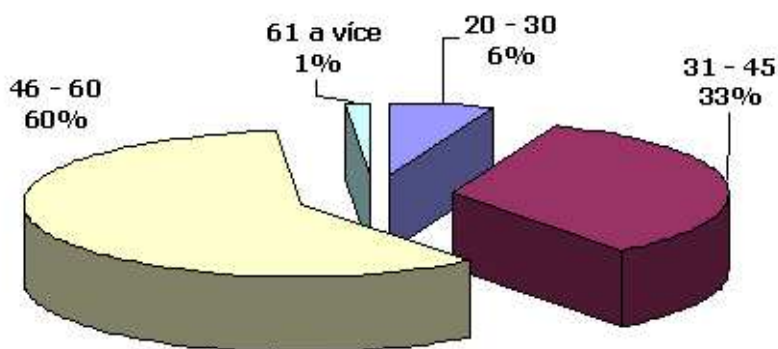
Příloha č.2

1. rozložení respondentů podle věku

Tabulka č.5 – složení respondentů podle věku

věk	počet respondentů	%
20 - 30	9	6%
31 - 45	48	33%
46 - 60	86	60%
61 a více	2	1%
Celkem	145	100%

Graf č.4 – složení respondentů podle věku



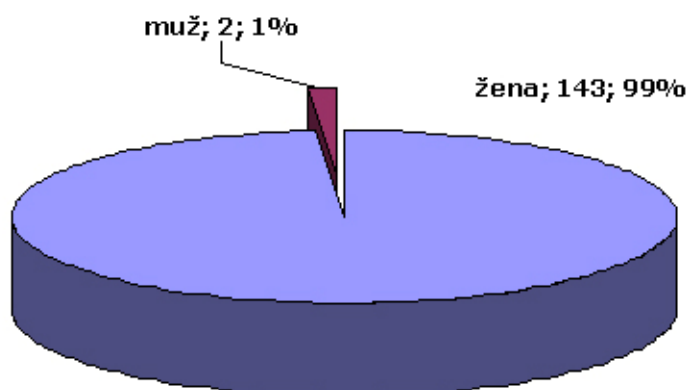
ve zkoumaném souboru 145 (100%) respondentů bylo ve věku: 20 až 30 let - 9 (6%) respondentů, 31 až 45 let - 48 (33%) respondentů, 46 až 60 let 86 (60%) respondentů, 61 let a více - 2 (1%) respondenti (tabulka č.5, graf č.4).

2. rozložení respondentů podle pohlaví

Tabulka č.6 - rozložení respondentů podle pohlaví

	počet respondentů	%
žena	143	99%
muž	2	1%
Celkem	145	100%

Graf č.5 - rozložení respondentů podle pohlaví



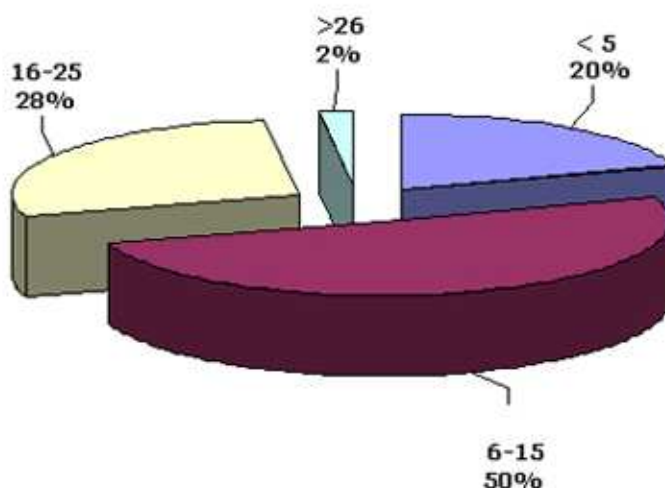
ve zkoumaném souboru 145 (100%) respondentů bylo 143 (99%) žen a 2 (1%) muži (tabulka č.6, graf č.5).

3. rozložení respondentů podle délky praxe ve zdravotnictví

Tabulka č.7 - respondenti podle délky praxe ve zdravotnictví

praxe ve zdr.	počet respondentů	%
< 5	30	20%
6-15	72	50%
16-25	40	28%
>26	3	2%
celkem	145	100%

Graf č.6 - respondenti podle délky praxe ve zdravotnictví



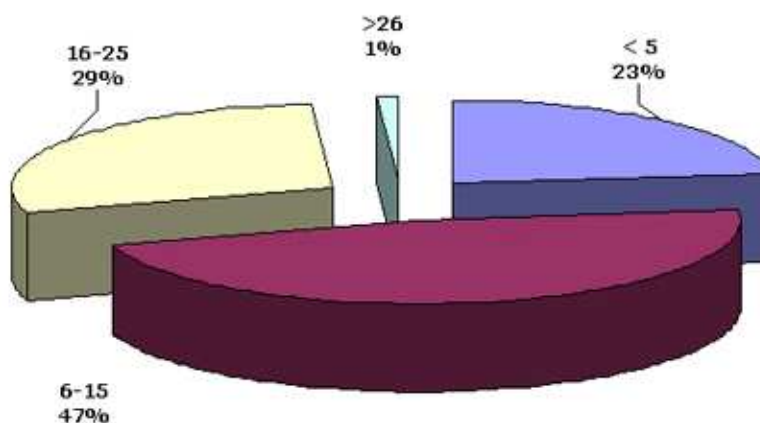
Složení zkoumaného souboru 145 (100%) respondentů podle délky praxe ve zdravotnictví bylo následující: do 5 let praxe – 30 (20%) respondentů., od 6 do 15 let – 72 (50%) respondentů., od 16 let do 25 let praxe – 40 (28%) respondentů., nad 26 let – 3 (2%) respondenti (*tabulka č.7, graf č.6*).

4. Rozložení respondentů podle délky praxe ve vězeňství

Tabulka č.8 - respondenti podle délky praxe ve vězeňství

praxe ve VS	počet respondentů	%
< 5	34	23,00%
6-15	68	47%
16-25	41	29%
>26	2	1%
celkem	145	100%

Graf č.7 - respondenti podle délky praxe ve vězeňství



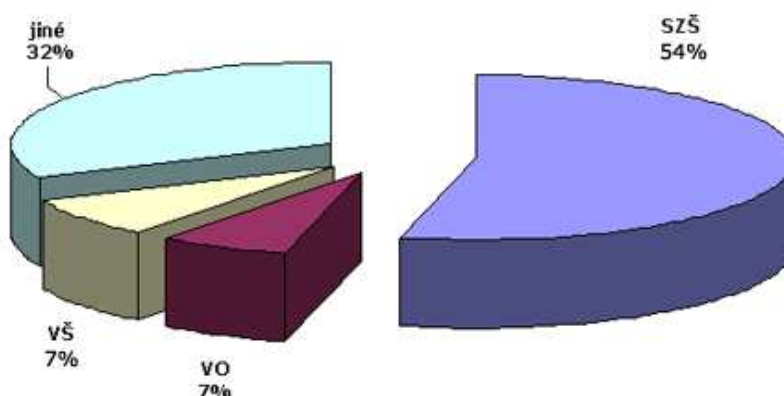
Ve zkoumaném souboru 145 respondentů bylo s délkou praxe ve vězeňství do 5 let bylo 34 (23%) respondentů., od 6 do 15 let – 68 (47%) respondentů., od 16 do 25 let – 41 (29%) respondentů., nad 26 let – 2 (1%)respondentů (*tabulka č.8, graf č.7*).

5. rozložení respondentů podle dosaženého vzdělání

Tabulka č.9 - respondenti podle dosaženého vzdělání

vzdělání	počet respondentů	%
SZŠ	78	54%
VO	10	7%
VŠ	11	7%
jiné	46	32%
celkem	145	100%

Graf č.8 - respondenti podle dosaženého vzdělání



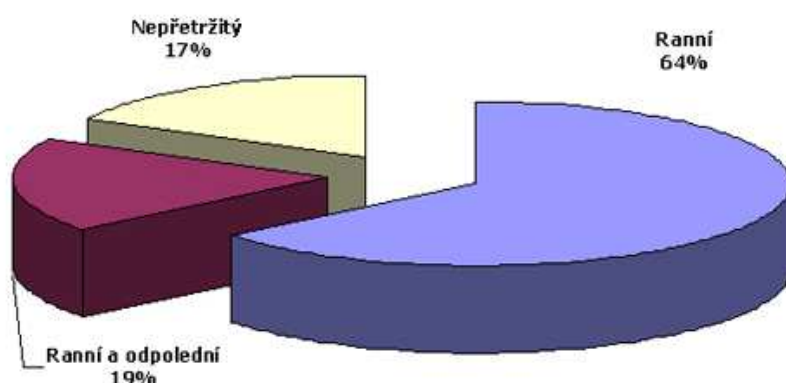
ve zkoumaném souboru 145 (100%) respondentů, bylo 78 (54%) absolventů SZŠ., 10 (7%) respondentů absolvovalo VOŠ., vysokou školu udalo 11 (7%) respondentů., jiné zdravotnické vzdělání (PSS, specializační kurz...) 46 (32%) dotazovaných (tabulka č.9, graf č.8).

6. rozložení respondentů podle pracovních směn

Tabulka č.10 - respondenti podle pracovních směn

směnnost	počet respondentů	%
Ranní	93	64%
Ranní a odpolední	27	19%
Nepřetržitý	25	17%
Celkem	145	100%

Graf č.9 - respondenti podle pracovních směn



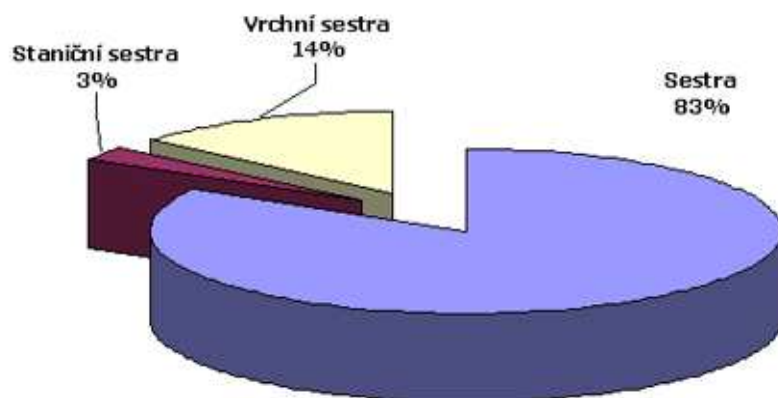
Z dotazovaných respondentů 145 (100%)., pracovalo v jednosměnném provozu 93 (64%) dotazovaných., ve dvousměnném provozu 27 (19%) respondentů a v nepřetržitém provozu 25 (17%) dotazovaných (tabulka č.10, graf č.9).

7. rozložení respondentů podle funkčního zařazení

Tabulka č.11 - složení respondentů podle funkčního zařazení

Funkce	počet respondentů	%
Sestra	121	83%
Staniční sestra	4	3%
Vrchní sestra	20	14%
Celkem	145	100%

Graf č.10 - složení respondentů podle funkčního zařazení



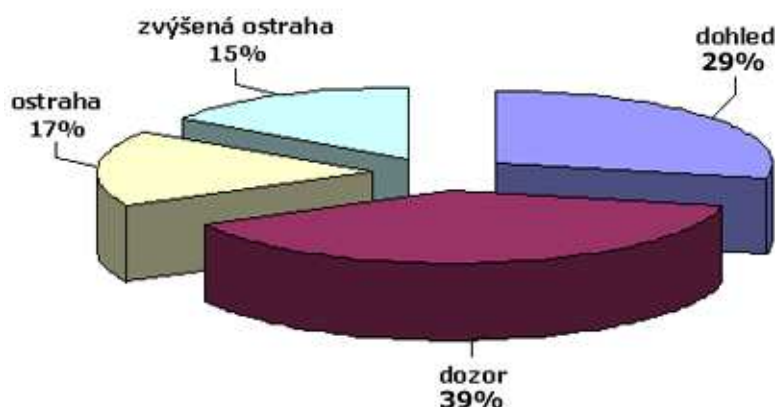
Z dotazovaných respondentů 145 (100%) pracovalo podle funkčního zařazení na pracovišti 121 (83%) všeobecných sester., 4 (3%) ve funkci staniční sestry., 20 (14%) ve funkci vrchních sester (*tabulka č.11, graf č.10*).

8. rozložení respondentů podle druhu pracoviště

Tabulka č.12 - složení respondentů podle druhu pracoviště

typ věznice	počet respondentů	%
dohled	41	29%
dozor	57	39%
ostraha	25	17%
zvýšená ostraha	22	15%
celkem	145	100%

Graf č.11 - složení respondentů podle druhu pracoviště



Z dotazovaných respondentů 145 (100%) pracovalo na pracovišti věznice- dohled 41 (29%) respondentů., věznice – dozor 57 (39%) respondentů., věznice – ostraha 25 (17%) respondentů a věznice – zvýšená ostraha 22 (15%) respondentů (*tabulka č.12, graf č.11*).

Část B – standardizovaný dotazník MBI

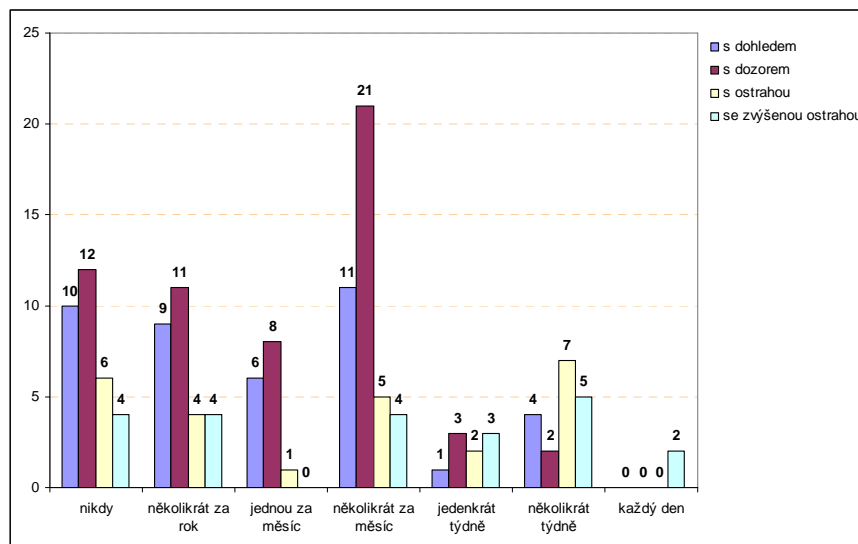
Příloha č.3

MÍRA CITOVÉHO VYČERPÁNÍ

Tabulka č.13 - odpovědi respondentů, zda je práce citově vysává

otázka č. 1	Práce mne citově vysává.							
MBI	nikdy	několikrát za rok	jednou za měsíc	několikrát za měsíc	jedenkrát týdně	několikrát týdně	každý den	celkem
s dohledem	10	9	6	11	1	4	0	41
s dozorem	12	11	8	21	3	2	0	57
s ostrahou	6	4	1	5	2	7	0	25
se zvýšenou ostrahou	4	4	0	4	3	5	2	22
celkem	32	28	15	41	9	18	2	

Graf č.12 – otázka č.1 – práce mne citově vysává



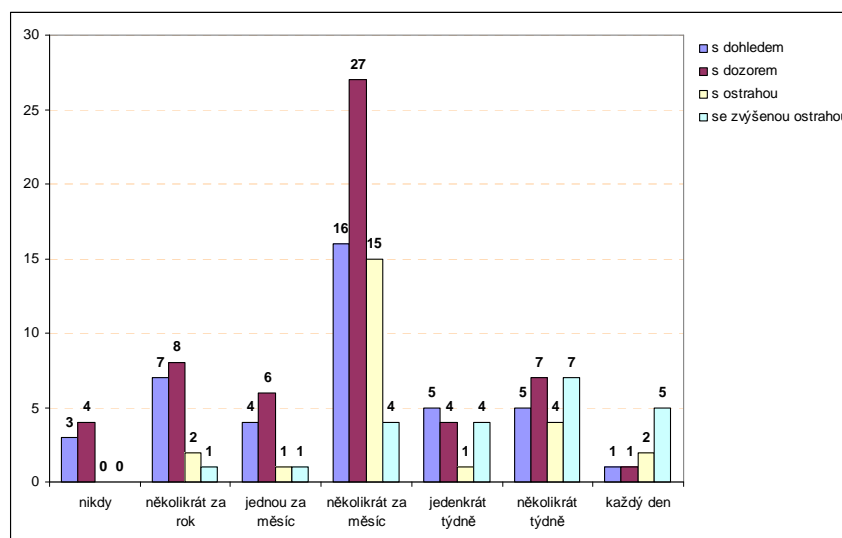
Dle výsledků dotazníkového šetření, zda je *práce citově vysává*, z celkového počtu 145 (100%) respondentů odpovědělo: nikdy – 32 (22%), několikrát za rok 28 (19%) respondentů, jedenkrát za měsíc 15 (10%) respondentů, několikrát za měsíc 41 (29%) respondentů, jedenkrát

týdně 9 (6%) respondentů, několikrát týdně 18 (13%) respondentů, každý den 2 (1%) respondenti (*tabulka č. 13, graf č.12*).

Tabulka č.14 - odpovědi respondentů, zda se cítí na konci pracovního dne na dně sil

otázka č. 2	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil.							
MBI	nikdy	několikrát za rok	jednou za měsíc	několikrát za měsíc	jedenkrát týdně	několikrát týdně	každý den	celkem
s dohledem	3	7	4	16	5	5	1	41
s dozorem	4	8	6	27	4	7	1	57
s ostrahou	0	2	1	15	1	4	2	25
se zvýšenou ostrahou	0	1	1	4	4	7	5	22
celkem	7	18	12	62	14	23	9	

Graf č.13 – otázka č.2 – na konci pracovního dne se cítím být na dně sil

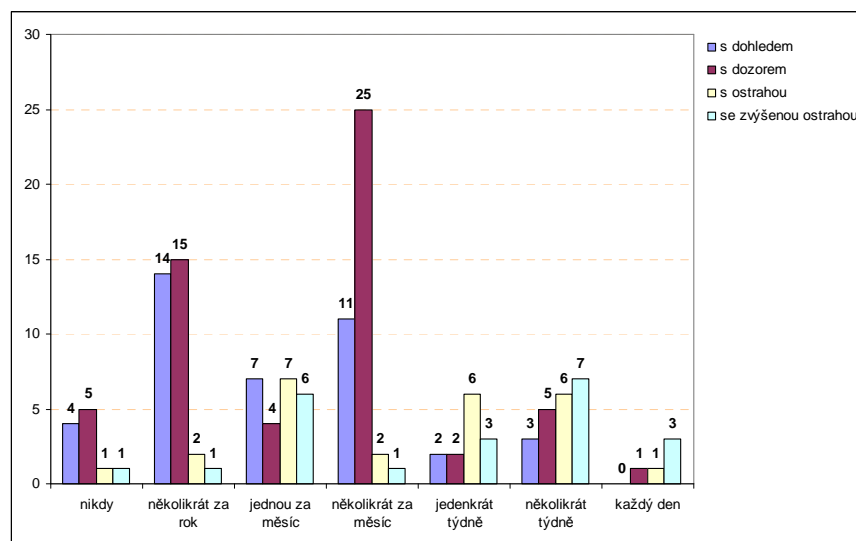


Zda se na konci pracovního dne cítí být na dně sil z celkového počtu 145 (100%) respondentů odpovědělo: nikdy – 7 (5%), několikrát za rok 18 (12%) respondentů, jedenkrát za měsíc 12 (8%) respondentů, několikrát za měsíc 62 (43%) respondentů, jedenkrát týdně 14 (10%) respondentů, několikrát týdně 23 (16%) respondentů, každý den 9 (6%) respondentů (*tabulka č. 14, graf č.13*).

Tabulka č.15 - odpovědi respondentů, zda když ráno vstanou a pomyslí na pracovní problémy, cítí se unaven/a

otázka č. 3	Když ráno vstávám a pomyslí na pracovní problémy, cítím se unaven/a.							
MBI	nikdy	několikrát za rok	jednou za měsíc	několikrát za měsíc	jedenkrát týdně	několikrát týdně	každý den	celkem
s dohledem	4	14	7	11	2	3	0	41
s dozorem	5	15	4	25	2	5	1	57
s ostrahou	1	2	7	2	6	6	1	25
se zvýšenou ostrahou	1	1	6	1	3	7	3	22
celkem	11	32	24	39	13	21	5	

Graf č.14 – otázka č.3 – když ráno vstávám a pomyslí na pracovní problémy, cítím se unaven/a

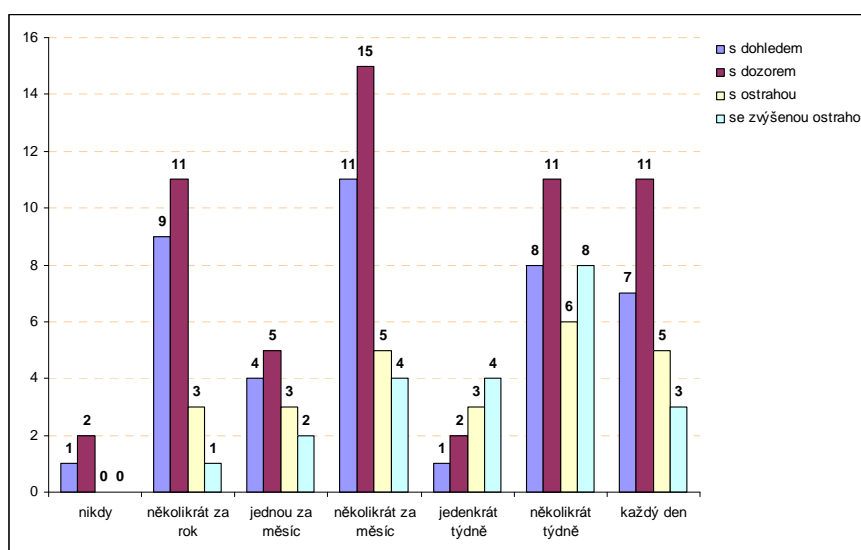


Dle výsledků dotazníkového šetření zda, když ráno vstanou a pomyslí na pracovní problémy, cítí se unaveni, z celkového počtu 145 (100%) respondentů odpovědělo: nikdy – 11 (8%), několikrát za rok 32 (22%) respondentů, jednou za měsíc 24 (17%) respondentů, několikrát za měsíc 39 (27%) respondentů, jedenkrát týdně 13 (9%) respondentů, několikrát týdně 21 (14%) respondentů, každý den 5 (3%) respondentů (tabulka č. 15, graf č.14).

Tabulka č.16 - odpovědi respondentů, zda je celodenní práce pro ně skutečně namáhavá

otázka č. 6	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá							
MBI	nikdy	několikrát za rok	jednou za měsíc	několikrát za měsíc	jedenkrát týdně	několikrát týdně	každý den	celkem
s dohledem	1	9	4	11	1	8	7	41
s dozorem	2	11	5	15	2	11	11	57
s ostrahou	0	3	3	5	3	6	5	25
se zvýšenou ostrahou	0	1	2	4	4	8	3	22
celkem	3	24	14	35	10	33	26	

Graf č.15 – otázka č. 6 – celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá

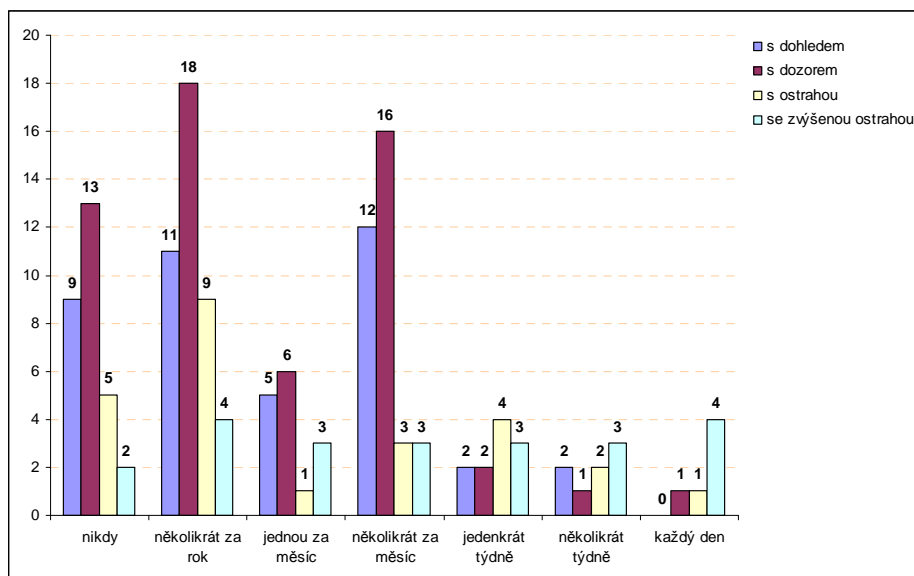


Dle výsledků dotazníkového šetření, zda je celodenní práce pro mne skutečně namáhavá, z celkového počtu 145 (100%) respondentů odpovědělo: nikdy – 3 (2%), několikrát za rok 24 (17%) respondentů, jedenkrát za měsíc 14 (10%) respondentů, několikrát za měsíc 35 (24%) respondentů, jedenkrát týdně 10 (7%) respondentů, několikrát týdně 33 (22%) respondentů, každý den 26 (18%) respondentů (tabulka č. 16, graf č.15).

Tabulka č.17 - odpovědi respondentů zda cítí „vyhoření“, vyčerpání ze své práce

otázka č. 8	Cítím "vyhoření" vyčerpání ze své práce.							
MBI	nikdy	několikrát za rok	jednou za měsíc	několikrát za měsíc	jedenkrát týdně	několikrát týdně	každý den	celkem
s dohledem	9	11	5	12	2	2	0	41
s dozorem	13	18	6	16	2	1	1	57
s ostrahou	5	9	1	3	4	2	1	25
se zvýšenou ostrahou	2	4	3	3	3	3	4	22
celkem	29	42	15	34	11	8	6	

Graf č.16 – otázka č.8 – cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce

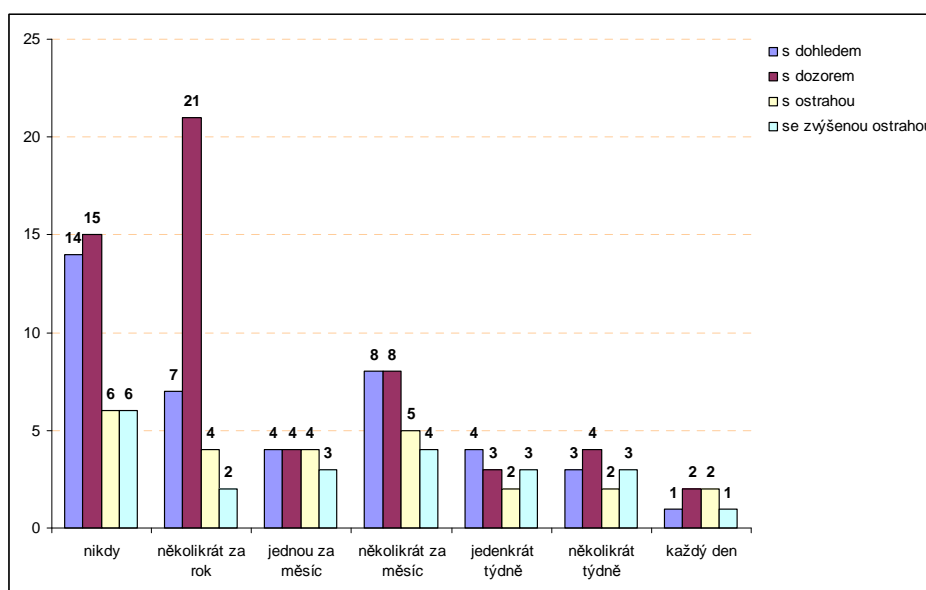


Dle výsledků dotazníkového šetření, zda cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce, z celkového počtu 145 (100%) respondentů odpovědělo: nikdy – 29 (20%), několikrát za rok 42 (29%) respondentů, jednou za měsíc 15 (10%) respondentů, několikrát za měsíc 34 (23%) respondentů, jedenkrát týdně 11 (8%) respondentů, několikrát týdně 8 (6%) respondentů, každý den 6 (4%) respondentů (tabulka č. 17, graf č.16).

Tabulka č.18 - odpovědi respondentů, zda mi moje práce přináší pocity marnosti

otázka č. 13	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení.							celkem
	MBI	nikdy	několikrát za rok	jednou za měsíc	několikrát za měsíc	jedenkrát týdně	několikrát týdně	
s dohledem	14	7	4	8	4	3	1	41
s dozorem	15	21	4	8	3	4	2	57
s ostrahou	6	4	4	5	2	2	2	25
se zvýšenou ostrahou	6	2	3	4	3	3	1	22
celkem	41	34	15	25	12	12	6	

Graf č.17 – otázka č.13 – moje práce mi přináší pocit marnosti, neuspokojení

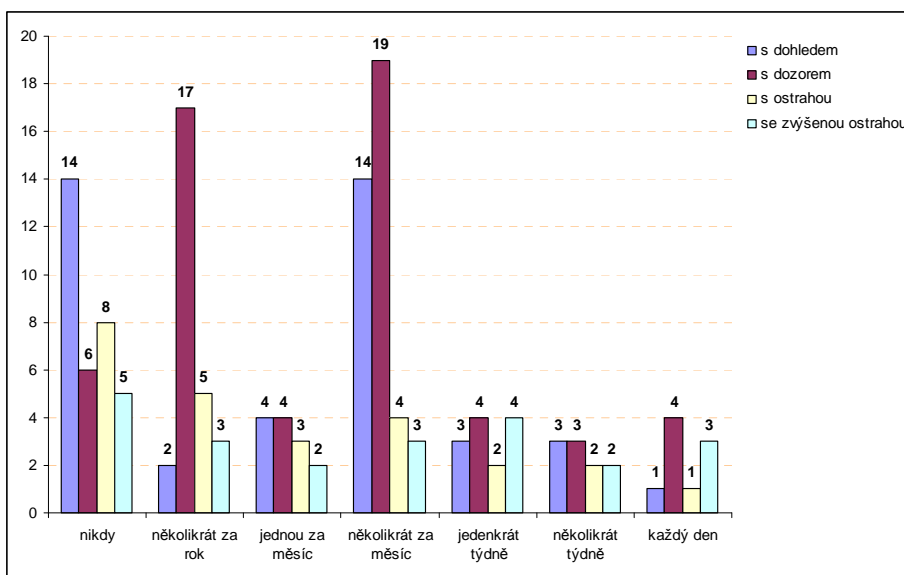


Dle výsledků dotazníkového šetření, zda *mi moje práce přináší pocity marnosti, neuspokojení*, z celkového počtu 145 (100%) respondentů odpovědělo: nikdy – 41 (29%), několikrát za rok 34 (24%) respondentů, jednou za měsíc 15 (10%) respondentů, několikrát za měsíc 25 (17%) respondentů, jednou týdně 12 (8%) respondentů, několikrát týdně 12 (8%) respondentů, každý den 6 (4%) respondentů (tabulka č. 18, graf č.17).

Tabulka č.19 - odpovědi respondentů, zda mám pocit, že plním mé úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává

otázka č. 14	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává.							
MBI	nikdy	několikrát za rok	jednou za měsíc	několikrát za měsíc	jedenkrát týdně	několikrát týdně	každý den	celkem
s dohledem	14	2	4	14	3	3	1	41
s dozorem	6	17	4	19	4	3	4	57
s ostrahou	8	5	3	4	2	2	1	25
se zvýšenou ostrahou	5	3	2	3	4	2	3	22
celkem	33	27	13	40	13	10	9	

Graf č.18 – otázka č.14 – mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává

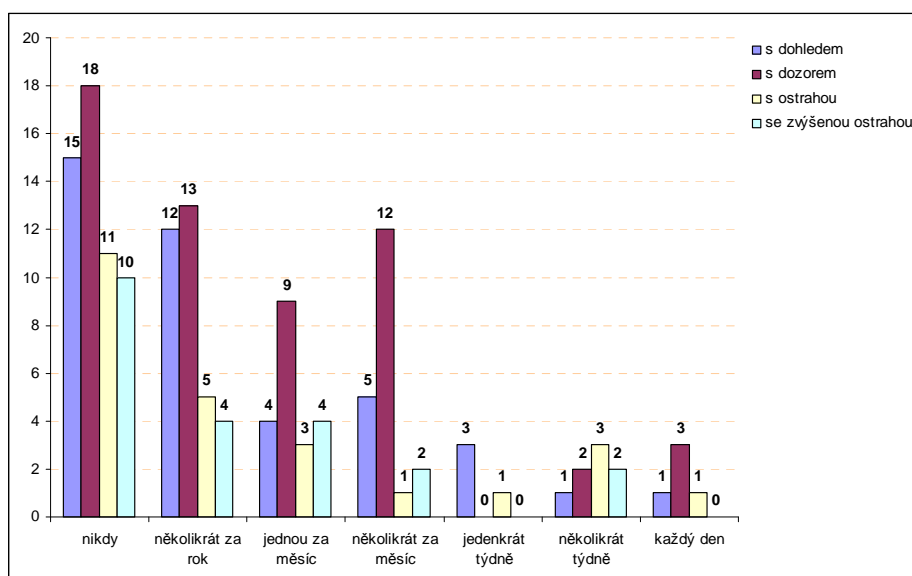


Dle výsledků dotazníkového šetření, zda *mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává*, z celkového počtu 145 (100%) respondentů odpovědělo: nikdy – 33 (23%), několikrát za rok 27 (19%) respondentů, jednou za měsíc 13 (9%) respondentů, několikrát za měsíc 40 (27%) respondentů, jedenkrát týdně 13 (9%) respondentů, několikrát týdně 10 (7%) respondentů, každý den 9 (6%) respondentů (tabulka č. 19, graf č.18).

Tabulka č.20 - odpovědi respondentů, zda mi práce s lidmi přináší silný stres

otázka č. 16	Práce s lidmi mi přináší silný stres.							
MBI	nikdy	několikrát za rok	jednou za měsíc	několikrát za měsíc	jedenkrát týdně	několikrát týdně	každý den	celkem
s dohledem	15	12	4	5	3	1	1	41
s dozorem	18	13	9	12	0	2	3	57
s ostrahou	11	5	3	1	1	3	1	25
se zvýšenou ostrahou	10	4	4	2	0	2	0	22
celkem	54	34	20	20	4	8	5	

Graf č.19 – otázka č.16 – práce s lidmi mi přináší silný stres

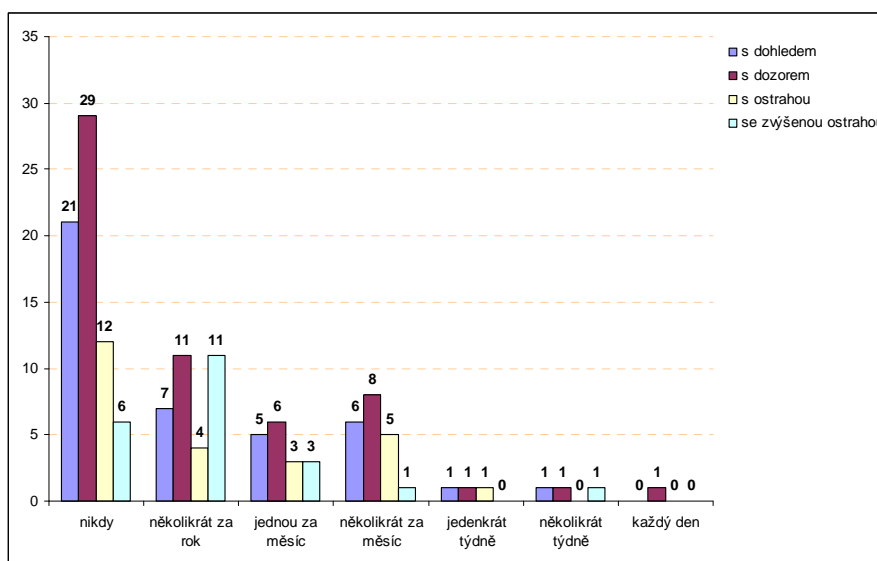


Dle výsledků dotazníkového šetření, zda *mi práce s lidmi přináší silný stres*, z celkového počtu 145 (100%) respondentů odpovědělo: nikdy – 54 (37%), několikrát za rok 34 (24%) respondentů, jedenkrát za měsíc 20 (14%) respondentů, několikrát za měsíc 20 (14%) respondentů, jedenkrát týdně 4 (3%) respondentů, několikrát týdně 8 (5%) respondentů, každý den 5 (3%) respondentů (tabulka č.20, graf č.19).

Tabulka č.21 - odpovědi respondentů, zda mám pocit, že jsem na konci svých sil

otázka č. 20	Mám pocit, že jsem na konci svých sil.							
MBI	nikdy	několikrát za rok	jednou za měsíc	několikrát za měsíc	jedenkrát týdně	několikrát týdně	každý den	celkem
s dohledem	21	7	5	6	1	1	0	41
s dozorem	29	11	6	8	1	1	1	57
s ostrahou	12	4	3	5	1	0	0	25
se zvýšenou ostrahou	6	11	3	1	0	1	0	22
celkem	68	33	17	20	3	3	1	

Graf č.20 – otázka č.20 – mám pocit, že jsem na konci svých sil



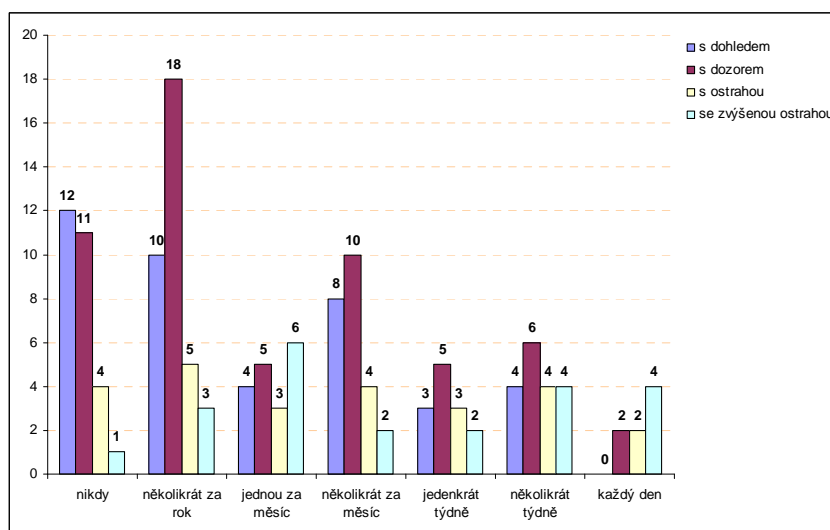
Dle výsledků dotazníkového šetření, zda *mám pocit, že jsem na konci svých sil*, z celkového počtu 145 (100%) respondentů odpovědělo: nikdy – 68 (46%), několikrát za rok 33 (23%) respondentů, jedenkrát za měsíc 17 (12%) respondentů, několikrát za měsíc 20 (14%) respondentů, jedenkrát týdně 3 (2%) respondentů, několikrát týdně 3 (2%) respondenti, každý den 1 (1%) respondent (*tabulka č.21, graf č.20*).

ODOSOBNĚNÍ

Tabulka č.22 - odpovědi respondentů, zda mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi

otázka č. 5	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi.							
MBI	nikdy	několikrát za rok	jednou za měsíc	několikrát za měsíc	jedenkrát týdně	několikrát týdně	každý den	celkem
s dohledem	12	10	4	8	3	4	0	41
s dozorem	11	18	5	10	5	6	2	57
s ostrahou	4	5	3	4	3	4	2	25
se zvýšenou ostrahou	1	3	6	2	2	4	4	22
celkem	28	36	18	24	13	18	8	

Graf č.21 – otázka č.5 – mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi

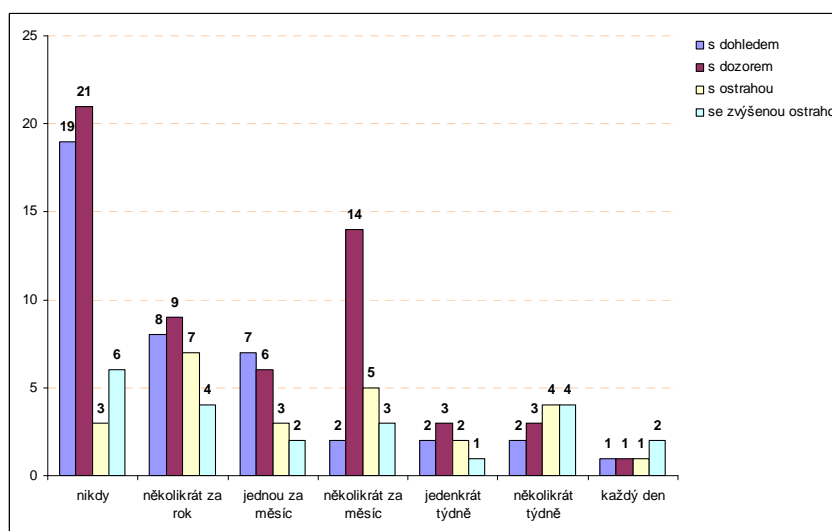


Dle výsledků dotazníkového šetření, zda *mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi*, z celkového počtu 145 (100%) respondentů odpovědělo: nikdy – 28 (19%), několikrát za rok 36 (25%) respondentů, jedenkrát za měsíc 18 (12%) respondentů, několikrát za měsíc 24 (17%) respondentů, jedenkrát týdně 13 (9%) respondentů, několikrát týdně 18 (12%) respondentů, každý den 8 (6%) respondentů (tabulka č.22, graf č.21).

Tabulka č.23 - odpovědi respondentů, zda od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem

otázka č. 10	Od té doby, co vykonávám tuto profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem.							celkem
	nikdy	několikrát za rok	jednou za měsíc	několikrát za měsíc	jedenkrát týdně	několikrát týdně	každý den	
s dohledem	19	8	7	2	2	2	1	41
s dozorem	21	9	6	14	3	3	1	57
s ostrahou	3	7	3	5	2	4	1	25
se zvýšenou ostrahou	6	4	2	3	1	4	2	22
celkem	49	28	18	24	8	13	5	

Graf č.22 – otázka č.10 – od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem

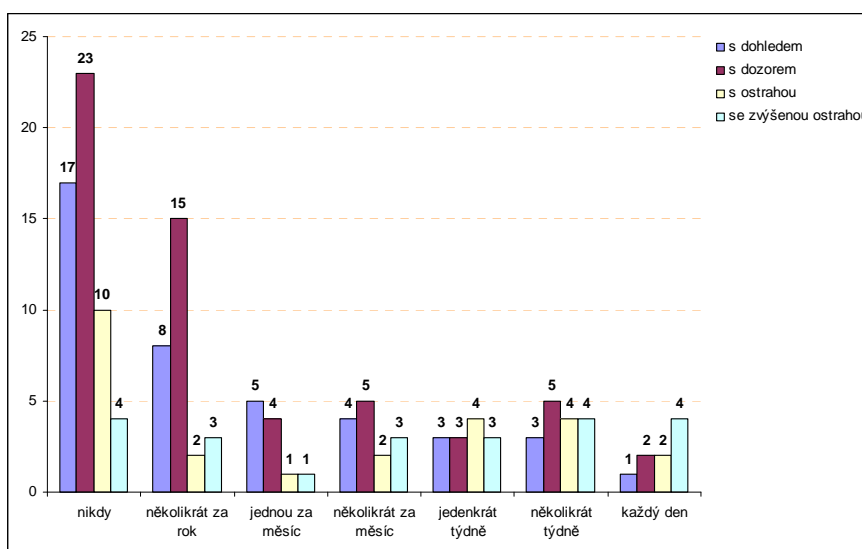


Dle výsledků dotazníkového šetření, zda od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem, z celkového počtu 145 (100%) respondentů odpovědělo: nikdy – 49 (34%), několikrát za rok 28 (19%) respondentů, jedenkrát za měsíc 18 (12%) respondentů, několikrát za měsíc 24 (17%) respondentů, jedenkrát týdně 8 (6%) respondentů, několikrát týdně 13 (9%) respondentů, každý den 5 (3%) respondentů (tabulka č.23, graf č.22).

Tabulka č.24 - odpovědi respondentů, zda mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým

otázka č. 11	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým.							
MBI	nikdy	několikrát za rok	jednou za měsíc	několikrát za měsíc	jedenkrát týdně	několikrát týdně	každý den	celkem
s dohledem	17	8	5	4	3	3	1	41
s dozorem	23	15	4	5	3	5	2	57
s ostrahou	10	2	1	2	4	4	2	25
se zvýšenou ostrahou	4	3	1	3	3	4	4	22
celkem	54	28	11	14	13	16	9	

Graf č.23 – otázka č.11 – mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým

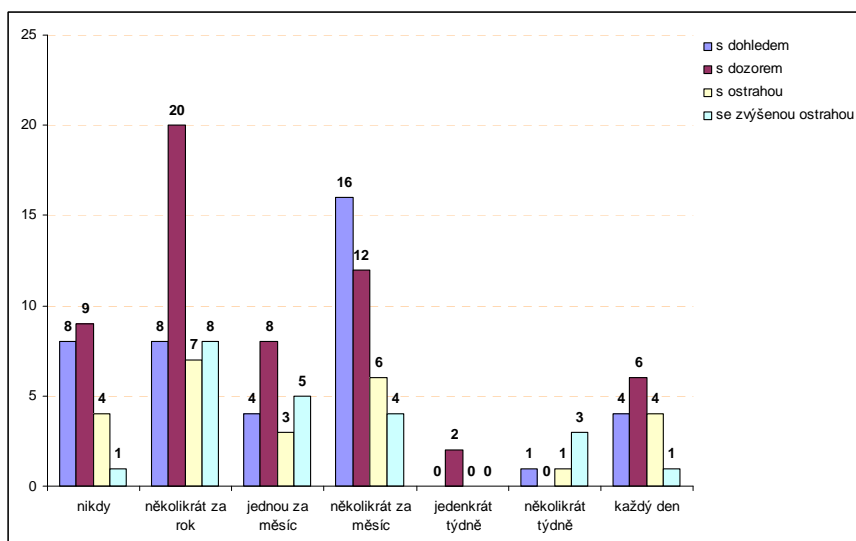


Dle výsledků dotazníkového šetření, zda *mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým*, z celkového počtu 145 (100%) respondentů odpovědělo: nikdy – 54 (37%), několikrát za rok 28 (19%) respondentů, jedenkrát za měsíc 11 (8%) respondentů, několikrát za měsíc 14 (10%) respondentů, jedenkrát týdně 13 (9%) respondentů, několikrát týdně 16 (11%) respondentů, každý den 9 (6%) respondentů (tabulka č.24, graf č.23).

Tabulka č.25 - odpovědi respondentů, zda už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty

otázka č. 15	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty.							celkem
	nikdy	několikrát za rok	jednou za měsíc	několikrát za měsíc	jedenkrát týdně	několikrát týdně	každý den	
MBI								
s dohledem	8	8	4	16	0	1	4	41
s dozorem	9	20	8	12	2	0	6	57
s ostrahou	4	7	3	6	0	1	4	25
se zvýšenou ostrahou	1	8	5	4	0	3	1	22
celkem	22	43	20	38	2	5	15	

Graf č.24 – otázka č.15 – už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty

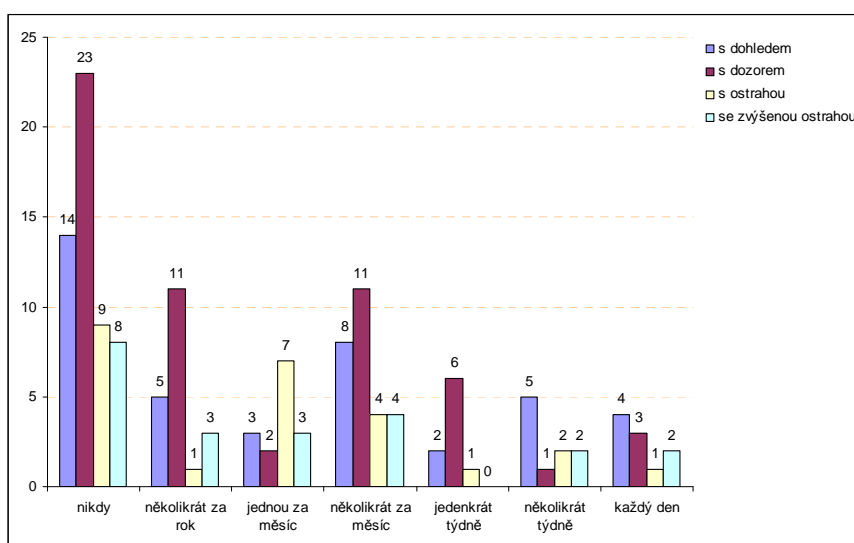


Dle výsledků dotazníkového šetření, zda už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty, z celkového počtu 145 (100%) respondentů odpovědělo: nikdy – 22 (15%), několikrát za rok 43 (30%) respondentů, jedenkrát za měsíc 20 (14%) respondentů, několikrát za měsíc 38 (26%) respondentů, jedenkrát týdně 2 (1%) respondentů, několikrát týdně 5 (3%) respondentů, každý den 15 (11%) respondentů (tabulka č.25, graf č.24).

Tabulka č.26 - odpovědi respondentů, zda cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy

otázka č. 22	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy.							
MBI	nikdy	několikrát za rok	jednou za měsíc	několikrát za měsíc	jedenkrát týdně	několikrát týdně	každý den	celkem
s dohledem	14	5	3	8	2	5	4	41
s dozorem	23	11	2	11	6	1	3	57
s ostrahou	9	1	7	4	1	2	1	25
se zvýšenou ostrahou	8	3	3	4	0	2	2	22
celkem	54	20	15	27	9	10	10	

Graf č.25 – otázka č.22 – cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy



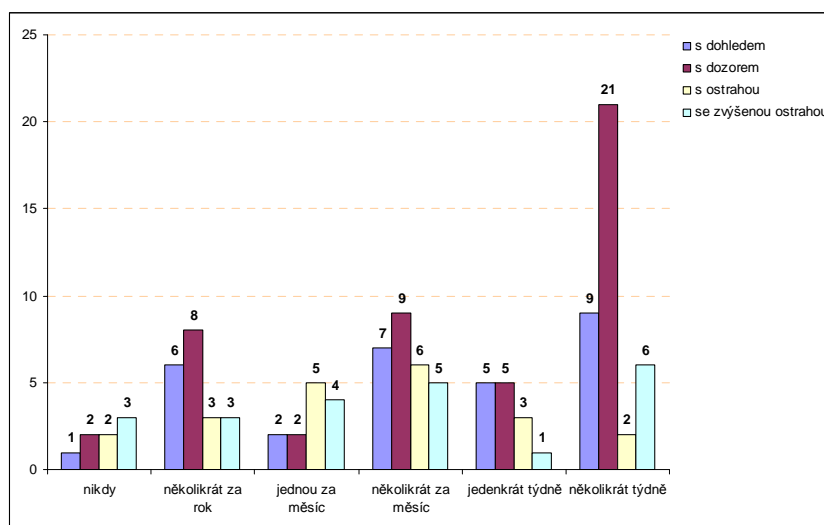
Dle výsledků dotazníkového šetření, zda cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy, z celkového počtu 145 (100%) respondentů odpovědělo: nikdy – 54 (37%), několikrát za rok 20 (14%) respondentů, jedenkrát za měsíc 15 (10%) respondentů, několikrát za měsíc 27 (19%) respondentů, jedenkrát týdně 9 (6%) respondentů, několikrát týdně 10 (7%) respondentů, každý den 10 (7%) respondentů (tabulka č.26, graf č.25).

SNÍŽENÍ PRACOVNÍHO VÝKONU

Tabulka č.27 - odpovědi respondentů, zda velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů

otázka č. 4	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů.							celkem
	nikdy	několikrát za rok	jednou za měsíc	několikrát za měsíc	jedenkrát týdně	několikrát týdně	každý den	
MBI								
s dohledem	1	6	2	7	5	9	11	41
s dozorem	2	8	2	9	5	21	10	57
s ostrahou	2	3	5	6	3	2	4	25
se zvýšenou ostrahou	3	3	4	5	1	6	0	22
celkem	8	20	13	27	14	38	25	

Graf č.26 – otázka č.4 – velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů

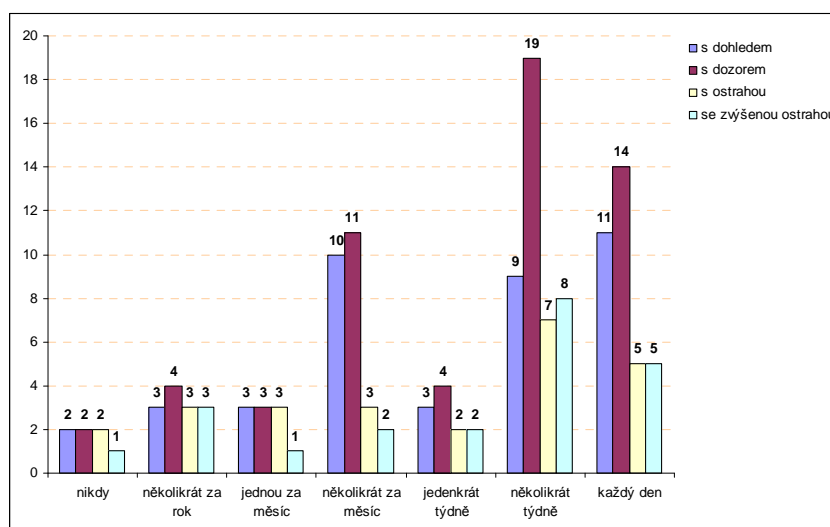


Dle výsledků dotazníkového šetření, zda *velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů*, z celkového počtu 145 (100%) respondentů odpovědělo: nikdy – 8 (6%), několikrát za rok 20 (14%) respondentů, jedenkrát za měsíc 13 (9%) respondentů, několikrát za měsíc 27 (19%) respondentů, jedenkrát týdně 14 (10%) respondentů, několikrát týdně 38 (25%) respondentů, každý den 25 (17%) respondentů (*tabulka č.27, graf č.26*).

Tabulka č.28 - odpovědi respondentů, zda jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů

otázka č. 7	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů.							
MBI	nikdy	několikrát za rok	jednou za měsíc	několikrát za měsíc	jedenkrát týdně	několikrát týdně	každý den	celkem
s dohledem	2	3	3	10	3	9	11	41
s dozorem	2	4	3	11	4	19	14	57
s ostrahou	2	3	3	3	2	7	5	25
se zvýšenou ostrahou	1	3	1	2	2	8	5	22
celkem	7	13	10	26	11	43	35	

Graf č.27 – otázka č.7 – jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů

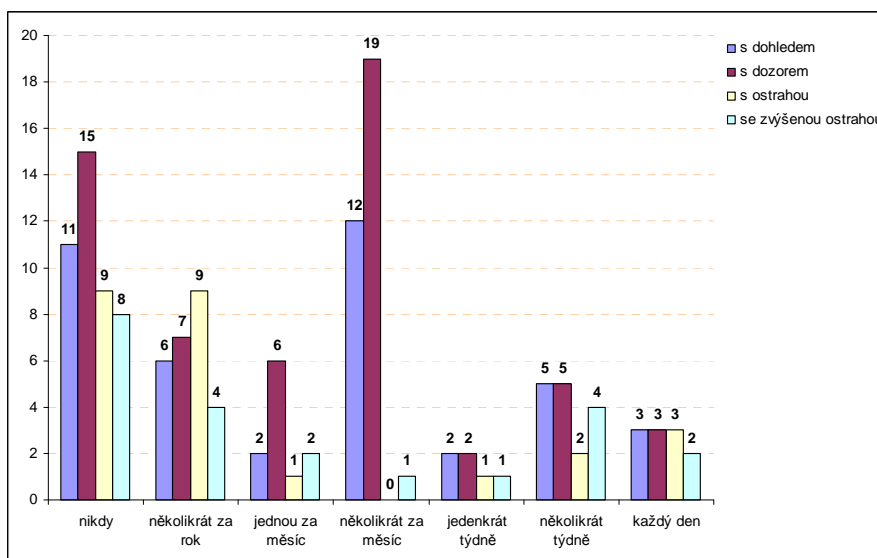


Dle výsledků dotazníkového šetření, zda *jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů*, z celkového počtu 145 (100%) respondentů odpovědělo: nikdy – 7 (5%), několikrát za rok 13 (9%) respondentů, jednou za měsíc 10 (7%) respondentů, několikrát za měsíc 26 (18%) respondentů, jedenkrát týdně 11 (7%) respondentů, několikrát týdně 43 (30%) respondentů, každý den 35 (24%) respondentů (tabulka č.28, graf č.27).

Tabulka č.29 - odpovědi respondentů, zda mám pocit, že lidi ve své práci pozitivně ovlivňuji a naladuji

otázka č. 9	Mám pocit, že lidi ve své práci pozitivně ovlivňuji a naladuji.							celkem
	nikdy	několikrát za rok	jednou za měsíc	několikrát za měsíc	jedenkrát týdně	několikrát týdně	každý den	
s dohledem	11	6	2	12	2	5	3	41
s dozorem	15	7	6	19	2	5	3	57
s ostrahou	9	9	1	0	1	2	3	25
se zvýšenou ostrahou	8	4	2	1	1	4	2	22
celkem	43	26	11	32	6	16	11	

Graf č.28 – otázka č.9 – mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a naladuji

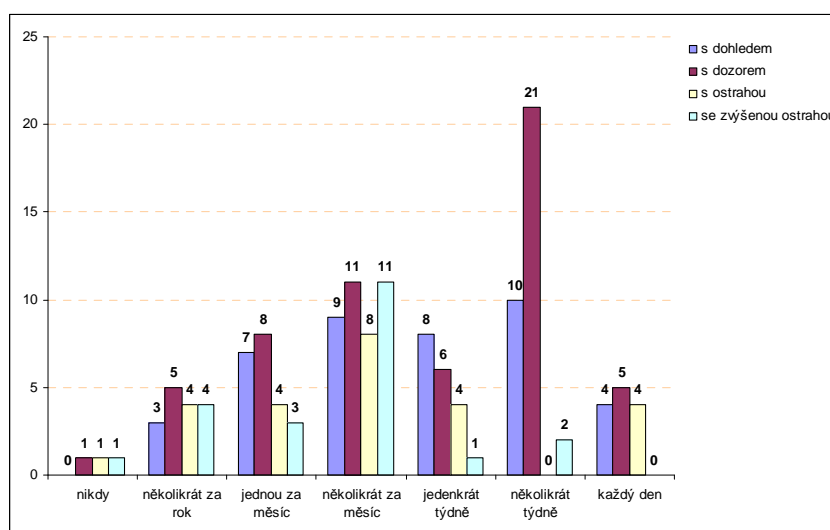


Dle výsledků dotazníkového šetření, zda *mám pocit, že lidi ve své práci pozitivně ovlivňuji a naladuji*, z celkového počtu 145 (100%) respondentů odpovědělo: nikdy – 43 (30%), několikrát za rok 26 (18%) respondentů, jedenkrát za měsíc 11 (7%) respondentů, několikrát za měsíc 32 (22%) respondentů, jedenkrát týdně 6 (4%) respondentů, několikrát týdně 16 (11%) respondentů, každý den 11 (8%) respondentů (tabulka č.29, graf č.28).

Tabulka č.30 - odpovědi respondentů, zda mám stále hodně energie

otázka č. 12	Mám stále hodně energie.							
MBI	nikdy	několikrát za rok	jednou za měsíc	několikrát za měsíc	jedenkrát týdně	několikrát týdně	každý den	celkem
s dohledem	0	3	7	9	8	10	4	41
s dozorem	1	5	8	11	6	21	5	57
s ostrahou	1	4	4	8	4	0	4	25
se zvýšenou ostrahou	1	4	3	11	1	2	0	22
celkem	3	16	22	39	19	33	13	

Graf č.29 – otázka č.12 – mám stále hodně energie

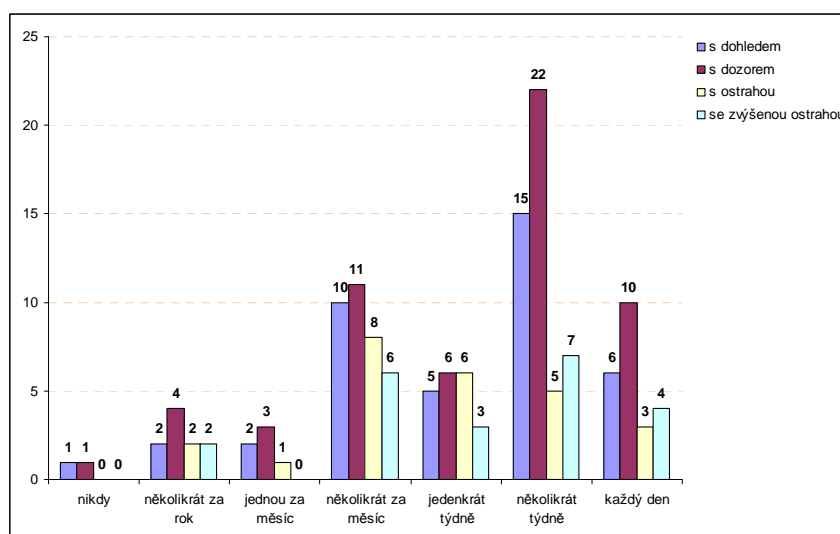


Dle výsledků dotazníkového šetření, zda *mám stále hodně energie*, z celkového počtu 145 (100%) respondentů odpovědělo: nikdy – 3 (2%) respondenti, několikrát za rok 16 (11%) respondentů, jednou za měsíc 22 (15%) respondentů, několikrát za měsíc 39 (27%) respondentů, jedenkrát týdně 19 (13%) respondentů, několikrát týdně 33 (23%) respondentů, každý den 13 (9%) respondentů (tabulka č.30, graf č.29).

Tabulka č.31 - odpovědi respondentů, zda dovedu u svých pacientů/klientů vyvolat uvolněnou atmosféru

otázka č. 17	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru.							
MBI	nikdy	několikrát za rok	jednou za měsíc	několikrát za měsíc	jedenkrát týdně	několikrát týdně	každý den	celkem
s dohledem	1	2	2	10	5	15	6	41
s dozorem	1	4	3	11	6	22	10	57
s ostrahou	0	2	1	8	6	5	3	25
se zvýšenou ostrahou	0	2	0	6	3	7	4	22
celkem	2	10	6	35	20	49	23	

Graf č.30 – otázka č.17 – dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru

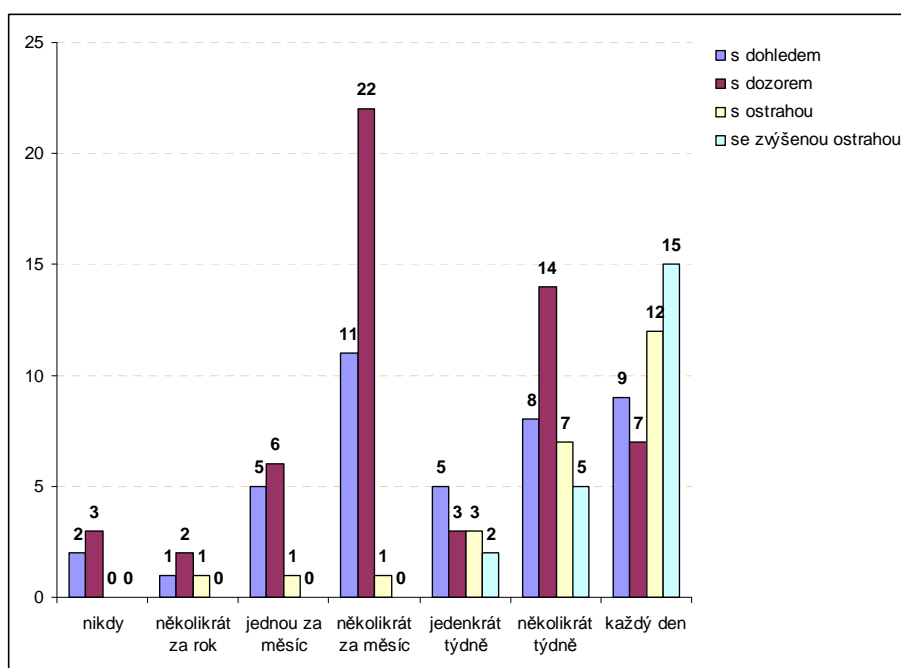


Dle výsledků dotazníkového šetření, zda dovedu u svých pacientů/klientů vyvolat uvolněnou atmosféru, z celkového počtu 145 (100%) respondentů odpovědělo: nikdy – 2 (1%), několikrát za rok 10 (7%) respondentů, jedenkrát za měsíc 6 (4%) respondentů, několikrát za měsíc 35 (24%) respondentů, jedenkrát týdně 20 (14%) respondentů, několikrát týdně 49 (34%) respondentů, každý den 23 (16%) respondentů (tabulka č.31 , graf č.30).

Tabulka č.32 - odpovědi respondentů, zda mi týmová práce přináší uspokojení

otázka č. 18	Týmová práce mi přináší uspokojení							
MBI	nikdy	několikrát za rok	jednou za měsíc	několikrát za měsíc	jedenkrát týdně	několikrát týdně	každý den	celkem
s dohledem	2	1	5	11	5	8	9	41
s dozorem	3	2	6	22	3	14	7	57
s ostrahou	0	1	1	1	3	7	12	25
se zvýšenou ostrahou	0	0	0	0	2	5	15	22
celkem	5	4	12	34	13	34	43	

Graf č.31 – otázka č.18 – týmová práce mi přináší uspokojení

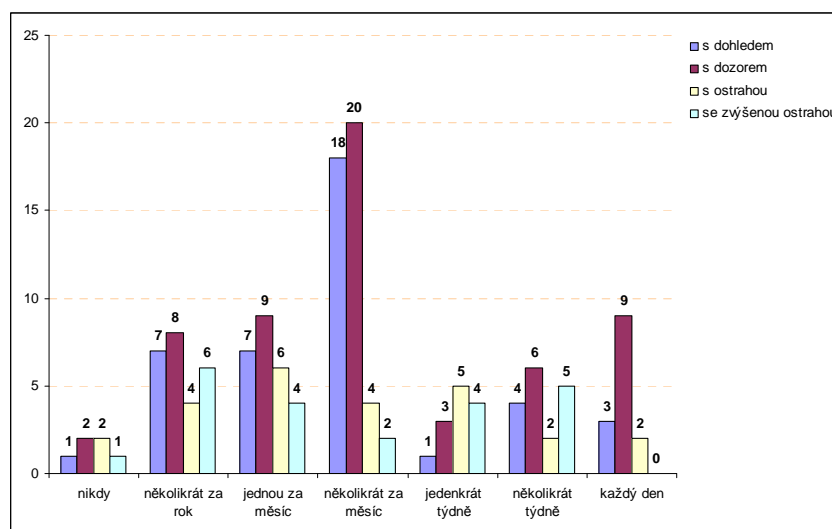


Dle výsledků dotazníkového šetření, zda *mi týmová práce přináší uspokojení*, z celkového počtu 145 (100%) respondentů odpovědělo: nikdy – 5 (3%), několikrát za rok 4 (3%) respondentů, jedenkrát za měsíc 12 (8%) respondentů, několikrát za měsíc 34 (23%) respondentů, jedenkrát týdně 13 (9%) respondentů, několikrát týdně 34 (23%) respondentů, každý den 43 (31%) respondentů (tabulka č.32, graf č.31).

Tabulka č.33 - odpovědi respondentů, zda za roky své práce jsem byl/a úspěšný/á a udělal/a hodně dobrého

otázka č. 19	Za roky své práce jsem byl/a úspěšný/á a udělal/a hodně dobrého.							
MBI	nikdy	několikrát za rok	jednou za měsíc	několikrát za měsíc	jedenkrát týdně	několikrát týdně	každý den	celkem
s dohledem	1	7	7	18	1	4	3	41
s dozorem	2	8	9	20	3	6	9	57
s ostrahou	2	4	6	4	5	2	2	25
se zvýšenou ostrahou	1	6	4	2	4	5	0	22
celkem	6	25	26	44	13	17	14	

Graf č.32 – otázka č.19 – za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého

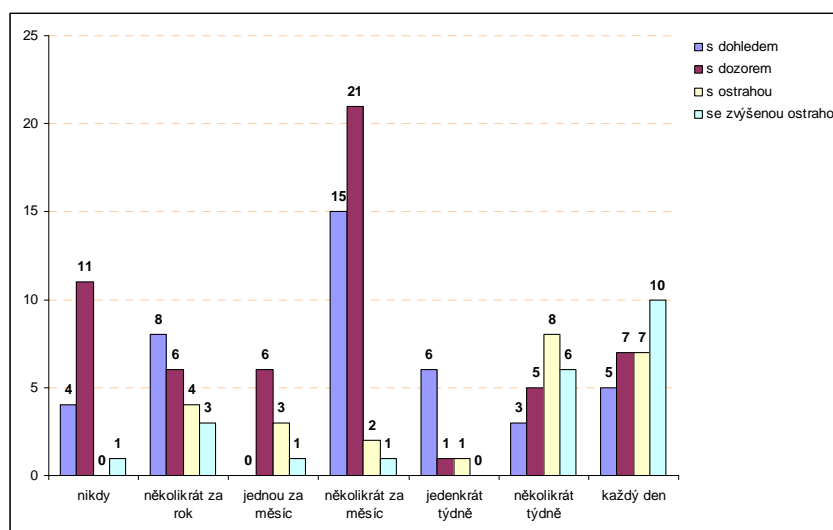


Dle výsledků dotazníkového šetření, zda za roky své práce jsem byl/a úspěšná a udělala hodně dobrého, z celkového počtu 145 (100%) respondentů odpovědělo: nikdy – 6 (4%), několikrát za rok 25 (17%) respondentů, jedenkrát za měsíc 26 (18%) respondentů, několikrát za měsíc 44 (30%) respondentů, jedenkrát týdně 13 (9%) respondentů, několikrát týdně 17 (12%) respondentů, každý den 14 (10%) respondentů (tabulka č.33, graf č.32).

Tabulka č.34 - odpovědi respondentů, zda citové problémy v práci řeším velmi klidně, vyrovnaně

otázka č. 21	Citové problémy v práci řeším velmi klidně - vyrovnaně.							celkem
	nikdy	několikrát za rok	jednou za měsíc	několikrát za měsíc	jedenkrát týdně	několikrát týdně	každý den	
MBI								
s dohledem	4	8	0	15	6	3	5	41
s dozorem	11	6	6	21	1	5	7	57
s ostrahou	0	4	3	2	1	8	7	25
se zvýšenou ostrahou	1	3	1	1	0	6	10	22
celkem	16	21	10	39	8	22	29	

Graf č.33 – otázka č.21 – citové problémy v práci řeším velmi klidně - vyrovnaně



Dle výsledků dotazníkového šetření, zda *citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně*, z celkového počtu 145 (100%) respondentů odpovědělo: nikdy – 16 (11%), několikrát za rok 21 (14%) respondentů, jednou za měsíc 10 (7%) respondentů, několikrát za měsíc 39 (27%) respondentů, jedenkrát týdně 8 (6%) respondentů, několikrát týdně 22 (15%) respondentů, každý den 29 (20%) respondentů (tabulka č.34, graf č.33).

9.3 Výsledky dotazníkového šetření

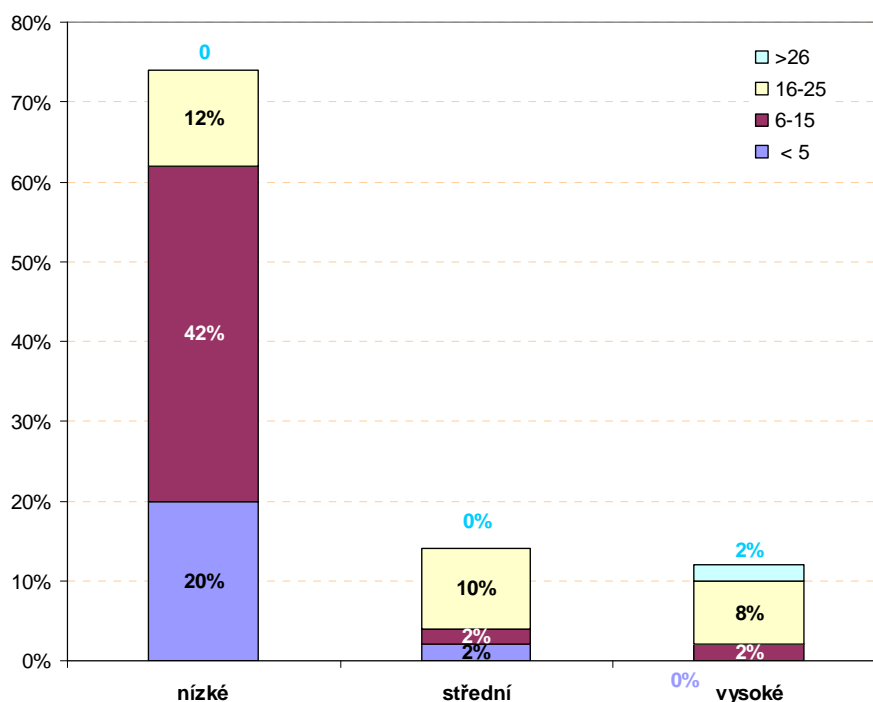
9.3.1 Míra výskytu syndromu vyhoření u sester pracujících ve věznici s dohledem

Intenzita syndromu vyhoření v oblasti citového vyčerpání

Tabulka č.35 - intenzita syndromu vyhoření – citové vyčerpání u sester ve věznici s dohledem

Citové vyčerpání - věznice s dohledem										
Délka praxe	< 5	6-15	16-25	>26	celkem	< 5	6-15	16-25	>26	celkem
	počet					procento				
NÍZKÉ	8	17	5	0	30	20%	42%	12%	0	74%
STŘEDNÍ	1	1	4	0	6	2%	2%	10%	0%	14%
VYSOKÉ	0	1	3	1	5	0%	2%	8%	2%	12%
CELKEM	9	19	12	1	41	22%	46%	30%	2%	100%

Graf č.34 - úroveň citového vyčerpání u sester ve věznici s dohledem



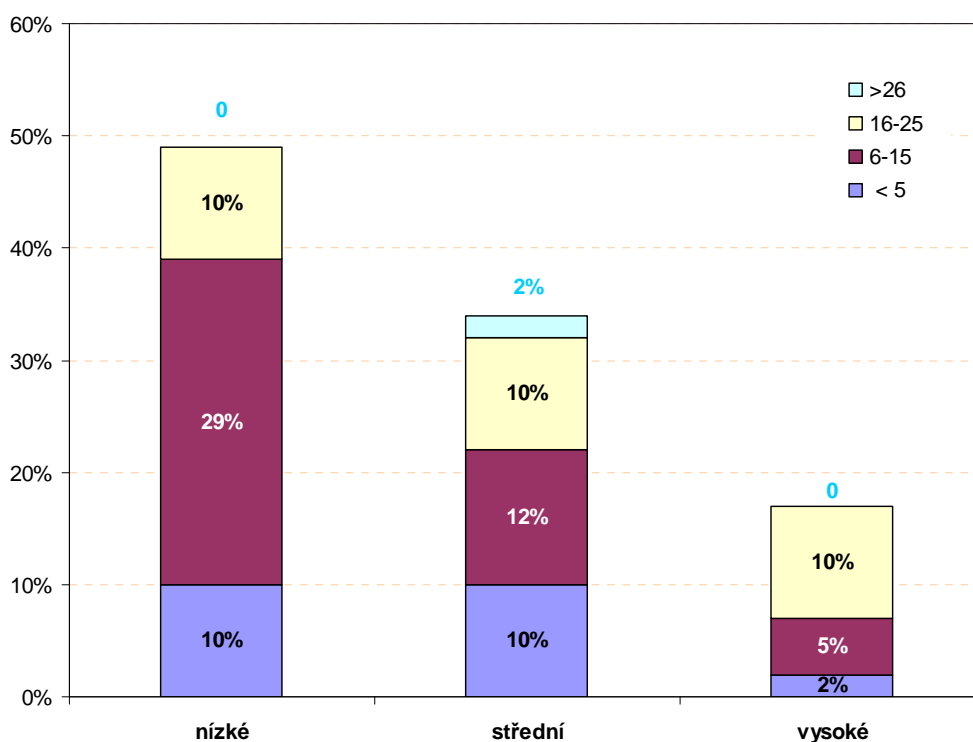
U celkového počtu 41 (100%) respondentů v tomto souboru rozděleném podle délky praxe ve VS do 4 kategorií (do 5 let, 6 – 15 let, 16 – 25 let, 26 a více) byla zjištěna: nízká úroveň 30 (74%), střední úroveň 6 (14%), vysoká úroveň 5 (12%) - (tabulka č.35, graf č.34).

Intenzita syndromu vyhoření v oblasti odosobnění

Tabulka č.36 - intenzita syndromu vyhoření – odosobnění u sester ve věznici s dohledem

odosobnění - věznice s dohledem										
Délka praxe	< 5	6-15	16-25	>26	celkem	< 5	6-15	16-25	>26	celkem
	počet					procento				
NÍZKÉ	4	12	4	0	20	10%	29%	10%	0	49%
STŘEDNÍ	4	5	4	1	14	10%	12%	10%	2%	34%
VYSOKÉ	1	2	4	0	7	2%	5%	10%	0	17%
CELKEM	9	19	12	1	41	22%	46%	30%	2%	100%

Graf č.35 - úroveň odosobnění u sester ve věznici s dohledem



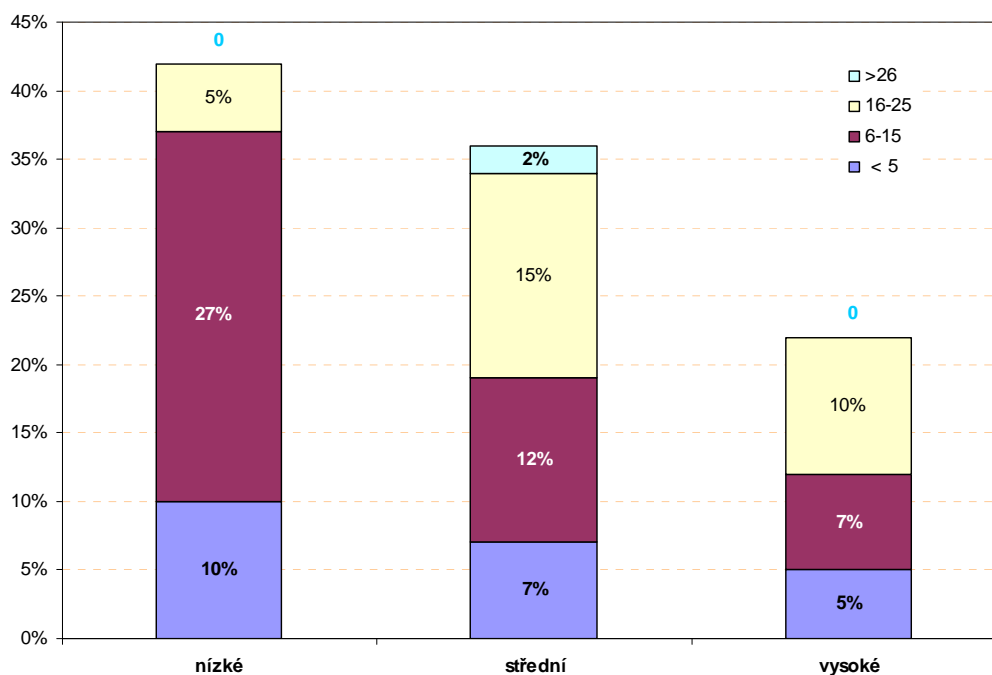
U celkového počtu 41 (100%) respondentů v tomto souboru rozděleném podle délky praxe ve VS do 4 kategorií (do 5 let, 6 – 15 let, 16 – 25 let, 26 a více) byla zjištěna: nízká úroveň 20 (49%), střední úroveň 14 (34%), vysoká úroveň 7 (17%) - (tabulka č.36, graf č.35).

Intenzita syndromu vyhoření v oblasti sníženého pracovního výkonu

Tabulka č.37 - intenzita syndromu vyhoření – snížený pracovní výkon u sester ve věznici s dohledem

snížený pracovní výkon - věznice s dohledem										
Délka praxe	< 5	6-15	16-25	>26	celkem	< 5	6-15	16-25	>26	celkem
	počet					procento				
NÍZKÉ	4	11	2	0	17	10%	27%	5%	0	42%
STŘEDNÍ	3	5	6	1	15	7%	12%	15%	2%	36%
VYSOKÉ	2	3	4	0	9	5%	7%	10%	0	22%
CELKEM	9	19	12	1	41	22%	46%	30%	2%	100%

Graf č.36 - snížený pracovní výkon u sester ve věznici s dohledem



U celkového počtu 41 (100%) respondentů v tomto souboru rozděleném podle délky praxe ve VS do 4 kategorií (do 5 let, 6 – 15 let, 16 – 25 let, 26 a více) byla zjištěna: nízká úroveň 17 (42%), střední úroveň 15 (36%), vysoká úroveň 9 (22%) - (tabulka č.37, graf č.36).

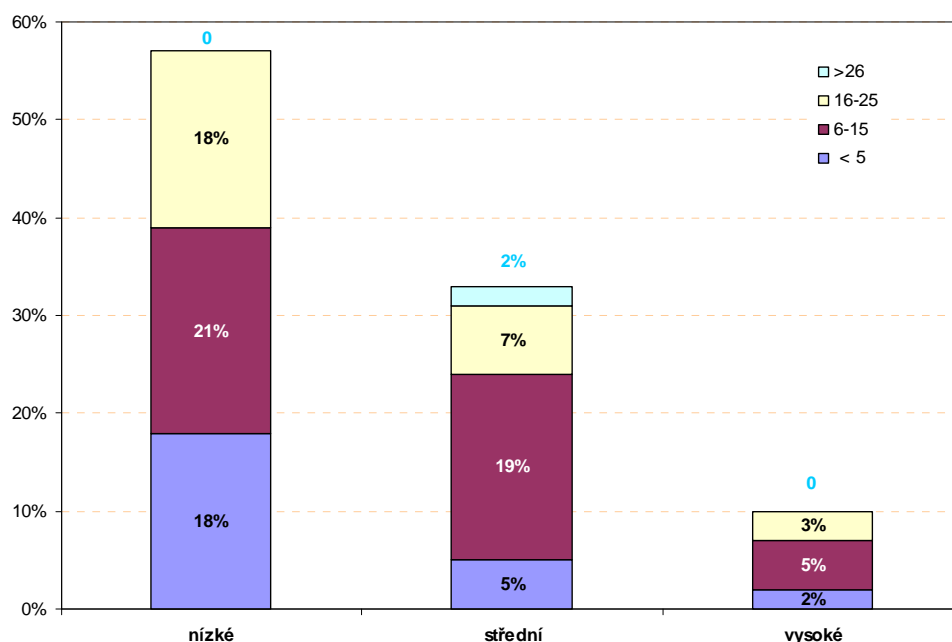
9.3.2 Míra výskytu syndromu vyhoření u sester pracujících ve věznici s dozorem

Intenzita syndromu vyhoření v oblasti citového vyčerpání

Tabulka č.38 - intenzita syndromu vyhoření – citové vyčerpání u sester ve věznici s dozorem

citové vyčerpání - věznice s dozorem										
Délka praxe	< 5	6-15	16-25	>26	celkem	< 5	6-15	16-25	>26	celkem
	počet					procento				
NÍZKÉ	10	12	10	0	32	18%	21%	18%	0	57%
STŘEDNÍ	3	11	4	1	19	5%	19%	7%	2%	33%
VYSOKÉ	1	3	2	0	6	2%	5%	3%	0	10%
CELKEM	14	26	16	1	57	25%	45%	28%	2%	100%

Graf č.37 - úroveň citového vyčerpání u sester ve věznici s dozorem



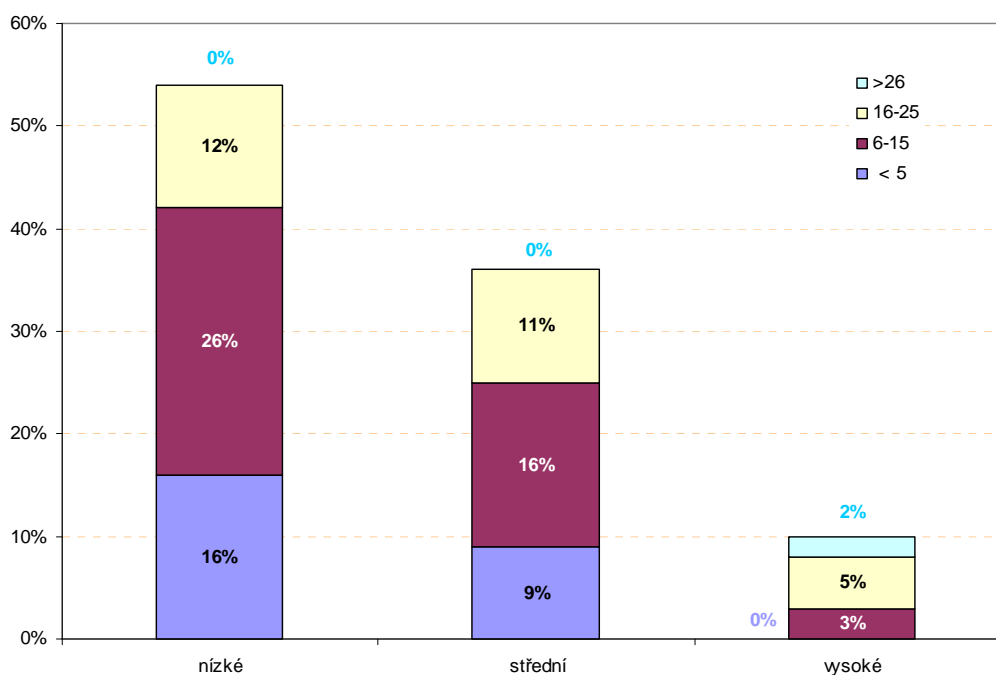
U celkového počtu 57 (100%) respondentů v tomto souboru rozděleném podle délky praxe ve VS do 4 kategorií (do 5 let, 6 – 15 let, 16 – 25 let, 26 a více) byla zjištěna: nízká úroveň 32 (57%), střední úroveň 19 (33%), vysoká úroveň 6 (10%) - (tabulka č.38, graf č.37).

Intenzita syndromu vyhoření v oblasti odosobnění

Tabulka č.39 - intenzita syndromu vyhoření – odosobnění u sester ve věznicích s dozorem

odosobnění - věznic s dozorem										
Délka praxe	< 5	6-15	16-25	>26	celkem	< 5	6-15	16-25	>26	celkem
	počet					procento				
NÍZKÉ	9	15	7	0	31	16%	26%	12%	0%	54%
STŘEDNÍ	5	9	6	0	20	9%	16%	11%	0%	36%
VYSOKÉ	0	2	3	1	6	0%	3%	5%	2%	10%
CELKEM	14	26	16	1	57	22%	46%	30%	2%	100%

Graf č.38 - úroveň odosobnění u sester ve věznicích s dozorem



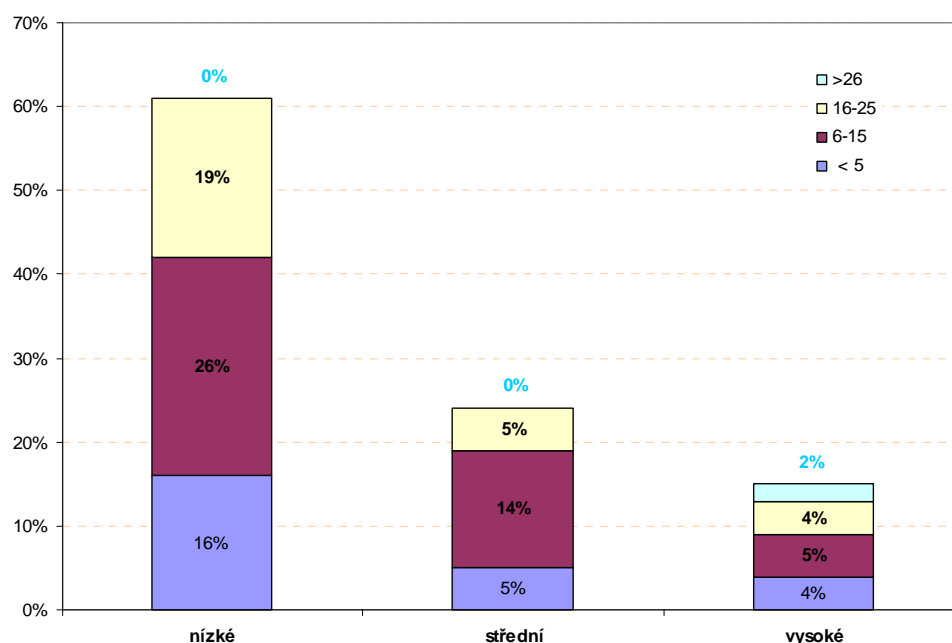
U celkového počtu 57 (100%) respondentů v tomto souboru rozděleném podle délky praxe ve VS do 4 kategorií (do 5 let, 6 – 15 let, 16 – 25 let, 26 a více) byla zjištěna: nízká úroveň 31 (54%), střední úroveň 20 (36%), vysoká úroveň 6 (10%) - (tabulka č.39, graf č.38).

Intenzita syndromu vyhoření v oblasti sníženého pracovního výkonu

Tabulka č.40 - intenzita syndromu vyhoření – snížený pracovní výkon u sester ve věznici s dozorem

snížený pracovní výkon - vězňice s dozorem										
Délka praxe	< 5	6-15	16-25	>26	celkem	< 5	6-15	16-25	>26	celkem
	počet					procento				
NÍZKÉ	9	15	11	0	35	16%	26%	19%	0%	61%
STŘEDNÍ	3	8	3	0	14	5%	14%	5%	0%	24%
VYSOKÉ	2	3	2	1	8	4%	5%	4%	2%	15%
CELKEM	14	26	16	1	57	25%	45%	28%	2%	100%

Graf č.39 - snížený pracovní výkon u sester ve věznici s dozorem



U celkového počtu 57 (100%) respondentů v tomto souboru rozděleném podle délky praxe ve VS do 4 kategorií (do 5 let, 6 – 15 let, 16 – 25 let, 26 a více) byla zjištěna: nízká úroveň 35 (61%), střední úroveň 14 (24%), vysoká úroveň 8 (15%) - (tabulka č.40, graf č.39).

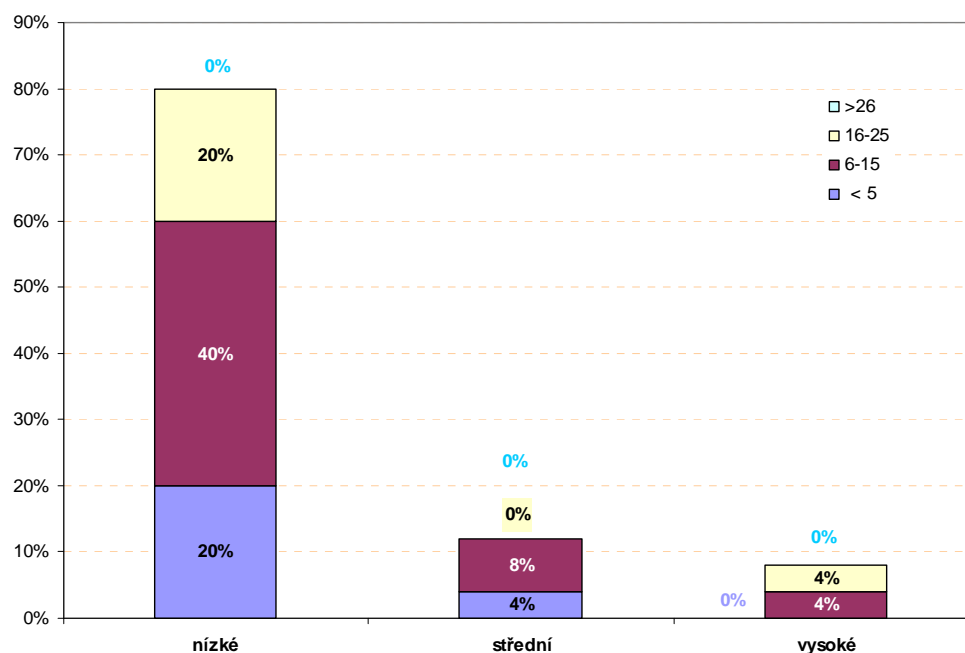
9.3.3 Míra výskytu syndromu vyhoření u sester pracujících ve věznici s ostrahou

Intenzita syndromu vyhoření v oblasti citového vyčerpání

Tabulka č.41 - intenzita syndromu vyhoření – citové vyčerpání u sester ve věznici s ostrahou

citové vyčerpání - věznice s ostrahou										
Délka praxe	< 5	6-15	16-25	>26	celkem	< 5	6-15	16-25	>26	celkem
	počet					procento				
NÍZKÉ	5	10	5	0	20	20%	40%	20%	0%	80%
STŘEDNÍ	1	2	0	0	3	4%	8%	0%	0%	12%
VYSOKÉ	0	1	1	0	2	0%	4%	4%	0%	8%
CELKEM	6	13	6	0	25	24%	52%	24%	0%	100%

Graf č.40 - úroveň citového vyčerpání u sester ve věznici s ostrahou



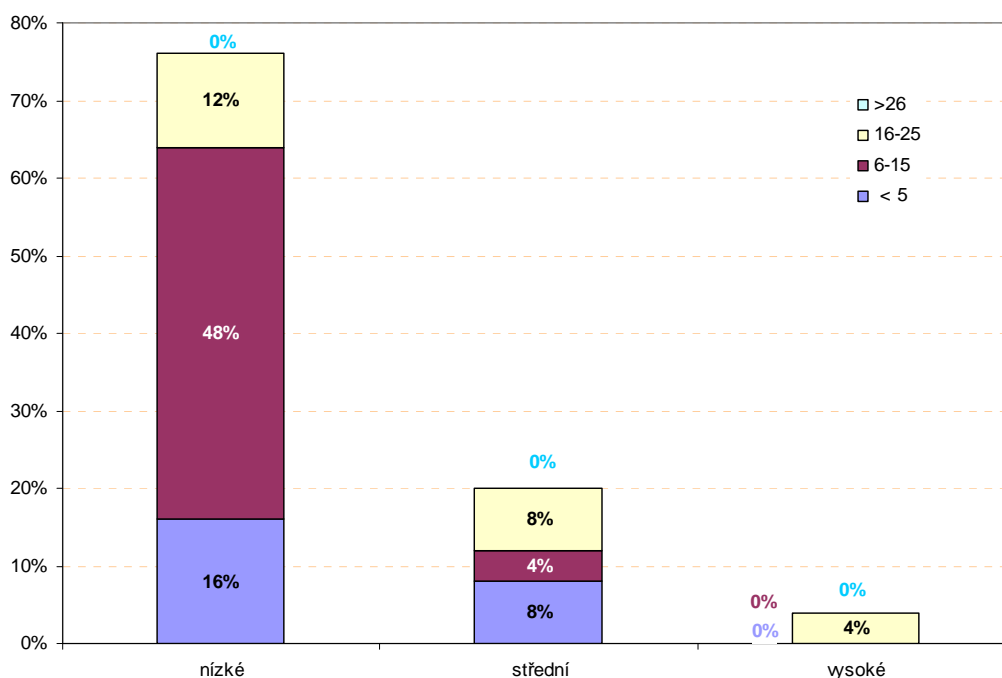
U celkového počtu 25 (100%) respondentů v tomto souboru rozděleném podle délky praxe ve VS do 4 kategorií (do 5 let, 6 – 15 let, 16 – 25 let, 26 a více) byla zjištěna: nízká úroveň 20 (80%), střední úroveň 3 (12%), vysoká úroveň 2 (8%) - (tabulka č.41, graf č.40).

Intenzita syndromu vyhoření v oblasti odosobnění

Tabulka č.42 - intenzita syndromu vyhoření – odosobnění u sester ve věznici s ostrahou

odosobnění - věznicí s ostrahou										
Délka praxe	< 5	6-15	16-25	>26	celkem	< 5	6-15	16-25	>26	celkem
	počet					procento				
NÍZKÉ	4	12	3	0	19	16%	48%	12%	0%	76%
STŘEDNÍ	2	1	2	0	5	8%	4%	8%	0%	20%
VYSOKÉ	0	0	1	0	1	0%	0%	4%	0%	4%
CELKEM	6	13	6	0	25	24%	52%	24%	0%	100%

Graf č.41 - úroveň odosobnění u sester ve věznici s ostrahou



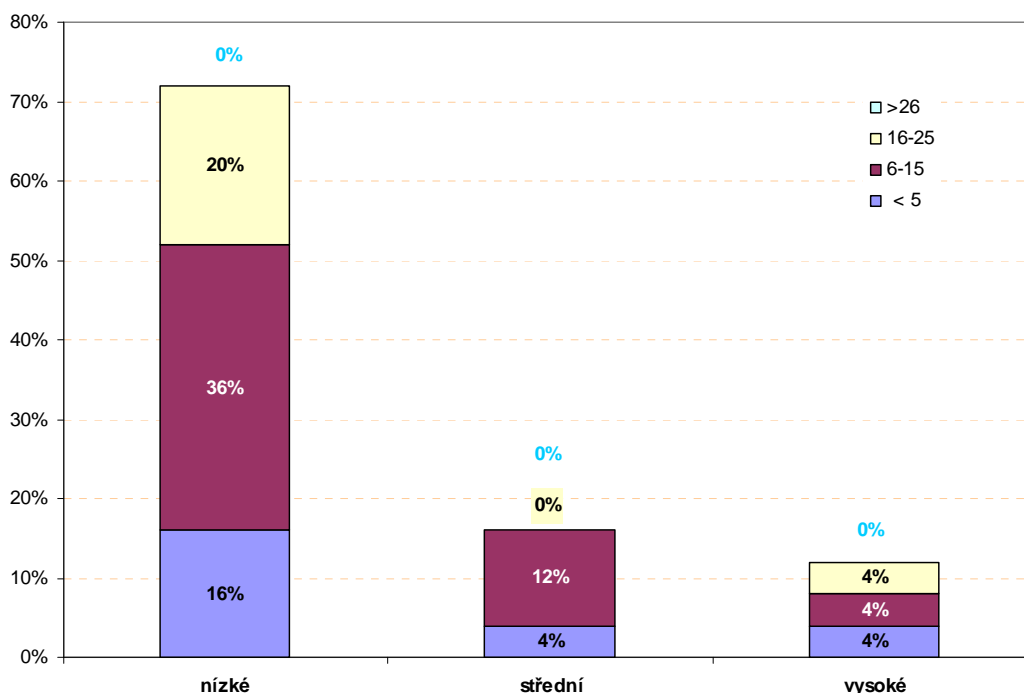
U celkového počtu 25 (100%) respondentů v tomto souboru rozděleném podle délky praxe ve VS do 4 kategorií (do 5 let, 6 – 15 let, 16 – 25 let, 26 a více) byla zjištěna: nízká úroveň 19 (76%), střední úroveň 5 (20%), vysoká úroveň 1 (4%) - (tabulka č.42, graf č.41).

Intenzita syndromu vyhoření v oblasti sníženého pracovního výkonu

Tabulka č.43 - intenzita syndromu vyhoření – snížený pracovní výkon u sester ve věznici s ostrahou

snížený pracovní výkon - věznice s ostrahou										
Délka praxe	< 5	6-15	16-25	>26	celkem	< 5	6-15	16-25	>26	celkem
	počet					procento				
NÍZKÉ	4	9	5	0	18	16%	36%	20%	0%	72%
STŘEDNÍ	1	3	0	0	4	4%	12%	0%	0%	16%
VYSOKÉ	1	1	1	0	3	4%	4%	4%	0%	12%
CELKEM	6	13	6	0	25	24%	52%	24%	0%	100%

Graf č.42 - snížený pracovní výkon u sester ve věznici s ostrahou



U celkového počtu 25 (100%) respondentů v tomto souboru rozděleném podle délky praxe ve VS do 4 kategorií (do 5 let, 6 – 15 let, 16 – 25 let, 26 a více) byla zjištěna: nízká úroveň 18 (72%), střední úroveň 4 (16%), vysoká úroveň 3 (12%) - (tabulka č.43, graf č.42).

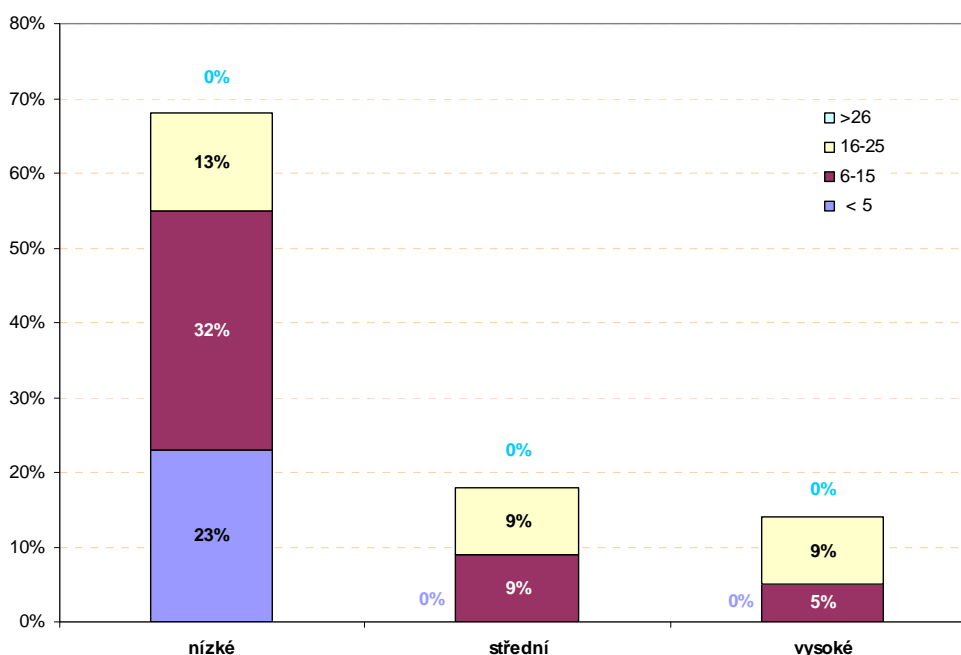
9.3.4 Míra výskytu syndromu vyhoření u sester pracujících ve věznici se zvýšenou ostrahou

Intenzita syndromu vyhoření v oblasti citového vyčerpání

Tabulka č.44 - intenzita syndromu vyhoření – citové vyčerpání u sester ve věznici se zvýšenou ostrahou

citové vyčerpání - věznice se zvýšenou ostrahou										
Délka praxe	< 5	6-15	16-25	>26	celkem	< 5	6-15	16-25	>26	celkem
	počet					procento				
NÍZKÉ	5	7	3	0	15	23%	32%	13%	0%	68%
STŘEDNÍ	0	2	2	0	4	0%	9%	9%	0%	18%
VYSOKÉ	0	1	2	0	3	0%	5%	9%	0%	14%
CELKEM	5	10	7	0	22	23%	46%	31%	0%	100%

Graf č.43 - úroveň citového vyčerpání u sester ve věznici se zvýšenou ostrahou



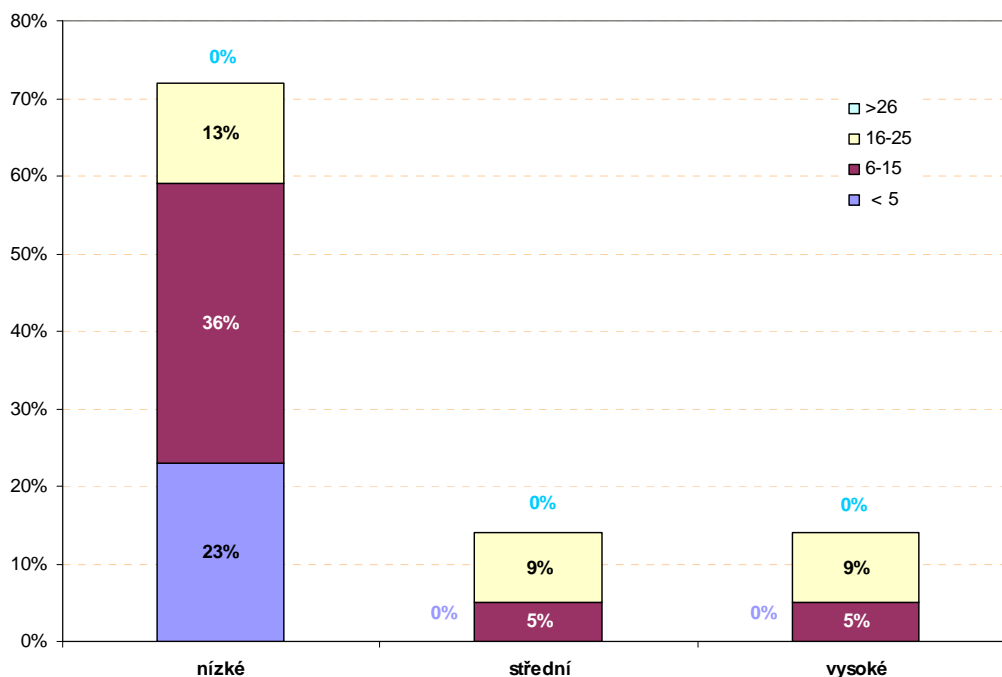
U celkového počtu 22 (100%) respondentů v tomto souboru rozděleném podle délky praxe ve VS do 4 kategorií (do 5 let, 6 – 15 let, 16 – 25 let, 26 a více) byla zjištěna: nízká úroveň 15 (68%), střední úroveň 4 (18%), vysoká úroveň 3 (14%) - (tabulka č.44, graf č.43).

Intenzita syndromu vyhoření v oblasti odosobnění

Tabulka č.45 - intenzita syndromu vyhoření – odosobnění u sester ve věznici se zvýšenou ostrahou

odosobnění - věznice se zvýšenou ostrahou										
Délka praxe	< 5	6-15	16-25	>26	celkem	< 5	6-15	16-25	>26	celkem
	počet					procento				
NÍZKÉ	5	8	3	0	16	23%	36%	13%	0%	72%
STŘEDNÍ	0	1	2	0	3	0%	5%	9%	0%	14%
VYSOKÉ	0	1	2	0	3	0%	5%	9%	0%	14%
CELKEM	5	10	7	0	22	23%	46%	31%	0%	100%

Graf č.44 - úroveň odosobnění u sester ve věznici se zvýšenou ostrahou



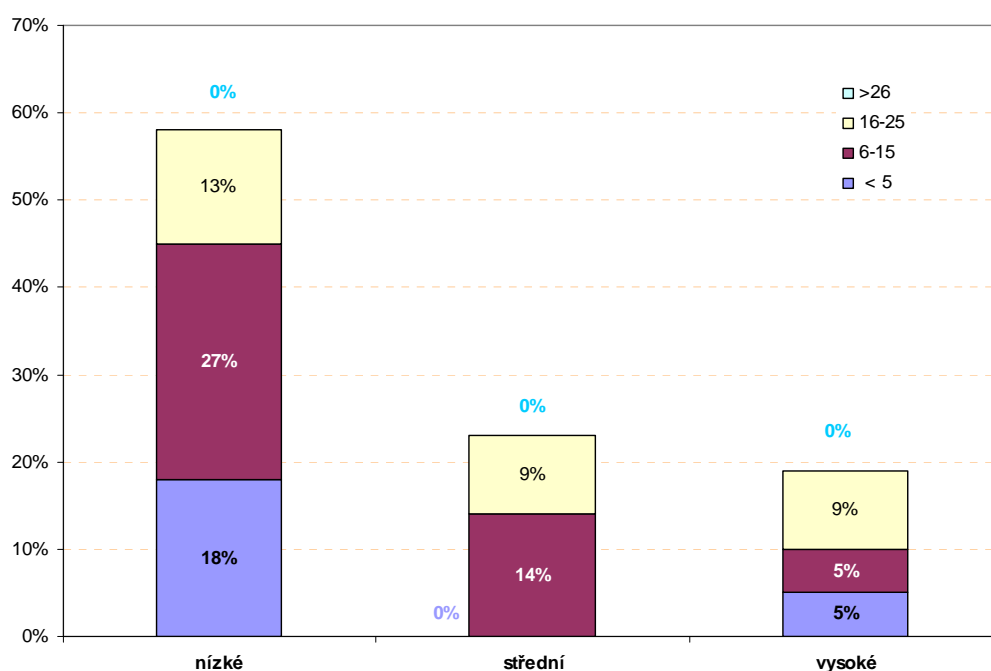
U celkového počtu 22 (100%) respondentů v tomto souboru rozděleném podle délky praxe ve VS do 4 kategorií (do 5 let, 6 – 15 let, 16 – 25 let, 26 a více) byla zjištěna: nízká úroveň 16 (72%), střední úroveň 3 (14%), vysoká úroveň 3 (14%) - (tabulka č.45, graf č.44).

Intenzita syndromu vyhoření v oblasti sníženého pracovního výkonu

Tabulka č.46 - intenzita syndromu vyhoření – snížený pracovní výkon u sester ve věznicích se zvýšenou ostrahou

snížený pracovní výkon - věznicí se zvýšenou ostrahou										
Délka praxe	< 5	6-15	16-25	>26	celkem	< 5	6-15	16-25	>26	celkem
	počet					procento				
NÍZKÉ	4	6	3	0	13	18%	27%	13%	0%	58%
STŘEDNÍ	0	3	2	0	5	0%	14%	9%	0%	23%
VYSOKÉ	1	1	2	0	4	5%	5%	9%	0%	19%
CELKEM	5	10	7	0	22	23%	46%	31%	0%	100%

Graf č.45 - snížený pracovní výkon u sester ve věznicích se zvýšenou ostrahou



U celkového počtu 22 (100%) respondentů v tomto souboru rozděleném podle délky praxe ve VS do 4 kategorií (do 5 let, 6 – 15 let, 16 – 25 let, 26 a více) byla zjištěna: nízká úroveň 13 (58%), střední úroveň 5 (23%), vysoká úroveň 4 (19%) - (tabulka č.46, graf č.45).

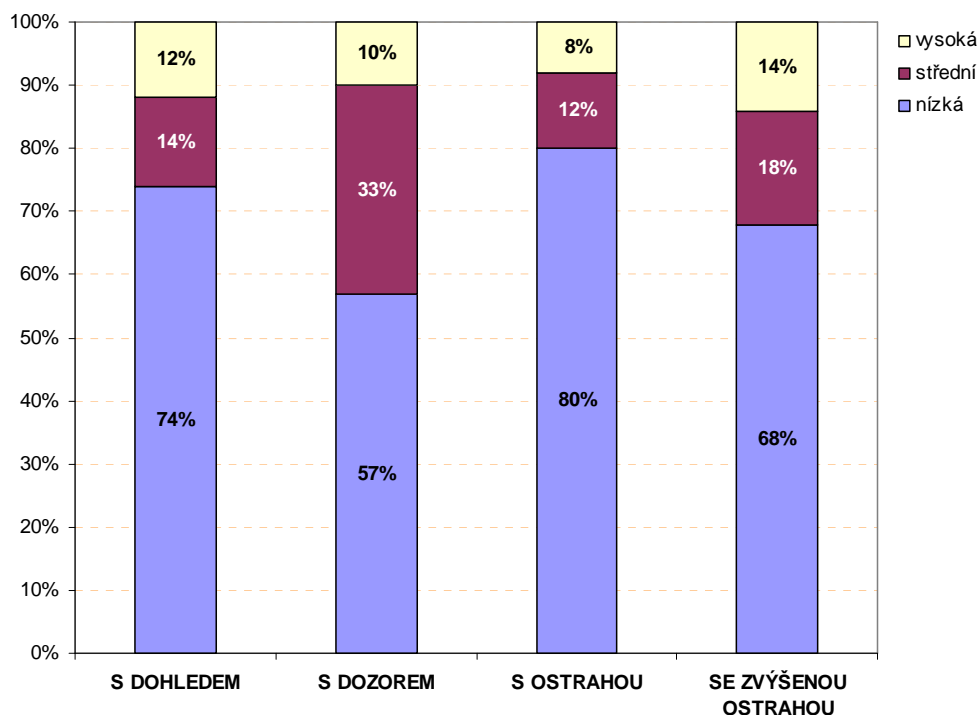
9.3.5 Srovnání rozdílu výskytu syndromu vyhoření u sester podle typu věznice

Intenzita syndromu vyhoření v oblasti citového vyčerpání

Tabulka č.47 - intenzita syndromu vyhoření – citové vyčerpání – podle typu věznice

TYP VĚZNICE	S DOHLEDEM	S DOZOREM	S OSTRAHOU	SE ZVÝŠENOU OSTRAHOU	CELKEM	S DOHLEDEM	S DOZOREM	S OSTRAHOU	SE ZVÝŠENOU OSTRAHOU
ÚROVEŇ	počet					procento			
NÍZKÁ	30	32	20	15	97	74%	57%	80%	68%
STŘEDNÍ	6	19	3	4	32	14%	33%	12%	18%
VYSOKÁ	5	6	2	3	16	12%	10%	8%	14%
CELKEM	41	57	25	22	145	100%	100%	100%	100%

Graf č.46 - úroveň citového vyčerpání podle typu věznice



U celkového počtu 145 (100%) respondentů v tomto souboru rozděleném podle druhu pracoviště do 4 typů věznic (věznice s dohledem, věznice s dozorem, věznice s ostrahou, věznice se zvýšenou ostrahou) byla zjištěna: **nízká úroveň** 30 (74%) respondentů ve věznici s dohledem, 32

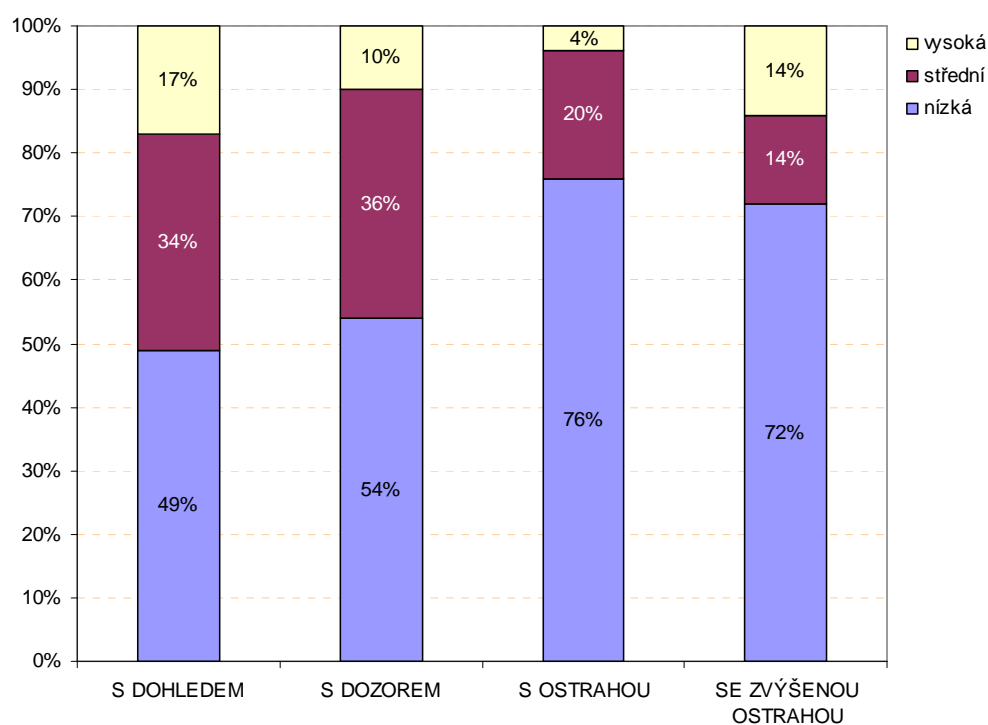
(57%) respondentů ve věznici s dozorem, 20 (80%) respondentů ve věznici s ostrahou, 15 (68) ve věznici se zvýšenou ostrahou., **střední úroveň** 6 (14%) respondentů ve věznici s dohledem, 19 (33%) respondentů ve věznici s dozorem, 3 (12%) ve věznici s ostrahou, 4 (18%) se zvýšenou ostrahou., **vysoká úroveň** 5 (12%) respondentů ve věznici s dohledem, 6 (10%) respondentů ve věznici s dozorem, 2 (8%) respondentů ve věznici s ostrahou, 3 (14%) respondentů ve věznici se zvýšenou ostrahou - (tabulka č.47, graf č.46).

Intenzita syndromu vyhoření v oblasti odosobnění

Tabulka č.48 - intenzita syndromu vyhoření –odosobnění – podle typu věznice

TYP VĚZNICE	S DOHLEDEM	S DOZOREM	S OSTRAHOU	SE ZVÝŠENOU OSTRAHOU	celkem	S DOHLEDEM	S DOZOREM	S OSTRAHOU	SE ZVÝŠENOU OSTRAHOU
ÚROVEŇ	počet					procento			
NÍZKÁ	20	31	19	16	86	49%	54%	76%	72%
STŘEDNÍ	14	20	5	3	42	34%	36%	20%	14%
VYSOKÁ	7	6	1	3	17	17%	10%	4%	14%
CELKEM	41	57	25	22	145	100%	100%	100%	100%

Graf č.47 - úroveň odosobnění podle typu věznice



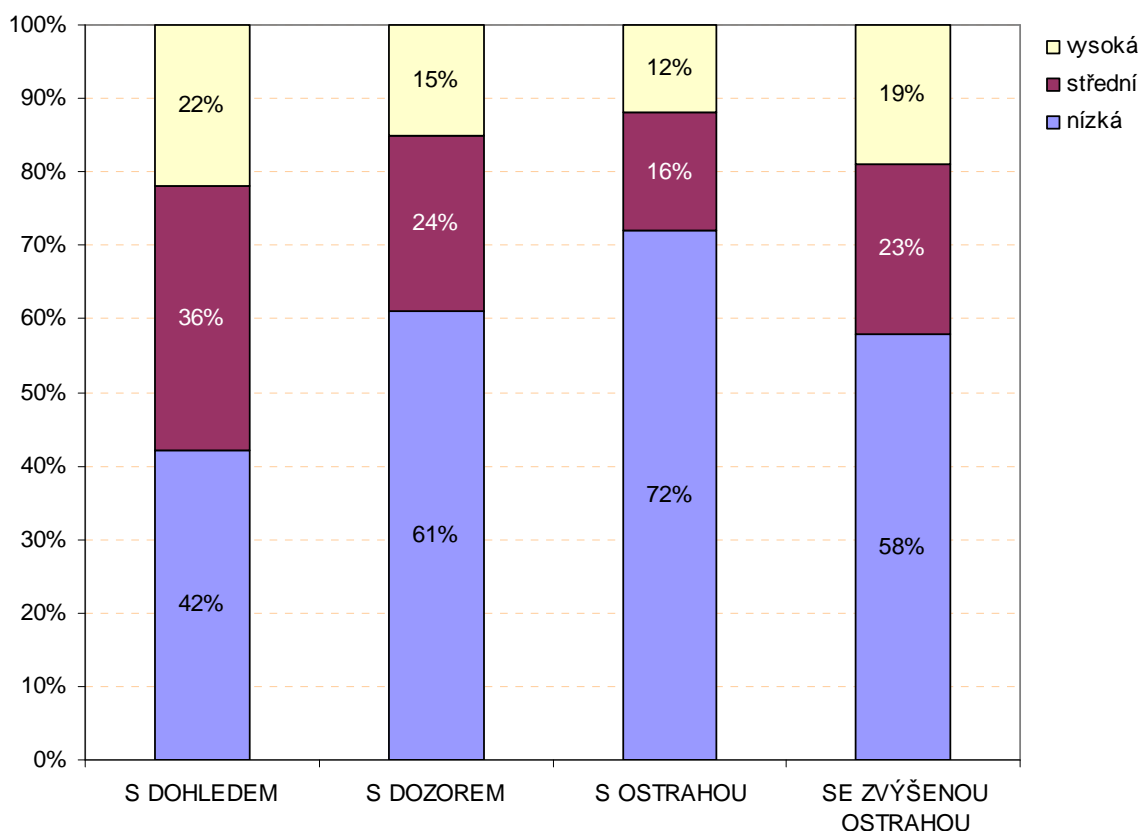
U celkového počtu 145 (100%) respondentů v tomto souboru rozděleném podle druhu pracoviště do 4 typů věznic (věznice s dohledem, věznice s dozorem, věznice s ostrahou, věznice se zvýšenou ostrahou) byla zjištěna: **nízká úroveň** 20 (49%) respondentů ve věznici s dohledem, 31 (54%) respondentů ve věznici s dozorem, 19 (76%) respondentů ve věznici s ostrahou, 16 (72) ve věznici se zvýšenou ostrahou., **střední úroveň** 14 (34%) respondentů ve věznici s dohledem, 20 (36%) respondentů ve věznici s dozorem, 5 (20%) ve věznici s ostrahou, 3 (14%) se zvýšenou ostrahou., **vysoká úroveň** 7 (17%) respondentů ve věznici s dohledem, 6 (10%) respondentů ve věznici s dozorem, 1 (4%) respondentů ve věznici s ostrahou, 3 (14%) respondentů ve věznici se zvýšenou ostrahou - (tabulka č.48, graf č.47).

Intenzita syndromu vyhoření v oblasti sníženého pracovního výkonu

Tabulka č.49 - intenzita syndromu vyhoření – snížený pracovní výkon – podle typu věznice

TYP VĚZNICE	S DOHLEDEM	S DOZOREM	S OSTRAHOU	SE ZVÝŠENOU OSTRAHOU	celkem	S DOHLEDEM	S DOZOREM	S OSTRAHOU	SE ZVÝŠENOU OSTRAHOU
ÚROVEŇ	počet					procento			
NÍZKÁ	17	35	18	13	83	42%	61%	72%	58%
STŘEDNÍ	15	14	4	5	38	36%	24%	16%	23%
VYSOKÁ	9	8	3	4	24	22%	15%	12%	19%
CELKEM	41	57	25	22	145	100%	100%	100%	100%

Graf č.48 – snížený pracovní výkon podle typu věznice



U celkového počtu 145 (100%) respondentů v tomto souboru rozděleném podle druhu pracoviště do 4 typů věznic (věznice s dohledem, věznice s dozorem, věznice s ostrahou, věznice se zvýšenou ostrahou) byla zjištěna: **nízká úroveň** 17 (42%) respondentů ve věznici s dohledem, 35 (61%) respondentů ve věznici s dozorem, 18 (72%) respondentů ve věznici s ostrahou, 13 (58) ve věznici se zvýšenou ostrahou., **střední úroveň** 15 (36%) respondentů ve věznici s dohledem, 14 (24%) respondentů ve věznici s dozorem, 4 (16%) ve věznici s ostrahou, 5 (23%) se zvýšenou ostrahou., **vysoká úroveň** 9 (22%) respondentů ve věznici s dohledem, 8 (15%) respondentů ve věznici s dozorem, 3 (12%) respondentů ve věznici s ostrahou, 4 (19%) respondentů ve věznici se zvýšenou ostrahou - (tabulka č.49, graf č.48).

9.3.6 Porovnání intenzity syndromu vyhoření s délkou praxe ve vězeňství

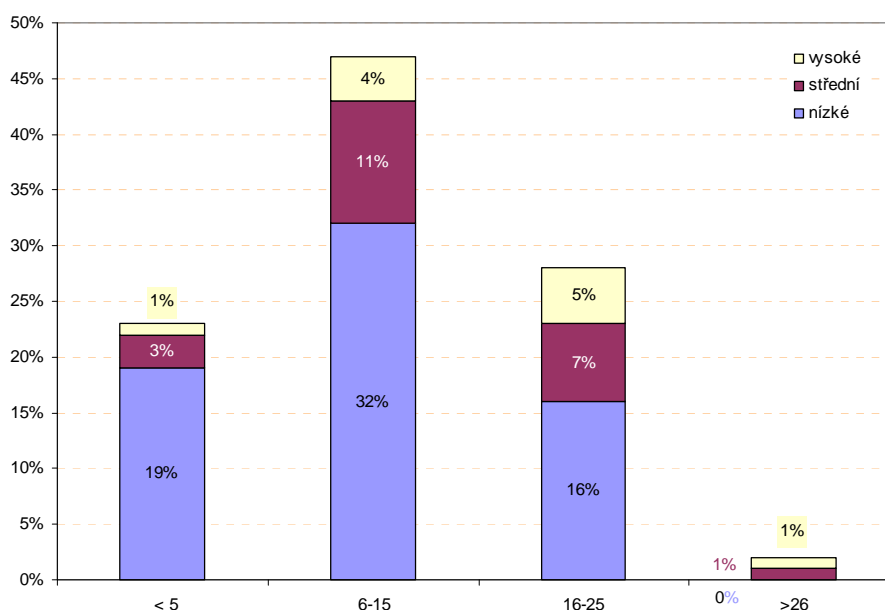
Celkový počet 145 (100%) respondentů byl podle délky praxe ve vězeňství rozdělen do 4 kategorií: do 5 let 34 (23%), 6 – 15 let 68 (47%), 16 – 25 let 41 (29%), nad 26 let 2 (1%)

Intenzita syndromu vyhoření v oblasti citového vyčerpání

Tabulka č.50 - intenzita syndromu vyhoření – citové vyčerpání – podle délky praxe ve VS

citové vyčerpání podle délky praxe ve vězeňské službě										
Délka praxe	< 5	6-15	16-25	>26		< 5	6-15	16-25	>26	celkem
	počet					procento				
NÍZKÉ	28	46	23	0	97	19%	32%	16%	0%	67%
STŘEDNÍ	5	16	10	1	32	3%	11%	7%	1%	22%
VYSOKÉ	1	6	8	1	16	1%	4%	5%	1%	11%
CELKEM	34	68	41	2	145	23%	47%	28%	2%	100%

Graf č.49 – úroveň citového vyčerpání – podle délky praxe ve VS



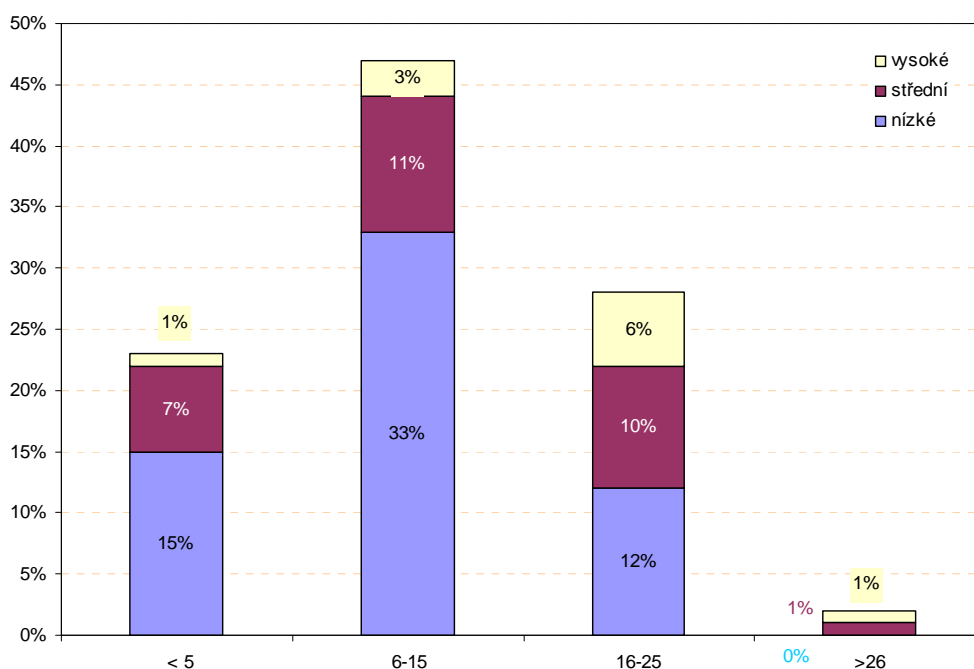
U celkového počtu 145 (100%) respondentů sledovaného souboru byla zjištěna: **nízká úroveň:** byla do 5 let 28 (19%), 6 – 15 let 46 (32%), 16 – 25 let 23 (16%), nad 26 let 0., **střední úroveň:** do 5 let 5 (3%), 6 – 15 let 16 (11%), 16 – 25 let 10 (7%), 26 a více 1 (1%)., **vysoká úroveň:** do 5 let 1 (1%), 6 – 15 let 6 (4%), 16 – 25 let 8 (5%), 26 a více 1 (1%) - (tabulka č.50, graf č.49).

Intenzita syndromu vyhoření v oblasti odosobnění

Tabulka č.51 - intenzita syndromu vyhoření – odosobnění – podle délky praxe ve VS

odosobnění podle délky praxe ve vězeňské službě										
Délka praxe	< 5	6-15	16-25	>26	celkem	< 5	6-15	16-25	>26	celkem
	počet					procento				
NÍZKÉ	22	47	17	0	86	15%	33%	12%	0%	60%
STŘEDNÍ	11	16	14	1	42	7%	11%	10%	1%	29%
VYSOKÉ	1	5	10	1	17	1%	3%	6%	1%	11%
CELKEM	34	68	41	2	145	23%	47%	28%	2%	100%

Graf č.50 – úroveň odosobnění – podle délky praxe ve VS



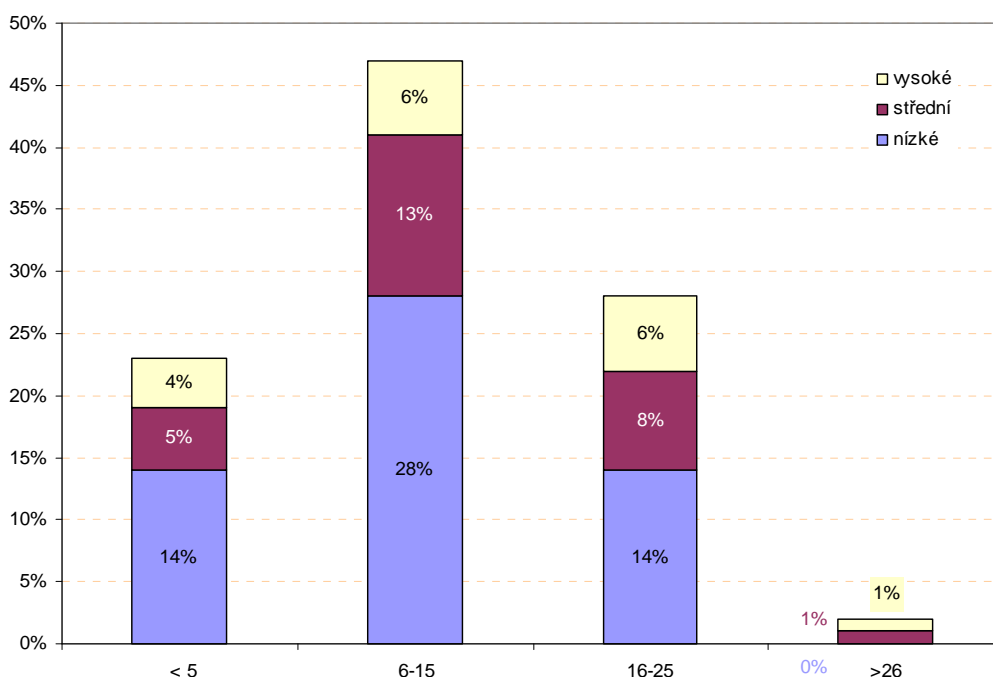
U celkového počtu 145 (100%) respondentů sledovaného souboru byla zjištěna: **nízká úroveň:** byla do 5 let 22 (15%), 6 – 15 let 47 (33%), 16 – 25 let 17 (12%), nad 26 let 0., **střední úroveň:** do 5 let 11 (7%), 6 – 15 let 16 (11%), 16 – 25 let 14 (10%), 26 a více 1 (1%)., **vysoká úroveň:** do 5 let 1 (1%), 6 – 15 let 5 (3%), 16 – 25 let 10 (6%), 26 a více 1 (1%) - (tabulka č.51, graf č.50).

Intenzita syndromu vyhoření v oblasti sníženého pracovního výkonu

Tabulka č.52 - intenzita syndromu vyhoření – snížený pracovní výkon – podle délky praxe ve VS

snížený pracovní výkon podle délky praxe ve vězeňské službě										
Délka praxe	< 5	6-15	16-25	>26	celkem	< 5	6-15	16-25	>26	celkem
	počet					procento				
NÍZKÉ	21	41	21	0	83	14%	28%	14%	0%	60%
STŘEDNÍ	7	19	11	1	38	5%	13%	8%	1%	29%
VYSOKÉ	6	8	9	1	24	4%	6%	6%	1%	11%
CELKEM	34	68	41	2	145	23%	47%	28%	2%	100%

Graf č.51 – úroveň sníženého pracovního výkonu – podle délky praxe ve VS



U celkového počtu 145 (100%) respondentů sledovaného souboru byla zjištěna: **nízká úroveň:** byla do 5 let 21 (14%), 6 – 15 let 41 (28%), 16 – 25 let 21 (14%), nad 26 let 0., **střední úroveň:** do 5 let 7 (5%), 6 – 15 let 19 (13%), 16 – 25 let 11 (8%), 26 a více 1 (1%)., **vysoká úroveň:** do 5 let 6 (4%), 6 – 15 let 8 (6%), 16 – 25 let 9 (6%), 26 a více 1 (1%) - (tabulka č.52, graf č.51).

10 SOUHRN

Výsledky, o nichž referujeme v předkládané práci, byly získány zhodnocením dotazníků (252), které byly zpracovány v rámci Vězeňské služby ČR. Statistické shrnutí se týká jen 145 respondentů, kteří nám tyto dotazníky vrátili vypracované.

Celkový soubor (145) byl rozdělen do skupin podle pohlaví, dle věku, délky praxe ve zdravotnictví, délky praxe ve vězenství, dle typu věznice, vzdělání a funkčního zařazení.

Výzkumná práce byla provedena ve zdravotnických zařízeních všech 35 věznic České republiky a to dle jejích čtyř typů, od nejmírnějšího typu - věznice s dohledem, druhý typ - věznice s dozorem, třetí typ - věznice s ostrahou až po čtvrtý nejtěžší typ věznice - se zvýšenou ostrahou. Zde jsou umístěni odsouzení zvláště nebezpeční pro společnost. Výzkumné šetření bylo provedeno u respondentů, kteří splňovali předpoklady:

- zaměstnanci ve vězeňství
- zaměstnanci ve zdravotnictví
- povoláním pracovníci nelékařských profesí
- směr - všeobecné sestry
- pohlaví - ženy i muži

U každé osoby byla použita metoda dotazování formou anonymního dotazníku. Prof.PhDr.Rudolf Kohoutek, Csc., definuje dotazník, jako způsob psaného řízeného rozhovoru. Dotazník, použitý v naší práci byl dělen do dvou částí.

Část A - obsahuje 8 uzavřených otázek (příloha č.2), zjišťuje osobní údaje charakterizující sledovaný soubor.

Část B - zde byl použit standardizovaný dotazník (MBI) dle Maslach, Jackson, Leiter (příloha č.3). V této části, která obsahuje 22 položek, se zjišťují tři rozhodující faktory:

- a) emotional exhaustion (emocionální vyčerpání) ve formě ztráty chuti k životu, nedostatku sil nebo nulové motivace k nějaké činnosti

- b) depersonalizace (odosobnění), jako ztráta úcty k druhým lidem jako k lidským bytostem, která se nejvíce projevuje u lidí, kteří mají velkou potřebu kladné odezvy od osob, kterým se věnují
- c) personal accomplishment (snížení výkonnosti), který vychází z pocitů vlastní nedostatečnosti a neschopnosti prožívat uspokojení z práce, z nedostatku energie zvládnout stresové situace, konflikty a těžkosti.

Ze základních získaných dat jsme se snažili nejen zjistit a graficky porovnat rozdíly mezi intenzitou syndromu vyhoření a typem věznice, kde všeobecné sestry pracují, ale také zjistit a graficky porovnat rozdíly mezi intenzitou syndromu vyhoření a délkou praxe ve vězeňství.

V dalších částech textu stručně shrneme nálezy se zřetelem na cíle, které jsme si stanovili před zahájením vlastní studie. S ohledem na údaje v odborné literatuře, věnované problematice syndromu vyhoření pro všeobecné sestry pracující ve Vězeňské službě České republiky, se pokusíme navrhnout prevenci proti výše uvedenému syndromu.

Statistické zpracování získaných dat ve zkoumaném souboru 145 (100%) respondentů prokázalo, že soubor byl dělen jednak:

- dle věku: 6% respondentů bylo ve věku 20 až 30 let, 33% ve věku 31 až 45 let, 60% respondentů bylo ve věkovém intervalu 46 až 60 let a 1% respondentů mělo 61 let a více (*tabulka č.5, graf č.4*)
- dle pohlaví: ve zkoumaném souboru respondentů bylo 99% žen a jen 1% mužů (*tabulka č.6, graf č.5*)

V souvislosti s délkou praxe ve zdravotnictví, s délkou praxe ve vězeňství, s dosaženým vzděláním, s pracovní směnností, s funkčním zařazením a s druhem pracoviště lze konstatovat:

- 20% respondentů mělo praxi ve zdravotnictví do 5 let, od 6 – 15 let mělo 50% respondentů, od 16 – 25 let udalo praxi ve zdravotnictví 28% respondentů, nad 26 let praxe 2% respondentů (*tabulka č.7, graf č.6*).
- 23% respondentů mělo do 5 let praxi ve vězeňství, praxi od 6 do 15 let mělo 47% respondentů, praxi od 16 do 25 let mělo 29% respondentů a praxi nad 26 let mělo jen 1% respondentů (*tabulka č.8, graf č.7*).

- 54% respondentů bylo absolventů SZŠ, 7% respondentů absolvovalo VOŠ, vysokou školu absolvovalo jen 7% respondentů, jiné zdravotnické vzdělání (PSS, specializační kurz...) vystudovalo 32% dotazovaných (*tabulka č.9, graf č.8*).
- funkci všeobecných sester zastávalo 83%, funkci staničních sester jen 3% a funkci vrchních sester 14% (*tabulka č.11, graf č.10.*)
- v jednosměnném provozu pracovalo 64% dotazovaných, ve dvousměnném provozu 19% respondentů a v nepřetržitém provozu 17% dotazovaných (*tabulka č.10, graf č.9*).
- 29% respondentů pracovalo na pracovišti věznice-dohled, 39% respondentů ve věznici – dozor, 17% respondentů věznice – ostraha a 15% respondentů ve věznici – zvýšená ostraha (*tabulka č.12, graf č.11*).
- zjistili jsme, že citové vyčerpání u sester ve věznicích s dohledem je na nízké úrovni v 74%, na střední úrovni 14% a 12% zdravotníků je již ve vysoké úrovni citového vyčerpání. Ve věznicích s dozorem se nám podařilo prokázat v 57% nízkou úroveň, ale až 33% sester je ve střední úrovni a 10% dokonce dosahuje vysoké úrovně, sestry pracující ve věznicích s ostrahou jsou na tom v této oblasti nejlépe. V nízké úrovni se pohybuje 80%, ve střední 12% a ve vysoké úrovni 8% všeobecných sester. V nejtěžším typu věznic – se zvýšenou ostrahou jsme dosáhli výsledků: 68% - nízká úroveň, 18% střední a 14% vysoká úroveň (*tabulka č.47, graf č.46*).
- v oblasti odosobnění jsme prokázali, že sestry pracující ve věznicích s dohledem se v nízké úrovni vyskytují pouze ve 49%, ve střední až ve 34% a ve vysoké nejvíce ze všech typů věznic a to v 17%. Ve věznicích s dozorem jsou sestry v nízké úrovni s 54%, ve střední s 36% a ve vysoké úrovni s 10%. Nelékařský personál ve věznicích s ostrahou nám i v této úrovni vyšel nejlépe: 76% nízká úroveň, 20% střední a pouze 4% jsou ve vysoké úrovni odosobnění. Sestry pracující s odsouzenými ve zvýšené ostraze se vyskytují v nízké úrovni v 72%, ve střední i vysoké nám vyšlo stejně - 14% (*tabulka č.48, graf č.47*).
- prokázali jsme také, že v oblasti sníženého pracovního výkonu hrozí burnout nejvíce sestrám pracujícím ve věznicích s dohledem. Pouze 42% je v nízké úrovni, 36% ve střední úrovni a až 22% ve vysoké úrovni. Sestry pracující v dozoru: nízká úroveň – 61%, střední – 24% a vysoká 15%. I v této úrovni jsou nejvíce odolné proti syndromu vyhoření sestry z věznic s ostrahou. 72% v nízké, 16% střední a pouze 12% ve vysoké úrovni. Zvýšená ostraha: zde se nám podařilo prokázat, že 58% sester je v nízké úrovni, 23% ve střední a 19% v úrovni vysoké (*tabulka č.49, graf č.48*).
- dále se nám podařilo porovnat intenzitu syndromu vyhoření s délkou praxe. V oblasti citového vyčerpání do 5 let praxe je v 19% nízká úroveň, ve 3% střední

a v 1% vysoká. Od 6 – 15 let praxe ve vězeňství jsou výsledky takové: 32% v nízké úrovni, 11% ve střední a 4% ve vysoké úrovni. Praxe ve VS 16 – 25 let: v nízké úrovni 16%, ve střední 7% a ve vysoké 5%. Nad 26 let praxe: v nízké úrovni se sestry nevyskytují, ve střední a vysoké je výsledek stejný – 1%. (*tabulka č.50, graf č.49*).

- oblast odosobnění v porovnání s délkou praxe: do 5 let – 15% nízké úrovně, 7% střední a 1% vysoké. V rozmezí 6 – 15 let ve VS jsme vypočítali 33% sester v nízké úrovni, 11% ve střední a 3% ve vysoké. 16 – 25 let praxe: 12% nízká úroveň, 10% střední a 6% vysoká, nad 26 let práce ve vězeňství nízká úroveň se nevyskytuje, střední i vysoká je zastoupena 1% sester (*tabulka č.51, graf č.50*).
- v třetí škále, to znamená v oblasti sníženého pracovního výkonu, jsme zjistili, že: do 5 let praxe ve VS je v nízké úrovni 14% dotazovaných, ve střední 5% a ve vysoké 4%. V rozmezí 6 – 15 let praxe je zastoupeno 28% sester v nízké úrovni, 13% ve střední a 6% ve vysoké. Od 16 do 25 let praxe jsou výsledky: 14% nízká úroveň, 8% střední a 6% vysoká. Od 26 let praxe v nízké úrovni se nikdo nenachází, ve střední a vysoké 1% dotazovaných (*tabulka č.52, graf č.51*).

11 KOMENTÁŘ K VÝSLEDKŮM

Hlavním záměrem této práce bylo zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u souboru sester pracujících ve vězeňství. Porovnat intenzitu syndromu vyhoření s typem věznice, kde všeobecné sestry pracují. Porovnat intenzitu syndromu vyhoření s délkou praxe ve vězeňství. Navrhnout prevenci syndromu vyhoření.

Sledovaný soubor 145 (100%) respondentů byl rozdělen do čtyř kategorií podle druhu pracoviště: sestry pracující ve věznicích s dohledem – 41 (29%), dozorem – 57 (39%), s ostrahou – 25 (17%), se zvýšenou ostrahou – 22 (15%).

Věkové složení sledovaného souboru, kdy pouze 6% respondentů bylo v kategorii do 30 let, v kategorii 31 – 45 let bylo 33% respondentů, v kategorii 46 – 60 let bylo 60% respondentů a nad 61 let bylo 1% respondentů. Tyto údaje měly zajisté svůj vliv na dosažené výsledky. Ve srovnání s prací Valenové (2000), která tuto studii prováděla u sester pracujících na lůžkové části oddělení interny a onkologie FN Olomouc, bylo věkové složení souboru opačné, než v této studii: do 30 let 52%, 31 – 50 let 38% a nad 50 let jen 10% respondentů. Domníváme se, že příčinou toho rozdílu může být větší zaměstnanost sester nižší věkové kategorie ve směnném provozu, který u tohoto souboru převládal. Naopak se stejnou autorkou se shodneme v kategoriích délky praxe ve zdravotnictví (do 5 let 20%, 6 – 15 let 50%, 16 – 25 let 28%, nad 26 let 2%), tyto výsledky jsou podobné v porovnání mezi nemocnicí a vězeňskou službou České republiky. Co se týká zastoupení pohlaví v naší studii – ženy 99% a 1% muži, se výsledek moc nelišil od složení souboru studie Holekové (2001), která uvádí podíl mužů 1,8%. A to si vysvětlujeme tím, že muži vyhledávají lépe placená místa. Délka praxe ve vězeňství rozdělovala soubor do 4 kategorií. Do 5 let praxe ve VS mělo 23%, od 6 do 15 let 47%, od 16 do 25 let 29% a nad 26 let 1% dotázaných. Domníváme se, že když od roku 2005 bylo ve vězeňské službě podmínkou na vedoucí

místo (vrchní a staniční sestra) vysokoškolské vzdělání, pětiletá praxe u lůžka nebyla rozhodující pro přijetí do pracovního poměru k VS ČR. Valenová (2000) podle délky praxe na jednom oddělení zjistila 67%, 22%, 11% a 0% respondentů. Myslíme si, že je to dáno vyšší fluktuací sester v lůžkových zařízeních. Co se týče vzdělání, všichni respondenti (100%) absolvovali SZŠ, což je podmínkou k výkonu povolání všeobecné sestry. Z toho 7% respondentů uvedlo vyšší odborné vzdělání, 7% vysokoškolské vzdělání (Bc., Mgr.) a 32% respondentů uvedlo PSS. Naše výsledky se shodují s výsledky Galuškové (2003), která ve své studii uvedla podobné výsledky. Domníváme se, že společné výsledky se dají vysvětlit tím, že v dnešní době je studium – PSS a VŠ velkou motivací pro zvyšování kvalifikace u všeobecných sester. Nicméně musíme připustit, že četnost některých výsledků byla ovlivněna tím, že doposud publikované studie na toto téma se zabývaly především syndromem vyhoření u sester pracujících u lůžka nemocného. Naopak v naší práci byla většina 64% respondentů zkoumaného souboru v ambulantních složkách vězeňské zdravotní služby. Ve dvoj a trojsměnném provozu pracovalo 36% respondentů. Tady se ovšem znovu lišíme od Valenové, ta uvádí opačný poměr – 27% jednosměnný a 73% vícesměnný provoz. Podle funkčního zařazení našeho souboru pracovalo 83% respondentů jako sestra, 3% respondentů na místě staniční sestry a 14% respondentů zastávalo místo vrchní sestry. Myslíme si, že je to důsledkem toho, že v každé věznici pracuje většinou menší kolektiv sester, kdy jedna z nich je ve funkci vrchní sestry. Staniční sestry jsou pouze ve vězeňských nemocnicích.

Bohužel, ale srovnání našich nálezů s nálezy jiných autorů není snadné. V dostupné literatuře jsme nenalezli práce, které by řešily stejné parametry, kterým jsme věnovali v této studii pozornost.

Uvádíme několik faktů k výsledkům srovnání výskytu syndromu vyhoření u sester ve vězeňství podle typu věznice. Tady jsme zjistili, že v oblasti citového vyčerpání dosahují vysoké úrovně nejvíce sestry, pracující ve věznicích se zvýšenou ostrahou - 14%, zřejmě z důvodu skladby klientů,

jak jsme se zmiňovali výše. Střední úrovně dosahují nejvíce sestry pracující ve věznicích s dozorem - 33%. Naopak nízká úroveň je nejvíce zastoupená sestrami pracujícími ve věznicích s dohledem až 74%. Domníváme se, že je to díky tomu, že jsou zde umístováni klienti s nejmírnějšími tresty, za nejlehčí přestupky proti společnosti. V oblasti odosobnění jsme překvapivě zjistili nízkou úroveň u sester pracujících ve věznicích s ostrahou - 76% a se zvýšenou ostrahou - 72%. Naopak v této kategorii dosáhly vyšších procent ve střední úrovni sestry, které pracují ve věznicích s dohledem - 34% a dozorem - 37%. Překvapilo nás vysoké procento odosobnění u sester pracujících ve věznicích s dohledem - 17%. Naopak se potvrdil náš předpoklad u sester ve věznicích se zvýšenou ostrahou - 14%. V oblasti sníženého pracovního výkonu jsme došli pro nás k překvapivým výsledkům. Ve věznici s dohledem dosahuje vysoké úrovně až 22%, střední 36% a nízké 42% dotázaných. Bohužel, u výše uvedených výsledků z oblastí citového vyčerpání, odosobnění a sníženého pracovního výkonu, jsme nenalezli žádnou literaturu, se kterou bychom mohli porovnat výsledky naší práce.

Vliv délky praxe ve vězeňství na intenzitu syndromu vyhoření u všeobecných sester jsme zkoumali a zjistili následující: U podsouboru do 5 let praxe dosahovala nízká úroveň 19%, střední úroveň 3% a vysoká 1% respondentů. U podsouboru 6 -15 let praxe dosahovala nízká úroveň 32%, střední 11% a vysoká úroveň 4% respondentů. U podsouboru 16 - 25 let praxe dosahovala nízká úroveň 16%, střední úroveň 7% a vysoká úroveň 5% respondentů. S praxí nad 26 let se s nízkou úrovní nesetkáváme, střední 1% a vysoká úroveň také 1% respondentů. Valenová (2000) uvádí podobné výsledky a potvrdila nám, že citové vyčerpání narůstá s délkou praxe, a to jak ve vězeňství, tak i na odděleních dlouhodobě nemocných.

V oblasti sníženého pracovního výkonu naše výsledky i výsledky Valenové (2000) potvrzují naši domněnku, že délka praxe ve vězeňství podstatně ovlivňuje intenzitu syndromu ve všech třech rovinách. V souladu s těmito

poznatky můžeme dedukovat, že naše práce dokládá převahu syndromu vyhoření v oblasti sníženého pracovního výkonu.

Přesto zde připomeneme naše zjištění, že mezi délkou praxe ve vězeňství a intenzitou prevalence syndromu vyhoření u všeobecných sester, pracujících ve VS ČR, není přímá relace.

V závěru chceme ještě zdůraznit, že se jedná o **pilotní studii**, naše snaha porovnat údaje prezentované v dostupné literatuře se nesetkala vždy s úspěchem. Odborná literatura totiž neoplývá dostatečným počtem prací, které by analyzovaly a interpretovaly dynamiku změn velkého počtu proměnných, které byly stanoveny současně v předložené práci a také kvůli malému souboru.

V cílech jsme uvedli, že z této studie očekáváme nejenom zjistit procentuálně výskyt syndromu vyhoření u sester ve VS v souvislosti s různými rizikovými faktory, ale také se pokusíme v rámci možností z těchto výsledků stanovit určité preventivní postupy, které by mohly sehrát podstatnou roli, vedoucí ke snížení intenzity výše uvedeného syndromu.

V následujících větách se budeme snažit uvést stručně náš názor a svá doporučená opatření, která se opírají především o to, že každý z nás by se měl naučit naslouchat svému tělu. Každý negativní signál brát jako varování.

Prevence syndromu vyhoření na úrovni jednotlivce

- efektivní zvládání zátěžových a stresových situací – porozumění vlastním mechanismům zvládání (coping) a obran, relaxace jako způsob šetření energií a obnova ztracených sil
- schopnost reflexe a sebereflexe vlastní práce včetně vztahů, uvědomění si vlastních nevyřešených konfliktů či traumat
- sociální opora – příslušnost k týmu, týmová setkání, vzájemná podpora v týmu, supervize, bálintovské skupiny a další formy odborné podpory, přátelé, rodina

- možnost profesního rozvoje, další vzdělávání a prohlubování znalostí a dovedností
- vyváženost pracovního a osobního života
- znalost a reflexe svého psychického a fyzického stavu

JAK SI POMOCI?

Místo

- i v průběhu pracovního dne můžete používat různé způsoby cvičení, uvolnění, protažení, věnovat pozornost intuitivním podnětům našeho těla, které si samo říká, co potřebuje, reflektovat únavu, najít si svůj vlastní způsob, jak s ní pracovat – někdy se objevuje tendence si při příznacích únavy přidat další úkol
- využívat různých forem uvolňujících naše tělo – automasáže, masáže, břišní tance, procházky ... a další formy pohybu
- používat různé formy očisty těla a místa, zvláště po nepříjemných situacích a jednáních – umytí rukou, vyvětrání místnosti, zapálení svíčky, práce s vůněmi a další
- zaměřte se na své pracovní místo, zda toto místo vnímáte jako svoje místo, věnujte čas úklidu a výzdobě pracovního místa, nezaplavujte se nepotřebnými věcmi, máte-li možnost můžete místo přeorganizovat či přestěhovat, může to být příjemná změna spojená s větším úklidem a vyčištěním místa

Podpora

- zaměřte se na svou potřebu podpory, pokud jste zvyklí soustavně podporovat druhé, možná na sebe zapomínáte nebo si svou potřebu podpory ani nepřipouštíte
- zaměřte se i na své osobní vztahy, zda jsou vyvážené a se vzájemnou podporou, zda se v těchto vztazích můžete opřít
- využívejte forem odborné podpory – pracovní porady a setkání v rámci profese, supervize
- vzdělávejte se
- setkávejte se s lidmi úplně jiných profesí, pěstujte si takové vztahy
- nepokládejte své dobré pracovní výkony za samozřejmé, máte nárok na ocenění, uznání, pochvalu, od nadřízených i od sebe sama

Péče

- pečujte o své tělo, udělejte si čas, najděte si chvíli na sebe
- pravidelně jezte, pijte a spěte
- odpočívejte a dopřejte si dovolenou
- věnujte se zálibám a koníčkům

Hranice

- hleďte a respektujte meze své profesionální role, přijměte skutečnost, že nemůžete vyřešit všechno, domluvit se s každým, každému pomoci
- vytvářejte a pěstujte si své vlastní hranice, naučte se říkat ne
- vytvářejte hranice mezi prací a odpočinkem, mezi pracovním a soukromým životem
- respektujte hranice druhých, klientů, kolegů
- stanovujte si jasné úkoly a vymeďte kompetence, pokud všichni dělají všechno, jsou častým důsledkem kromě neefektivity i rozpory

Bezpečí

- vytvářejte si profesionální bezpečí – jak je vymezena hranice vaší role v rámci pracoviště, v rámci odborných standardů, v rámci etických pravidel profese
- učte se odmítat to, co je pro vás nebezpečné
- hleďte možnosti, jak odstraňovat, co vás ohrožuje, jak a kde sdílet, čeho se bojíte a jak to změnit
- jasné (nikoli rigidní a neměnné) hranice, dohody, pravidla vytvářejí pocit bezpečí

Myslíme si, že pro prevenci syndromu vyhoření u sester ve vězeňství, je nutná větší spolupráce s Generálním ředitelstvím – zdravotním odborem. Měli bychom umožnit sestřám účast na rekondičních pobytech s protistresovým programem v rámci rekreačních zařízení VS. Zatím jediným kvantifikovaným prvkem, který je možno považovat za preventivní program burnoutu u zdravotníků ve vězeňství, je oproti civilnímu sektoru relativně delší šestitýdenní dovolená na zotavenou.

Domníváme se, že samotné poskytování zdravotní péče, navíc ve specifických podmínkách výkonu trestu odnětí svobody, má zcela zásadní vliv na vznik a rozvoj procesu vyhoření.

ZÁVĚR

Závěrem našeho komentáře k výsledkům jsme zkonstatovali, že můžeme považovat naši studii na dané téma za pilotní v tomto oboru. Naše snaha porovnat data, prezentovaná v této bakalářské práci, s dostupnými publikovanými údaji, se nesečkala vždy s úspěchem. Nepochybně se na tom podílí i skutečnost, že v odborné literatuře, týkající se stejné problematiky, se obtížně hledají práce, které analyzují dynamiku změn velkého počtu proměnných, které byly sledovány u každého z účastníků dané studie.

Tento náš neúspěch může do určité míry kompenzovat pocit, že současné stanovení většího počtu parametrů, přispěje k lepšímu poznání situace v hodnocení, do jaké míry roste výskyt syndromu vyhoření u všeobecných sester ve VS ČR. Zároveň nám umožňuje upozornit na faktory, které mohou výskyt tohoto syndromu ovlivnit. Využití těchto poznatků v praxi pomůže cíleně ovlivnit prevenci prevalence výše uvedeného syndromu, eventuálně jeho průběh u mladších sester pracujících ve VS a eliminovat komplikace tohoto syndromu ve formě psychických onemocnění nebo zabránit vzniku projevů vážnější formy tohoto syndromu.

S ohledem na testované proměnné ve výskytu, intenzitě a rizikových faktorech syndromu vyhoření u účastníků naší studie je jisté, že máme na mysli definovat komplex psychických projevů pojmem syndrom vyhoření. Smyslem všech našich výzkumných aktivit není nic jiného, než snaha přispět ke včasné diagnostice výše jmenovaného syndromu, která by umožnila realizovat řadu preventivních opatření, zaměřených na změnu pracovního stylu, které by mohly mít vliv na emocionální a citové projevy syndromu.

ANOTACE:

- Autor:** Jana Pelnářová
- Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetřovatelství
- Název práce:** Syndrom vyhoření u všeobecných sester ve Vězeňské službě České republiky
- Vedoucí práce:** PhDr. Mariana Bažantová
Jaroslava Pečenková
- Počet stran:** 128
- Počet příloh:** 8
- Rok obhajoby:** 2009
- Klíčová slova:** syndrom vyhoření, stres, vězeňská služba, odsouzení, typy věznic, antistresový program

RESUMÉ:

Bakalářská práce je zaměřena na zjištění výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester pracujících ve Vězeňské službě České republiky.

Teoretická část se zabývá definicí syndromu vyhoření. Popisuje příznaky, fáze a diagnostiku syndromu vyhoření s rozlišením od jiných psychických stavů a možnostmi antistresového programu. Ukazuje charakteristické zvláštnosti práce ve vězeňství.

V praktické části jsou předkládány výsledky dotazníkového šetření, provedeného v lednu 2009 u sester, pracujících ve Vězeňské službě ČR. Byla zjišťována míra výskytu syndromu vyhoření u respondentů, srovnání rozdílů mezi sestrami, pracujícími v různých typech věznic. Porovnává rozdíly mezi intenzitou syndromu vyhoření a délkou praxe ve vězeňství. Nabízí preventivní opatření proti vzniku syndromu vyhoření u sester, pracujících ve vězeňství.

RESUMÉ:

The extended essay is aimed to find out an occurrence of burnout among nurses working in prisoner services in the Czech Republic.

The theoretical part is interested in a definition of burnout. It describes symptoms, phases, diagnostic, the differences from the other psychic states and ways of antistress programme. It shows characteristic specialities of work in prisoner services.

The practical part gives the result of the questionnaire research done in January 2009 among the nurses working in prisoner services in the Czech Republic. The main goal of the research was to state the frequency of the burnout among respondents, comparison of the differences among nurses working in different types of prisons. It compares the differences between the intensity and the length of burnout syndrome in the practice of prison. It offers a precaution againsts the occurrence of burnout syndrome among nurses working in prison.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

FREUDENBERGER,HJ. Staff burn out. J.Soc.Issues,30, 1974, s.159-165

GALUŠKOVÁ,L. Profesionální vyhoření u zdravotních sester. Bakalářská práce. Olomouc, LF UP, 2003.

GREGOR,O. Žít se stresem to je kumšt. 2 rozšířené vydání. Praha: Galén, 2002, 220 s. ISBN 80 7262-053-3

HOLEKSOVÁ,T. Syndrom vyhoření u zdravotních sester pracujících ve třísměnném provozu lůžkové části nemocnice. Bakalářská práce. Olomouc, LF UP, 2001

KALLWASS,A. Syndrom vyhoření v práci a osobním životě. 1 vydání, Praha: Portál, 2007, 139 s. ISBN 978-80-7367-299-7

KŘIVOHLAVÝ,J. Jak neztratit nadšení. 1 vydání, Praha: Grada Publishing, 1996, 136 s. ISBN 80-7169-551-3

KŘIVOHLAVÝ,J. Jak zvládat stres. 1 vydání Praha: Grada Publishing, 1994, 142 s. ISBN 80-7172-240-5

KŘIVOHLAVÝ,J., PEČENKOVÁ,J. Duševní hygiena zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2004, 78 s. ISBN 80-247-0784-5

MAREČKOVÁ,J.,VALENOVÁ,I. Syndrom vyhoření a sledování jeho výskytu u sester. Ošetřovatelství na prahu 3 tisíciletí – sborník příspěvků. Praha: Galén, 2000, 76 s.

MÍČEK,L. Sebevýchova a duševní zdraví. 4 vydání. Praha: SPN, 1986, 121 s. ISBN 80-7178-772-8

RUSH,MYRON,D. Syndrom vyhoření. Praha: Návrat domů, 2004, 129 s. ISBN 80-7255-074-8.

TOŠNEROVÁ,T.,TOŠNER,J. Burn out syndrom. Praha: Hestia, 2002, 18 s. pracovní sešit pro účastníky kurzů.

VALENOVÁ,I. Syndrom vyhoření u sester pracujících na oddělení onkologie a interny. Bakalářská práce. Olomouc, LF UP, 2000.

VOLMEROVÁ,H. Pryč s únavou. Praha: Motto, 1998, 167 s. ISBN 80-85872-90-0.

ZACHOVÁ,V.,ŠKOCHOVÁ,D. Solen–lékařské časopisy, 2007, č.12,17 s.

JINÉ ZDROJE

INFLOW, MBI: MASLACH BURNOUT INVENTORY (online) (cit.2009-03-10). Dostupné: <http://www.inflow.cz/mbi-maslach-burnout-inventory.cz>

PORTÁL VEŘEJNÉ SPRÁVY ČESKÉ REPUBLIKY (online) (cit 2009-02-26). Dostupné: <http://www.vscr.cz>

DOTAZNÍKY, (online) (cit.2009-02-26). Dostupné:<http://www.ped.muni.cz>

SBÍRKA NAŘÍZENÍ MINISTRA SPRÁVEDLNOSTI č.4/2008 O poskytování zdravotní péče osobám ve výkonu trestu odnětí svobody.

SEZNAM ZKRATEK

- ČR** – Česká republika
- GŘ VS** – Generální ředitelství Vězeňské služby
- JS** – Justiční stráž
- MBI** – Maslach Burnout Inventory
- MS** – Ministerstvo spravedlnosti
- Ods.** – odsouzený
- Odd.** – oddělení
- OVaJS** – oddělení vězeňské a justiční stráže
- PSS** – pomaturitní specializační studium
- SN MS** – sbírka nařízení ministra spravedlnosti
- SZŠ** – střední zdravotnická škola
- VL ZS** – vedoucí lékař zdravotního střediska
- VS ZS** – vrchní sestra zdravotního střediska
- VS** – Vězeňská služba
- VTOS** – výkon trestu odnětí svobody
- ZS** – zdravotní středisko

SEZNAM GRAFŮ

1. Průběh procesu stresu
2. Fáze procesu burnout
3. Počet respondentů z jednotlivých věznic
4. Věk respondentů
5. Pohlaví respondentů
6. Délka praxe respondentů ve zdravotnictví
7. Délka praxe respondentů ve VS
8. Vzdělání respondentů
9. Druh pracovních směn respondentů
10. Funkční zařazení respondentů
11. Druh pracoviště respondentů
12. Práce mne citově vysává
13. Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil
14. Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven
15. Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá
16. Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce
17. Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení
18. Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává
19. Práce s lidmi mi přináší silný stres
20. Mám pocit, že jsem na konci svých sil
21. Mám pocit, že někdy s klienty jednám jako s neosobními věcmi
22. Od té doby, co vykonávám tuto profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem
23. Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým
24. Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty
25. Cítím, že klienti mi přičítají některé své problémy
26. Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů
27. Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů

28. Mám pocit, že lidi ve své práci pozitivně ovlivňuji a naladuji
29. Mám stále hodně energie
30. Dovedu u svých klientů vyvolat uvolněnou atmosféru
31. Týmová práce mi přináší uspokojení
32. Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal hodně dobrého
33. Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně
34. Citové vyčerpání u sester ve věznici s dohledem
35. Odosobnění u sester ve věznici s dohledem
36. Snížený pracovní výkon u sester ve věznici s dohledem
37. Citové vyčerpání u sester ve věznici s dozorem
38. Odosobnění u sester ve věznici s dozorem
39. Snížený pracovní výkon u sester ve věznici s dozorem
40. Citové vyčerpání u sester ve věznici s ostrahou
41. Odosobnění u sester ve věznici s ostrahou
42. Snížený pracovní výkon u sester ve věznici s ostrahou
43. Citové vyčerpání u sester ve věznici se zvýšenou ostrahou
44. Odosobnění u sester ve věznici se zvýšenou ostrahou
45. Snížený pracovní výkon u sester ve věznici se zvýšenou ostrahou
46. Citové vyčerpání – podle typu věznice
47. Odosobnění – podle typu věznice
48. Snížený pracovní výkon – podle typu věznice
49. Citové vyčerpání – podle délky praxe ve VS
50. Odosobnění – podle délky praxe ve VS
51. Snížený pracovní výkon – podle délky praxe ve VS

SEZNAM TABULEK

1. Seznam nejčastějších stresujících události
2. Jednotky závažnosti životních událostí
3. Rozdělení otázek MBI dle faktoru
4. Hodnotící tabulka syndromu vyhoření dle MBI
5. Věk respondentů
6. Pohlaví respondentů
7. Délka praxe respondentů ve zdravotnictví
8. Délka praxe respondentů ve VS
9. Vzdělání respondentů
10. Druh pracovních směn respondentů
11. Funkční zařazení respondentů
12. Druh pracoviště respondentů
13. Práce mne citově vysává
14. Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil
15. Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven
16. Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá
17. Cítím „vyhoření“ vyčerpání ze své práce
18. Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení
19. Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává
20. Práce s lidmi mi přináší silný stres
21. Mám pocit, že jsem na konci svých sil
22. Mám pocit, že někdy s klienty jednám jako s neosobními věcmi
23. Od té doby, co vykonávám tuto profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem
24. Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým
25. Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty
26. Cítím, že klienti mi přičítají některé své problémy
27. Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů
28. Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů

29. Mám pocit, že lidi ve své práci pozitivně ovlivňuji a naladuji
30. Mám stále hodně energie
31. Dovedu u svých klientů vyvolat uvolněnou atmosféru
32. Týmová práce mi přináší uspokojení
33. Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal hodně dobrého
34. Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně
35. Citové vyčerpání u sester ve věznici s dohledem
36. Odosobnění u sester ve věznici s dohledem
37. Snížený pracovní výkon u sester ve věznici s dohledem
38. Citové vyčerpání u sester ve věznici s dozorem
39. Odosobnění u sester ve věznici s dozorem
40. Snížený pracovní výkon u sester ve věznici s dozorem
41. Citové vyčerpání u sester ve věznici s ostrahou
42. Odosobnění u sester ve věznici s ostrahou
43. Snížený pracovní výkon u sester ve věznici s ostrahou
44. Citové vyčerpání u sester ve věznici se zvýšenou ostrahou
45. Odosobnění u sester ve věznici se zvýšenou ostrahou
46. Snížený pracovní výkon u sester ve věznici se zvýšenou ostrahou
47. Citové vyčerpání – podle typu věznice
48. Odosobnění – podle typu věznice
49. Snížený pracovní výkon – podle typu věznice
50. Citové vyčerpání – podle délky praxe ve VS
51. Odosobnění – podle délky praxe ve VS
52. Snížený pracovní výkon – podle délky praxe ve VS

SEZNAM PŘÍLOH

1. Žádost a souhlas s provedením výzkumného šetření
2. Dotazník, zjišťující demografické údaje o respondentech
3. Standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI), dle Maslach, Jackson, Leiter, 1993
4. Vyhodnocení dotazníku Maslach Burnout Inventory
5. Orientační dotazník autorů Dno Hawkins, Frank Minirth, Paul Maier a Chris Thursman.
6. Inventář projevů syndromu vyhoření, autorů Tamary a Jiřího Tošnerových
7. Vyhodnocení Inventáře syndromu vyhoření
8. Fotografie Věznice Mírov

Vážená paní
 Mgr. Alena Šafránková
 Hlavní sestra
 Vězeňská služba České republiky
 Soudní 1671
 Praha
 500 05

V Šumperku dne 1.10.2008

Věc:

**Žádost o povolení výzkumného šetření v ambulancích a nemocnicích
 Vězeňské služby České republiky**

Vážená hlavní sestro,
 dovoluujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v ambulancích a nemocnicích Vězeňské služby ČR, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce Jany Pelnářové, nar. 21.8.1970, studentky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství – všeobecná sestra, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové. Cílem práce bude zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u sester ve vězeňství, srovnání rozdílů podle druhu pracoviště, zmapovat informovanost sester o problematice stresu a porovnat intenzitu syndromu vyhoření s délkou praxe ve vězeňství.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který přikládám k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením PhDr. Mariany Bažantové, odborné asistentky oddělení společenských věd LF UK v Hradci Králové a Jaroslavy Pečenkové, asistentky oddělení ošetřovatelství.

Přikládáme dotazník.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Univerzita Karlova v Praze
 Lékařská fakulta v Hradci Králové
 Ústav sociálního lékařství
 - 49 -

Bažantová

PhDr. Mariana Bažantová
 Oddělení společenských věd
 LF UK v Hradci Králové
 Telef: 495816426
 e-mail:
 bazantovam@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum:

10. 11. 2008

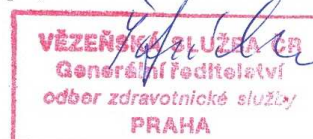
Podpis, razítko

Mgr. Alena ŠAFRÁNKOVÁ

Souhlas

MUDr. Petr Havlasek

2025 GR VC CR



Údaje k charakteristice sledovaného souboru

DOTAZNÍK

1. Věk:

- A 20 - 30 let
B 31 - 45 let
C 46 - 60 let
D nad 60 let

2. Pohlaví:

- A žena
B muž

3. Délka praxe ve zdravotnictví:

- A do 5 let
B 6 - 15 let
C nad 15 let
D nad 25 let

4. Délka praxe ve Vězeňské službě:

- A do 5 let
B 6 - 15 let
C nad 15 let
D nad 25 let

5. Nejvyšší dosažené vzdělání (zdravotnictví)

- A SZŠ
B VO
C VŠ
D Jiné (PSS, speciální kurz...)

6. **Charakter práce:**

- A jednosměnný provoz
- B vícesměnný provoz (ranní, odpolední, př.sobota a neděle)
- C nepřetržitý provoz
-

7. **Pracovní zařazení:**

- A sestra
- B staniční sestra, vedoucí směny
- C vrchní sestra, manažerka, hlavní sestra
-

8. **Typ věznic:**

- A s dohledem
- B s dozorem
- C s ostrahou
- D se zvýšenou ostrahou
-

Standardizovaný dotazník MBI (Maslach Burnout Inventory)

dle Maslach, Jackson, Leiter 1993

Bodování - vysvětlivky	0	nikdy několikrát za rok (i méně) jednou za měsíc (i méně) několikrát za měsíc 1 x týdně několikrát týdně každý den
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	

Položky standardizovaného dotazníku MBI :

	0	1	2	3	4	5	6
1 Práce mne citově vysává.							

	0	1	2	3	4	5	6
2 Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil.							

	0	1	2	3	4	5	6
3 Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a.							

	0	1	2	3	4	5	6
4 Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů.							

	0	1	2	3	4	5	6
5 Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi.							

	0	1	2	3	4	5	6
6 Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá							

	0	1	2	3	4	5	6
7 Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů.							

	0	1	2	3	4	5	6
8 Cítím "vyhoření" vyčerpání ze své práce.							

	0	1	2	3	4	5	6
9 Mám pocit, že lidé ve své práci pozitivně ovlivňují a nalaďují.							

10 Od té doby, co vykonávám tuto profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem.

0	1	2	3	4	5	6

11 Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým.

0	1	2	3	4	5	6

12 Mám stále hodně energie.

0	1	2	3	4	5	6

13 Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení.

0	1	2	3	4	5	6

14 Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává.

0	1	2	3	4	5	6

15 Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty.

0	1	2	3	4	5	6

16 Práce s lidmi mi přináší silný stres.

0	1	2	3	4	5	6

17 Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru.

0	1	2	3	4	5	6

18 Týmová práce mi přináší uspokojení

0	1	2	3	4	5	6

19 Za roky své práce jsem byl/a úspěšný/á a udělal/a hodně dobrého.

0	1	2	3	4	5	6

20 Mám pocit, že jsem na konci svých sil.

0	1	2	3	4	5	6

21 Citové problémy v práci řeším velmi klidně - vyrovnaně.

0	1	2	3	4	5	6

22 Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy.

0	1	2	3	4	5	6

Vyhodnocení MBI dotazníku:

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

Vyhodnocení spočívání v součtu všech bodových hodnocení v jednotlivých sub-škálách

Stupeň emocionálního vyčerpání EE

nízký 0 - 16 průměrná hodnota = 19,0

mírný 17 - 26

vysoký 27 a více = vyhoření!

Stupeň depersonalizace DP

Nízký 0 - 6 průměrná hodnota = 6,6

Mírný 7 - 12

Vysoký 13 a více = vyhoření!

Stupeň osobního uspokojení PA

Vysoký 39 a více

Mírný 38 - 32 průměrná hodnota = 36,8

Nízký 31 - 0 = vyhoření!

(mbi-maslach-burnout-inventory, 2009, online)

Orientační dotazník autorů Dno Hawkins, Frank Minirth, Paul Maier a Chris Thursman.

ORIENTAČNÍ DOTAZNÍK	
1	Čím dále, tím více poznávám, že se nemohu dočkat konce pracovní doby, abych mohl práci opustit a jít domů.
2	Zdá se mi, že v poslední době nic nedělám tak dobře, jak to dělat mám.
3	Snadněji nyní ztrácím klid, nežli jsem ho ztrácel dříve.
4	Častěji myslím na to, změnit práci.
5	V poslední době jsem stále cyničtější a mám negativnější pocit ke všemu, co se děje.
6	Mám stále častěji bolesti hlavy, nebo bolesti hlavy trvají déle. Mám bolesti v kříži nebo jiné tělesné příznaky toho, že mi není dobře.
7	Často se mi zdá, že nikomu kolem mne o nic nejde a cítím se beznadějně.
8	Častěji se nyní napiji alkoholu, aby mi bylo lépe, anebo si beru prášky na spaní či „na dobře“ či na uklidnění, abych zvládl každodenní drobné stresové situace.
9	Zdá se mi, že už nemám tolik nadšení a energie, kolik jsem dříve měl.
10	Cítím nyní příliš velkou odpovědnost tlak a napětí v práci.
11	Má paměť již není taková, jaká dříve byla.
12	Nejsem s to soustředit se na práci, jak jsem dříve se na práci soustřeďoval.
13	Moc dobře nespím.
14	Má chuť k jídlu se v poslední době zhoršila nebo naopak zdá se mi, že nyní jím více, nežli jsem dříve jedl.
15	Cítím, že jsem ztratil iluze - pociťuji nedostatek něčeho, pro co bych se mohl nadchnout.
16	V práci mi to nyní tak moc nejde jako dříve. Nedá se to dělat co nejlíp, jak jsem byl zvyklý a nedá se toho udělat co nejvíce.
17	Cítím se jako „chyby v úkolu“, když myslím na to, co v práci (zaměstnání) dělám. Zdá se mi, že vše co dělám, za moc nestojí.
18	Obtížněji, nežli tomu bylo dříve, se mi dělá jakékoliv rozhodnutí.
19	Zjišťuji, že v práci toho udělám nyní méně, nežli jsem toho udělal dříve. Zjišťuji i to, co nyní dělám, nedělám tak dobře, jak jsem to dělal dříve.
20	Často se ptám sám sebe: „Co se namáháš? Vždyť to všechno je přeci k ničemu“.
21	Zdá se mi, že nejsem moc oceněn a odměňován za vše, co jsem udělal.
22	Cítím se bezmocný a nevím, jak se dostat z problémů, které mám.
23	Lidé mi říkají, že s ohledem na práci kterou dělám, jsem v jádru idealista.
24	Domnívám se, že má kariéra dosáhla mrtvého bodu.

Inventář projevů syndromu vyhoření, autorů Tamary a Jiřího Tošnerových

Projevy	Vždy	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
Obtížně se soustřeďuji	4	3	2	1	0
Nedokáži se radovat ze své práce	4	3	2	1	0
Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“	4	3	2	1	0
Nemám chuť pomáhat problémovým klientům	4	3	2	1	0
Pochybuji o svých profesionálních schopnostech	4	3	2	1	0
Jsem sklíčený/á	4	3	2	1	0
Jsem náchylný/á k nemocím	4	3	2	1	0
Pokud je to možné vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy	4	3	2	1	0
Vyjadřuji se posměšně o příbuzných klienta i o klientech	4	3	2	1	0
V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á	4	3	2	1	0
Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením, apod	4	3	2	1	0
Frustrace ze zaměstnání narušuje moje soukromé vztahy	4	3	2	1	0
Můj odborný růst a zájem o obor zaostává	4	3	2	1	0
Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní	4	3	2	1	0
Jsem napjatý/á	4	3	2	1	0
Svou práci omezují na její mechanické provádění	4	3	2	1	0
Přemýšlím o odchodu z oboru	4	3	2	1	0
Trpím nedostatkem uznání a ocenění	4	3	2	1	0
Trápí mě poruchy spánku	4	3	2	1	0
Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání	4	3	2	1	0
Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru	4	3	2	1	0
Cítím se ustrašený/á	4	3	2	1	0
Trpím bolestmi hlavy	4	3	2	1	0
Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s klienty	4	3	2	1	0
Počet bodů	4	3	2	1	0

Vyhodnocení Inventáře syndromu vyhoření

Vyhodnocení Inventáře projevů syndromu vyhoření	
Rozumová rovina:	
položky č. 1..... + č. 5..... + č. 9..... + č. 13..... + č. 17..... + č. 21..... =	Bodů
Emocionální rovina:	
položky č. 2..... + č. 6..... + č. 10..... + č. 14..... + č. 18..... + č. 22..... =	Bodů
Tělesná rovina	
položky č. 3..... + č. 7..... + č. 11..... + č. 15..... + č. 19..... + č. 23..... =	Bodů
Sociální rovina	
položky č. 4..... + č. 8..... + č. 12..... + č. 16..... + č. 20..... + č. 24..... =	Bodů
Rovina rozumová + emocionální + tělesná + sociální.....	Celkem = Bodů

Věznice Mírov





