

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství

Kateřina Procházková

**Syndrom vyhoření u nelékařských
zdravotnických pracovníků**

Bakalářská práce

Praha 2013

Autor práce: **Kateřina Procházková**

Vedoucí práce: **Mgr. Hana Nikodemová**

Oponent práce: **PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.**

Datum obhajoby: **2013**

BIBLIOGRAFICKÝ ZÁZNAM

PROCHÁZKOVÁ, Kateřina. *Syndrom vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků*. Praha, 2013. s. 118. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Hana Nikodemová.

ANOTACE

Předkládaná bakalářská práce je věnována problematice syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících ve FN Motol na pozici zdravotní sestra nebo zdravotnický asistent. V teoretické části je vymezen pojem „nelékařští zdravotničtí pracovníci“ a základní informace o povolání zdravotní sestry. Teoretická část dále obsahuje přehled relevantních poznatků týkajících se syndromu vyhoření, příčin a příznaků, ale i prevence této diagnózy.

Cílem empirické části práce je porovnat riziko vzniku vyhoření u sester pracujících na oddělení pro dospělé se sestrami pracujícími na odděleních pro děti. Jako výzkumná metoda byl zvolen kvantitativní sběr dat - dotazníkové šetření za pomoci nestandardizovaného dotazníku. Prostřednictvím dotazníkového šetření bylo zjišťováno a porovnáváno riziko vzniku syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících na dětských a dospělých částech oddělení. Dotazníkové šetření se uskutečnilo ve FN Motol na Neurochirurgické klinice dětí a dospělých 2. LF UK a FN Motol, Klinice dětské neurologie 2. LF UK a FN Motol, Neurologické klinice 2. LF UK a FN Motol, na dětském kardiocentru, Kardiologické klinice 2. LF UK a FN Motol, Klinice dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol, Chirurgické klinice 2. LF UK a FN Motol, Klinice dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Motol. K analýze bylo celkem zpracováno 93 dotazníků z původních 100 distribuovaných.

ANNOTATION

This bachelor thesis is devoted to the problem of burnout among paramedical staff working in the University Hospital Motol in position by a nurse or medical assistant. In the theoretical part defines the term, non medical personnel and basic information on occupational health nurse. The theoretical part contains a summary of

relevant knowledge regarding burnout, causes and symptoms, but also the prevention of this diagnosis.

The aim of the empirical part of the paper is to compare the risk of burnout in nurses working in the department for adults with nurses working on the wards for children. As a research method was chosen quantitative data collection - a survey with the help of non-standardized questionnaire. Through the survey, it was investigated and compared the risk of burnout among paramedical staff working in pediatric and adult parts department. The questionnaire survey was carried out at the University Hospital Motol in Neurosurgical clinic for children and adult second Faculty of Medicine and University Hospital Motol (where I also employed), Clinic of Pediatric Neurology second Faculty of Medicine and University Hospital Motol, 2nd Neurological Clinic Faculty of Medicine and University Hospital Motol, a baby Cardiac, Cardiology Clinic 2nd Faculty of Medicine and University Hospital Motol, 2nd Clinic of Pediatric Surgery Faculty of Medicine and University Hospital Motol, 2nd Surgical Clinic Faculty of Medicine and University Hospital Motol hospital pediatric and adult orthopedics and traumatology second Faculty of Medicine and University Hospital Motol. The analysis processed a total of 93 questionnaires from 100 distributed.

KLÍČOVÁ SLOVA

stres, zdravotní sestra, symptom, syndrom vyhoření, chronický, psychický stav, fyzická vyčerpanost, komunikace, emoční vyčerpanost

KEYWORDS

stress, nurse, symptom, burnout, chronic, mental condition, physical exhaustion, kommunication, emocional exhaustion

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Kateřina Procházková**

studijní program: **Ošetřovatelství**

studijní obor: **Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrickém ošetřovatelství**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Syndrom vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v Opatření děkana UK 2. LF č. 12/2010. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

STOCK, Christian. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing. 1. vyd. Praha: Grada, c2011, 184 s. Sestra. ISBN 978-802-4731-742.

PTÁČEK, Radek a Libuše ČELEDOVÁ. Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby: syndrom vyhoření, mobbing, bossing. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2011, 117 s. Sestra. ISBN 978-80-246-1998-9.

MINIRTH, Frank B. Jak překonat vyhoření: naučte se rozpoznávat, chápat a zvládat stres. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2011, 138 s. ISBN 978-80-7255-252-8.

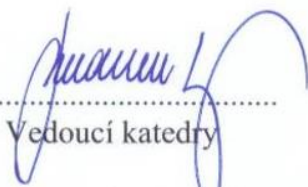
Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Nikodemová Hana**

Oponenti: **PhDr. Raudenská Jaroslava, Ph.D.**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 8.8.2012

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku



.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 19.12.2012



.....
Děkan

prof.PaedDr. Pavel KOLÁŘ, Ph.D.

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
2. lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Hany Nikodemové, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita pro k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 29. 4. 2013

Kateřina Procházková

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych velmi poděkovat Mgr. Nikodemové Haně za odborné vedení, cenné rady a vstřícnost při tvorbě bakalářské práce. Mé díky patří také MUDr. Čáповé Haně a PhDr. Kučerové Janě za pomoc při tvorbě dotazníku a další rady. Ráda bych poděkovala i svému pracovnímu kolektivu Neurochirurgické kliniky dětí a dospělých FN Motol za podporu, jejich ochotu a spolupráci při tvorbě mé bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK.....	10
1. Úvod	12
1.1 Cíle práce	15
2. TEORETICKÁ ČÁST.....	16
2.1 Nelékařští zdravotničtí pracovníci	16
1.1.1 Zákon č. 96/2004 sb.	16
1.1.2 Definice zdravotní sestry	17
1.1.3 Povolání zdravotní sestry	17
2.2 Pracovní zátěže ve zdravotnictví	18
2.2.1 Zátěže v práci sestry	18
2.2.2 Typy pracovní zátěže	20
2.2.3 Reakce na zátěž	21
2.3 Stres	21
2.3.1 Historie stresu	23
2.3.2 Vznik stresu	23
2.3.3 Psychosomatický model stresu	24
2.3.4 Dělení stresu.....	24
2.3.5 Charakteristické znaky stresových situací	25
2.3.6 Stresory	26
2.3.7 Salutory	27
2.3.8 Symptomy stresu.....	27
2.3.9 Reakce na stres.....	28
2.3.10 Strategie zvládnání stresu	29
2.3.11 Vztah mezi stresem a zdravotním stavem.....	33
2.4 Syndrom vyhoření.....	34
2.4.1 Historie syndromu vyhoření	36
2.4.2 Fáze syndromu vyhoření	37
2.4.3 Příčiny vzniku syndromu vyhoření.....	39
2.4.4 Pracovní podmínky vedoucí k vyhoření.....	41
2.4.5 Rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření.....	42
2.4.6 Příznaky syndromu vyhoření	44

2.4.7	Pocity jedince s burnout syndromem.....	49
2.4.8	Dopady burnout syndromu na profesní život.....	50
2.4.9	Diagnostika Maslach burnout inventory	51
2.4.10	Prevence syndromu vyhoření.....	51
2.4.11	Diferenciální diagnostika burnout syndromu a deprese	55
2.4.12	Léčba syndromu vyhoření	56
3.	EMPIRICKÁ ČÁST	57
3.1	Cíle a pracovní hypotézy	57
3.2	Metodika šetření	58
3.3	Organizace vlastního šetření.....	59
3.4	Charakteristika zkoumaného vzorku	59
3.5	Výsledky vlastního šetření	60
3.6	Diskuze.....	101
4.	ZÁVĚR.....	105
	Referenční seznam	108
	Seznam tabulek	112
	Seznam obrázků	113
	Seznam příloh	114

SEZNAM ZKRATEK

ACTH - adrenokortikotropní hormon

Aj. - a jiné

Angl. - anglicky

AT. - autogenní trénink

Atd. - a tak dále

F. - fáze

FN - fakultní nemocnice

Např. - například

Obr. - obrázek

Popř. - popřípadě

Resp. - respektive

Sb. - sbírky

Str. - strana

Tab. - tabulka

Tzv. - tak zvaný

Zák. - zákon

1. ÚVOD

Syndrom vyhoření patří mezi velmi diskutované téma prakticky ve všech, zejména ale pomáhajících profesích. Tímto pojmem se již zabývala řada českých i zahraničních autorů a na toto téma bylo provedeno mnoho výzkumů. To na čem se autoři shodují je skutečnost, že syndrom vyhoření je ve své podstatě soubor symptomů vznikající následkem dlouhodobé krize spojené s typickým životním stylem.

Ve zdravotnictví se s tímto procesem může setkat téměř každý, proto je důležité znát tento pojem a vědět, jak burnout syndromu předcházet. Syndrom vyhoření má plíživý charakter a příčiny jeho vzniku můžeme často přičítat nejrůznějším faktorům našeho života. Někteří autoři dokonce uvádí, že moderní člověk, žijící v současné uspěchané době, bude zasažen syndromem vyhoření dřív nebo později. Požadavky na výkonnost jedince v zaměstnání se během posledních let změnily, a troufám si tvrdit, že k horšímu. Následkem rostoucí produktivity vykonává čím dál méně lidí stále více pracovních povinností.

Téma své bakalářské práce „Syndrom vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků“ jsem si vybrala zejména pro jeho důležitost ve zvoleném povolání, ale také pro jeho blízkost k mé osobě a profesi. Sama již několik let pracuji ve zdravotnictví a z vlastní zkušenosti vím, že práce s lidmi je velmi zatěžující a psychicky náročná. Při poskytování komplexní ošetrovatelské péče musí zdravotnický personál pracovat ohleduplně, s trpělivostí a laskavostí.

Je jedno, zda pracujete s dětmi nebo s dospělými, každé z těchto pracovišť má své specifika, které mohou působit zátěžově. Není jednoduché být pacientům stále oporou, být nablízku nemocným lidem naslouchat jim a pomáhat řešit jejich problémy. I tak je ale důležité, aby sestra vždy byla milá, vlídná, ochotná, vstřícná, obětavá a mohla bych vyjmenovat spoustu dalších vlastností, které má zdravotní sestra mít. Ne pro všechny, je to ale tak snadné, navzdory tomu, že i zdravotníci mají své problémy a starosti. V zaměstnání je může též potkat hned několik rizikových faktorů přispívajících ke vzniku syndromu vyhoření. Jedná se zejména o pracovní kolektiv, zodpovědnost a mnoho psychické zátěže.

Nelékařští zdravotničtí pracovníci se denně mohou setkávat se situacemi, kdy si sami nejsou jisti danými postupy, a přesto musí pečovat o pacienty s tím, že prakticky

mají v rukou jejich zdraví. Jsou nuceni tuto situaci přijmout profesionálně, jako reálný stav a součást náplně své práce. Myslím si, že velká část zdravotníků při shonu a neustálém zaměření na péči o někoho jiného zapomíná pečovat o své vlastní zdraví. Nehledě na to, že velká část práce zaměstnanců ve zdravotnictví je závislá konkrétně na nelékařských zdravotnických pracovnících.

Znalostí tohoto pojmu a následnou prevencí se dá předejít vzniku syndromu vyhoření, a proto bych byla ráda, kdyby velká část nelékařských zdravotnických pracovníků o této problematice byla informována v co největším možném rozsahu, znala její příčiny, prevenci, průběh i následky, ale především, aby je tento zákeřný syndrom minul.

Jsem přesvědčena, že většina nelékařských zdravotnických pracovníků svoji práci vykonává s respektem a láskou, a zároveň jsou pečliví, vstřícní a nadšení pro své povolání. Z tohoto důvodu bych prostřednictvím své bakalářské práce ráda přinesla poznatky o tom, jak správně vykonávat profesi, pečovat o sebe, ale i, jak působit na ostatní, abychom svým jednáním nepřispívali ke vzniku vyhoření někoho jiného.

Vyhoření (báseň D. Greitemeyerové)

*Myslím na dům,
který vyhořel.
Zbyly jen prázdné místnosti.*

*Kdo ten oheň rozdmýchal?
Kdo jej nestihl uhasit?
Cožpak se oheň, jenž
měl vyhřát místnosti,
obrátil proti domu
a spálil jej?*

*Vyhoření je následek ...
jsem vyhaslá, protože ...
jsem dala všechno ostatním
a pro mne nezůstalo nic.*

*Protože jsem překročila
všechny svoje hranice.
Vydala jsem se sama za sebe,
rozplynula se v naplnění
ostatních.*

*Je to dar, že tohle dokážu,
a obrátil se proti mně.
Zašla jsem příliš daleko,
přehnala jsem to.
Proč to vlastně dělám?*

*Myslím si, že méně by nebylo dost?
Řídím se heslem: Dávám, tedy
jsem?*

*Heslem: Já nesmím brát?
Co mi brání se o sebe postarat?
Jsem jen bezmocný pomocník?*

*Práce je jako netvor.
Já jsem netvor.*

*Spotřebuji, spálím všechnu energii.
Nemám žádné čerpací stanice,
kde bych získala novou energii.*

*Ve spánku si dopřeji odpočinek,
když mě však zachvátí nespavost,
je i on ten tam.*

*Práce mě pak pronásleduje i v noci.
Utkvělé myšlenky mě mají ve své
moci!*

Musím to zvrátit.

*Musím to vzít do svých rukou,
musím jinak rozdělit svůj čas.*

*Musím více hospodařit se svými
silami.*

(Švingalová, 2006, str. 47)

1.1 Cíle práce

Po prostudování dostupné odborné literatury k dané problematice byly zvoleny následující cíle a stanoveno 5 pracovních hypotéz. Jejich pravdivost bude dále ověřována prostřednictvím kvantitativního výzkumného šetření, jež bude uvedeno v empirické části práce.

Hlavním cílem této práce je porovnání rizika vzniku syndromu vyhoření u sester pracujících na pracovištích pro dospělé se sestrami zaměstnanými na pracovištích pro děti ve FN Motol. U získaných dat bude provedena analýza a dosažené výsledky výzkumu budou zpracovány a dále interpretovány. Závěr bakalářské práce bude věnován zhodnocení přínosu práce pro praxi.

Cíl 1: Přinést ucelený přehled základních teoretických poznatků o dané problematice.

Cíl 2: Navrhnout možná opatření ke zlepšení současného stavu.

Cíl 3: Pomocí dotazníkového šetření získat data, kterými lze zjistit riziko vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků.

Cíl 4: Provést primární analýzu získaných dat.

Cíl 5: Porovnat riziko vzniku vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků na pracovištích pro děti s pracovišti pro dospělé.

1. TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část předkládané bakalářské práce popisuje syndrom vyhoření, jeho příčiny, příznaky, prevenci a léčbu. Dále se zabývá stresem a strategiemi zvládnání stresu, které s tímto procesem souvisí. Část práce je věnována nelékařským zdravotnickým pracovníkům a zákonu 96/2004 Sb. Nedílnou součástí práce je kapitola týkající se péče o sebe sama.

1.1 Nelékařští zdravotničtí pracovníci

Nelékařským zdravotnickým pracovníkem je označována osoba vykonávající povolání ve zdravotnictví s ukončeným příslušným vzděláním pro výkon takové profese dle platného zákona. Podmínky, které umožňují získávání a uznávání příslušné odborné způsobilosti pro nelékařské zdravotnické pracovníky stanovuje Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů č. 96/2004 Sb. Tento zákon mimo jiné definuje zdravotnického pracovníka jako fyzickou osobu, vykonávající zdravotnické povolání a upravuje kategorie ošetrovatelského personálu. Dřívější členění na střední zdravotnický personál a nižší zdravotnický personál bylo nahrazeno následujícími pojmy:

A) *Pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.*

B) *Pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením.* (Vařeková, 2011)

1.1.1 Zákon č. 96/2004 sb.

„Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) ve znění zák. č. 125/2005 Sb., zák. č. 111/2007 Sb., zák. č. 124/2008 Sb.,

zák. č. 189/2008 Sb., zák. č. 227/2009 Sb., zák. č. 105/2011 Sb., zák. č. 346/2011 Sb. a zák. č. 375/2011 Sb.“ (Ministerstvo zdravotnictví, 2010)

Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních podobně jako zákon o lékařských zdravotnických povoláních požaduje k výkonu profese odbornou a zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost. Zákon přesně definuje jednotlivé druhy odborné způsobilosti nelékařských zdravotnických pracovníků, a to systematicky dle toho, zda jde o výkon povolání bez odborného dohledu či pod odborným dohledem, popř. pod přímým vedením. (Zákony pro lidi, 2010-2013)

1.1.2 Definice zdravotní sestry

Zdravotní sestra (angl. nurse) je profesionál, realizující profesi zdravotní sestry, ošetřování pacientů, asistenci lékařům atd. Sestry spolu s dalšími zdravotníky mají zodpovědnost za léčbu, bezpečnost a navrácení zdraví akutně nebo chronicky nemocných. Dále se podílejí na udržování zdraví populace a léčbě život ohrožujících stavů. Mohou být zapojeny do mnoha výzkumů a plnit další funkce potřebné pro zdravotní péči. Sestry tvoří největší skupiny zaměstnanců ve zdravotnictví a převahu v této profesi mají ženy. (Sestra, 2012)

1.1.3 Povolání zdravotní sestry

Profese zdravotních sester dnes patří bezpochyby mezi jedno z psychicky, ale i fyzicky náročných povolání. Od sester se očekává neustálé vzdělávání a učení se novým dovednostem. Jedná se o velmi stresující povolání. Mnozí jedinci mohou vyvolávat v roli pacienta konflikty. Pokud se k možným problémům ještě přidají špatné vztahy v pracovním kolektivu a starosti běžného života, může se stát, že se sestra dostane do náročné životní situace nadměrného působení stresu. (Venglářová, 2011)

Zdravotníci mají pro svoji práci přesně stanovené normy, které se musí dodržovat a současně se nesmí porušovat. Osvojování si role sestry vzhledem k povaze povolání nelze dostatečně kontrolovat. Navíc jsou sestry nuceny zastávat mnoho rolí, které často vykonávají v komplikovaných pracovních podmínkách. (Bartošíková, 2006)

1.2 Pracovní zátěže ve zdravotnictví

Práce ve zdravotnictví je zatížena především velkou mírou stresu. Jedná se o zátěže různého charakteru. Jednou z nejtěžších může být snaha o přizpůsobení se roli pomáhajícího. Velká či dokonce nadměrná zátěž zdravotníků má za následek častější chybování, nerozhodnost ve stresujících situacích, ale i zvyšování rizika pracovních úrazů a psychosomatických onemocnění, což může být důvodem k opuštění dané profese. Stres je ohrožujícím faktorem pro zdravotníky, nejen, že zhoršuje jejich zdravotní stav a produktivitu práce, ale mnozí si ho přenášejí i domů, kde ovlivňují celou rodinu. (Nešpor, 1995 in Bartošíková, 2006)

Pracovní podmínky mají vliv na míru pracovního stresu, který se odráží na psychosomatickém zdraví jedince. Stres na pracovišti je spojen s pracovní dobou a pracovní pozicí. Bylo prokázáno, že ženy v této souvislosti podléhají stresu snáze. (Peterson, 1999)

Obecně mohou být příčiny pracovního stresu rozděleny do následujících oblastí:

- *problémy související s rolemi, které jedinec zastává (konflikty rolí)*
- *nároky související s obsahem práce (pracovní zatížení a odpovědnost)*
- *organizace práce (potíže s komunikací, nejasné vymezení kompetencí a odpovědností)*
- *profesní perspektiva (nejasný kariérní řád, nevyužití kvalifikace)*
- *fyzikální prostředí (hluk, prach, teplota, bezpečnost práce)*

(Bartošíková, 2006, str. 9)

1.2.1 Zátěže v práci sestry

Zdravotní sestry tráví ve srovnání s ostatními zdravotnickými pracovníky většinu pracovního dne s pacientem. Při poskytování komplexní ošetrovatelské péče je v kontaktu s nemocným prakticky pořád. Stává se, že v případech těžké nemoci je ošetrovatelský personál bezradný, což vede k pocitům bezmoci a takový stav může na sestřích zanechat i psychické následky. Vděčnost pacientů a jejich rodin nemusí být

vždy úměrná vynaloženému úsilí, což může v sestrách vyvolávat pocit, že dělají něco špatně. (Bartošíková, 2006)

Jeden z výzkumů prováděný v našich podmínkách uvádí, že sestry pracující v trojsměnném provozu uvádějí poruchu spánku, oproti sestram v ambulantních zařízeních. Pozitivum práce v trojsměnném provozu je dle dalších výzkumných šetření sociální opora v pracovním kolektivu. Jádrem této opory je pravděpodobně zakryto v týmové práci, její vzájemné kontinuitě a provázanosti. (Bohutínská, 2005 in Bartošíková, 2006)

Studie prováděná na „University of Pennsylvania“, škole pro zdravotní sestry, zkoumala, zda délka práce neboli služby ovlivňuje pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření. Došli k závěru, že sestry, které pracují 10 hodin denně a více mají 2 krát větší pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření. Mimo jiné podotýkají, že 12 hodinové směny jsou běžnou praxí a že pracovat jen 3 dny v týdnu je jen zdánlivé zkvalitnění života, neboť to sestry nadměrně unavuje. (Stimpfel, Douglas a kol., 2011)

„Ústav zdravotnických informací a statistiky potvrzuje, že zdravotnictví v nemocech z povolání jednoznačně a dlouhodobě vede, navíc drtivou většinu postižených ve zdravotnictví představují ženy.“ (Bartošíková, 2006, str. 10)

Stresující jsou zejména profese, kde jsou kladeny vysoké nároky na kvalitu prováděné práce, dále odpovědnost a nasazení pro pracovní činnost. V dnešní době je jen zřídka možné, aby si zaměstnanec samostatně rozhodoval o tempu práce, její povaze, či podmínkách. Tyto faktory jsou předem dané a je na samotném jedinci, aby se s takové profesí přizpůsobil. (Bartošíková, 2006)

„Sestry se ve svém náročném a často stresujícím prostředí setkávají s celou řadou stresorů, které se dají z hlediska délky působení rozdělit na“:

- **krátkodobé stresory**, které mohou působit na sestru, např. záchrana života pacienta, ale mohou se týkat i samotného nemocného, např. akutní bolest atd.
- **dlouhodobé stresory**, u zdravotní sestry např. zodpovědnost za pacienty, u nemocných např. dlouhotrvající bolest. (Venglářová, 2011, str. 51)

Rozsáhlá studie prováděná ve 20 nemocnicích, na 40 odděleních v USA, které se zúčastnilo 820 sester a 621 pacientů se zaměřuje na vliv prostředí,

ve kterém sestry pracují, na jejich psychický komfort a na spokojenost pacientů. Spokojenost sester byla měřena pomocí Maslach Burnout Inventory dotazníku. Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí byla měřena pomocí Monica-Oberst testu spokojenosti pacientů. Ze studie vyplývá, že pacienti z oddělení, na kterých sestry vykazují spokojenost s pracovním prostředím, administrativním zázemím a spokojenost se vztahy s lékaři, vykazují více než dvojnásobnou spokojenost, než pacienti na odděleních, kde sestry spokojené nejsou. Na těchto odděleních je zaznamenána také mnohem větší míra výskytu syndromu vyhoření. (Vahey, Aiken, 2004)

1.2.2 Typy pracovní zátěže

Pracovní zátěže lze dělit dle působení na jednotlivé složky:

1) Zátěže fyzické, chemické, fyzikální:

- *statické zatížení (stání při práci a asistenci u lůžka, u výkonů, stání u vizity), zatížení svalového a kloubního systému*
- *dynamické zatížení (popocházení, vyřizování, přecházení mezi provozy)*
- *zatížení páteře (při zvedání pacientů, polohování, úpravy lůžka)*
- *setkávání se s nepříjemnými podněty (exkrementy, otevřené rány, nehojící se onemocnění, zápach, deformity, vyrážky)*
- *rizika infekce, narušení spánkového rytmu při směnování*
- *nedostatek klidu a času na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu*
- *kontakt s léky, dezinfekčními přípravky, pomůckami (rukavice)*
- *hluk, nesprávné osvětlení, vibrace, radiační záření (Bartošíková, 2006, str. 11)*

2) Zátěže psychické, emocionální, sociální:

- *neustálá pozornost, pečlivé sledování (stavu pacientů, přístrojů, instrukcí), rychlé přepojování mezi činnostmi*
- *pružné reagování na různorodé požadavky a změny, nároky na paměť*
- *velká zodpovědnost za výsledky (následky) své práce*
- *nutnost samostatného rozhodování při respektování daných pravidel*

- *nutnost rychlých rozhodnutí a účelného jednání i při nedostatku informací*
- *nutnost improvizace při nárazovém charakteru práce*
- *opakované setkávání se s lidmi v těžkých emočních stavech*
- *konfrontace s utrpením, bolestí, smrtí, vyrovnávání se s pocity bezmoci*
- *zacházení s intimitou druhého člověka, včetně překračování hranic (zavádění sond, aplikace klyzmatu, cévkování, aplikace injekcí)*
- *působení bolesti druhým lidem*
- *otázky týkající se velmi soukromých záležitostí pacientů a jejich rodin*
- *provádění řady činností, které běžně vzbuzují odpor*
- *opakované konfrontace s vlastními zážitky a postoji, nutnost přemýšlet i o svém životě, o svých hodnotách a postojích*
- *komunikace s příbuznými pacientů, konflikt rolí*
- *nízké ohodnocení náročné práce*
- *nároky na neustálé učení se a vzdělávání (Bartošíková, 2006, str. 11)*

1.2.3 Reakce na zátěž

Pokud se člověk ocitne v situaci ohrožení, má tendenci (často pouze podvědomou) reagovat bojem nebo útekem. Toto chování jsme zdělili po svých prapředcích z doby, kdy na správnosti vyhodnocení situace a rychlé reakci v mnohých případech závisel jejich život. Dnes již jde o jiné hodnoty, jakými může být např. zachování si cti nebo společenského postavení. V extrémních situacích se může také objevovat reakce typu zamrznutí, kdy jedinec zcela ztuhne. Z důvodu dobrých mravů zůstává mnoho reakcí na zátěž potlačeno, což způsobí lidskému organismu nepřiměřené napětí, které může být jednou z možných příčin obtíží. Dlouhodobé působení zátěže na člověka, byť mírné potom vede k trvalejším příznakům, které později mohou vyvolat různá onemocnění ze stresu. (Venglářová, 2011)

1.3 Stres

Definice stresu jsou různé (viz následující citace), ale lze v nich nalézt společné základní znaky:

- stres se projevuje na fyzické a psychické úrovni
- stres je reakcí na zátěžovou situaci
- stres je definován subjektivním prožíváním
- stres provází nepříjemné (a často velmi silné) emoce
- stres je běžnou součástí života; v malé míře může mít i pozitivní motivační efekt, ale dlouhodobý nadměrný stres způsobuje zdravotní, psychické i sociální problémy (Ptáček, Čeledová a kol., 2011)

„Stres je individuální odpověď na nadměrně zatěžující fyzické, emoční nebo intelektuální požadavky. Tělo je vybaveno k řešení krátkých zátěžových epizod, ale hladina stresu nad obvyklou normu může být pro duševní zdraví značně škodlivá.“ (Abeceda zdraví, 2005-2013)

„Stres je subjektivní prožitek. Proto neexistuje pro stres a přetíženost žádné měřítko, které bychom mohli považovat za závazné nebo objektivně ověřitelné. Naše osobnost, naše duševní a fyzická konstituce se mocně podílí na tom, jak zvládneme nejrůznější stresové faktory.“ (Kallwass, 2007, str. 107)

Pro stres je podstatné, že pokud se mu má čelit, tak musí být včas subjektivně rozpoznán a prožíván. V případě, že si člověk stresovou situaci nepřipouští, ačkoliv vědomě či nevědomě probíhá, tak k samotnému stresu ani nedochází. (Čírtková, 2000)

Stres může být ovšem považován za silnou frustraci, což je stav zklamání, zmaření, kdy se jedinci nedaří dosáhnout stanoveného cíle z důvodu různých překážek. Prakticky jde o dlouhodobé neuspokojování potřeb. (Venglářová, 2011)

Skutečný i pomyslný stres narušuje psychickou rovnováhu, což se projevuje změnami v chování a prožívání. Stres nelze chápat jen jako přítěž, v nižší míře může navyšovat odolnost organismu vůči zátěži. Škodlivý může být dlouhodobě působící stres, který vede k psychické zátěži a tím k poškozování zdraví jedince. Důležité je vědět, jak stres a jeho projevy zvládat a umět se s nimi vyrovnat. (Švingalová, 2006)

1.3.1 Historie stresu

Termín stres je původem z angl. slova „stress“ (zátěž, nápor, tlak) a znamená reakci organismu na zátěž, napětí, namáhání nebo tlak. Jedná se o biomedicínský a psychologický pojem, jež v nejširším slova smyslu vyjadřuje souhrnné označení pro typické fyzické (fyziologické) a psychické reakce na náročné životní situace, k nimž mohou patřit např. přetížení organismu, konflikty a frustrace. (Švingalová, 2006)

Za zakladatele učení o stresu a otce moderního výzkumu týkajícího se stresu je považován kanadský lékař maďarského původu (rodák z Komárna), autor řady knih a mnoha odborných článků, Hans Selye (1907 – 1982). (Venglářová, 2011)

Stres jako pojem poprvé použil v roce 1950 při charakteristice fyziologických projevů, kterými lidský organismus reaguje na nadměrné zatížení. H. Selye vymezil stres jako souhrn všech adaptačních reakcí člověka, které byly dle jeho názoru spouštěny neurčitou škodlivinou. (Vágnerová, 2004)

Jeden z nejvlivnějších psychologů v historii, Richard Stanley Lazarus ve své knize z roku 1999 v kapitole o teorii stresu uvádí, že stres přináší ohrožení pohody a zahrnuje nepřijatelné emoce. (Lazarus, 1999)

1.3.2 Vznik stresu

Německý psycholog S. Brockert uvádí vznik stresu tehdy, když žijeme svůj život v nesouladu se svými potřebami. Tím tedy dochází k tomu, že naše životní cíle mají jinou hodnotu než naše potřeby. (Brockert, 1993)

Podle Nakonečného dochází ke vzniku stresu, pokud působí na jedince dlouhodobě nadměrně silný podnět, nebo když se ocitne v nesnesitelné životní situaci, ve které setrvává delší dobu a nemůže se jí vyhnout. (Nakonečný, 1955)

U jedinců oslabených déle trvající nemocí nebo psychickou zátěží je riziko vzniku stresu podstatně větší, než u osob psychicky i fyzicky zdravých. Disponovanými osobami můžou být lidé s vyšším věkem či fyzickým vyčerpáním. (Švingalová, 2006)

1.3.3 Psychosomatický model stresu

V zátěžových situacích je stres vynuceným stavem či psychofyzickou reakcí na selhání adaptačních mechanismů. Jedná se o takové situace, kdy je kladen velký nárok na schopnost přizpůsobení se. Ve vztahu k psychogenním chorobám je třeba mít na mysli aktivní zpracování stresové situace. Tím se rozumí pojetí řešení problému tak, aby nedošlo k narušení duševní, resp. psychosomatické rovnováhy. Rozhodující tedy je vycházet ze zvládacích strategií stresu. Pokud jako řešení nepostačí diferencované vnímání, může jedinec zareagovat primitivnějším způsobem, který bývá emocionálně podložen. Takový způsob chování probíhá na biologické či tělesné úrovni. Nakonec nezbyvá než zátěžovou situaci odstranit útokem či útekem. Vnímání, stejně tak jako zvládání stresu a výběr strategie zvládání stresu je rozdílný, dle osobnostní charakteristiky. Tento faktor může být určujícím pro pochopení odlišnosti v reagování jedinců na zvládání stresových situací. (Bartošíková, 2006)

Osobnostní charakteristiky přispívající k rozvoji vyhoření:

- *Perfekcionalismus, vysoká disciplinovanost, idealismus*
- *Vysoká sebekritičnost, vysoká schopnost empatie, nízká flexibilita*
- *Nerozhodnost (Ptáček, Čeledová, 2011, str. 32)*

1.3.4 Dělení stresu

V předchozích kapitolách byl již stres definován různými způsoby, je možné tedy říci, že se jedná o zátěž jakéhokoliv druhu, ovlivňující bio-psycho-sociální systém člověka. Stresové životní situace mohou mít negativní vliv na zdraví jedince. (Baštecký, Šavlík, Šimek, 1993)

Základní dělení stresu:

- **Eustres** – jde o příjemnou či radostnou zátěž, o pozitivně emočně působící stres (radostné vzrušení, očekávání příjemné události, nadšení). Ovšem i tento stres může v silnější míře působit škodlivě.
- **Distres** – jde o negativně emočně působící stres. (Švingalová, 2006, str. 12)

Dělení stresu dle charakteru působících podnětů a složek osobnosti, které působí:

1) **Biologický stres:** činitelé mají fyzikální, chemickou či biologickou povahu, organismus odpovídá primárně biologicky, psychické reakce jsou následné a druhotné.

2) **Fyzický stres:** požadavky se týkají primárně svalové činnosti, organismus funguje jako zdroj energie. Pracovní fyziologie odlišuje práci dynamickou (kritériem je energetický výdej, stah a uvolnění svalu se střídá v trvání méně než 3 sekund), práci statickou (kritériem je podíl maximální síly kontrakce svalu, ke střídání stahu a uvolnění svalu dochází v době delší 3 sekund) a práci vykonávanou v nevhodné poloze těla. Svalová činnost se odráží v psychickém prožívání (percepce zátěže).

3) **Psychický stres:** proces primárně psychického zpracování a vyrovnávání se s požadavky životních a pracovních situací. Tělesné reakce jsou druhotné, vyvolávané psychickým procesem. V této oblasti lze odlišit tři druhy:

a) **Senzorický** - vyplývá z požadavků na činnost periferních smyslových orgánů a jim odpovídajících struktur centrálního nervového systému.

b) **Mentální** - vyplývá z požadavků na zpracování informací, kladoucích nároky na pozornost, paměť, představivost, myšlení a rozhodování.

c) **Emoční** - vyplývá ze situací a požadavků, vyvolávajících afektivní (citovou odezvu). (Hladký, Židková, 1999, s. 8)

1.3.5 Charakteristické znaky stresových situací

Situace, jež lze pojmenovat jako stresové, vykazují určité charakteristické znaky:

- **Pocit neovlivnitelnosti situace.** Pokud je jedinec přesvědčen, že daná situace nelze nijak ovlivnit, ani nelze zabránit tomu, aby vznikla, tak jí s největší pravděpodobností bude vnímat, jako stresovou. Prožitek stresu se pak snižuje nabytím přesvědčení, že se průběh určité situace dá ovlivnit.

- **Pocit nepředvídatelnosti vzniku stresové situace.** Některé stresové situace nelze předem předvídat, např. záplavy nebo jiné přírodní katastrofy, a tudíž se jedinec na takovou situaci nemůže připravit, což zvyšuje pocit stresového zatížení.

- **Pocit nevládnutelnosti situace, která klade subjektivně nepřiměřené nároky.** Jedná se o situace, kdy jedinec má čelit danému stavu, např. požadavky na určité profesi, šikana na pracovišti aj. Člověk ale nabývá přesvědčení, že danou situaci nezvládne.

- **Nepříjemný tlak okolností vyžadujících příliš mnoho změn.** Jestliže jsou kladeny příliš vysoké nároky na přizpůsobení se jedince, bývá v člověku vyvolán pocit dezorientace. Jedná se o situace, kdy se něco mění, např. přechod do jiné školy nebo zaměstnání. (Atkinsonová, 1995)

1.3.6 Stresory

Stresory jsou situace nebo činitele vyvolávající stres. Podněty takto působící mohou být různého charakteru (fyzikální, chemické, psychosociální). Jsou prožívány subjektivně a hodnoceny jako zátěžové. (Švingalová, 2006)

Stresory tvoří podle W. Jankeho (1971) tyto skupiny:

- *vnější stresory (hluk, sensorická deprivace, situace nebezpečí)*
- *překážky v uspokojení primárních potřeb (spánku, jídla, odpočinku)*
- *zátěže při výkonu (časová tíseň a nadměrné požadavky, ale i nízké požadavky spojené s monotónní prací)*
- *sociální stresory (sociální izolace, mezilidské konflikty a problémy)*
- *konflikty (nutkavé rozhodování, nejistota v pokusech o zvládnutí úkolů)*
(Nakonečný, 1998, str. 545)

Nejčastější stresory:

- **Fyzikální faktory** – *prudké světlo, nadměrný hluk, radiace, u zdravotníků např. zátěž při aplikaci cytostatik či při práci s rentgenovým zářením*
- **Fyziologické faktory** – *nedostatek pohybu, nevhodné stravování, nerespektování biologických rytmů, přetěžování páteře, cévního systému atd.*

- **Psychické faktory** – nároky související s obsahem práce (pracovní zatížení a odpovědnost za pacienty), absence pozitivního myšlení a vnitřního života, škola (zkoušky, termíny úkolů), nesplněná očekávání, věk
- **Sociální faktory** – osobní vztahy (konflikty, nevěra), organizace práce (potíže s komunikací), profesní perspektiva (nejasný kariérní řád, nevyužití kvalifikace)
- **Traumatické faktory** – události (narození dítěte, úmrtí, sňatek, rozvod, chronické onemocnění, ztráta zaměstnání, ztráta životní role)
- **Vznik stresu v dětském věku** – vystavení stresu v raném věku na nás může zanechat celoživotní následky, např. u týraných a zneužívaných dětí, alkoholismus rodičů, přílišná náročnost rodičů apod. (Venglářová, 2011, str. 52)

1.3.7 Salutory

Salutory jsou pozitivní životní faktory posilující člověka a pomáhající mu zvládnout stresové situace. V těžkých situacích jsou zdrojem nové síly. Jedná se např. o pochvalu nebo motivaci, ale i smysluplnost vykonávané profese. Stresory nám dodává život sám, ale o salutory se musíme postarat sami. Rovnováha mezi stresory a salutory je velmi důležitá, dalo by se říci, že kdyby byly tyto vlivy stále v rovnováze, nedocházelo by ke stresu. (Venglářová, 2011)

1.3.8 Symptomy stresu

Stres se může projevovat mnoha variabilními symptomy. Jedná se zejména o oblasti duševní a sociální. Nápaditým symptomem je změna v chování. Příznaky stresu a stres samotný se významně podílejí na vzniku řady psychických a psychosomatických onemocnění. Symptomatika stresu je individuální a často proměnlivá. Nejčastěji se setkáváme se symptomy v pořadí poruchy pozornosti, neschopností chápání a dezorientací. Dále se objevuje emoční vyčerpání a dochází ke vzniku reakcí na stres. Není výjimkou, že jsou přítomny i vegetativní příznaky jako je např. tachykardie, pocení, zčervenání a chvění. (Raboch, Pavlovský, 2003)

Dělení symptomů stresu:

- 1) **Behaviorální příznaky.** Jedná se o příznaky, které se projevují změnami v jednání a chování. Můžeme mezi ně zařadit nerozhodnost a změněný denní rytmus projevující se problémy se spánkem nebo pocity únavy. Dále mezi tyto symptomy patří neustálé stěžování si a změny ve vztahu k potravě týkající se nechutenství nebo naopak zvýšenou chutí k jídlu. Po pracovní stránce se jedná o sníženou pozornost, ztrátu motivace pracovat a postupně se zhoršující kvalitu vykonávané činnosti. (Venglářová, 2011)
- 2) **Psychické příznaky.** Jedná se o příznaky projevujícími se prudkými změnami nálady, kdy dochází k převratům velké radosti ve velkého smutku. Můžeme do této skupiny zařadit také zvýšenou podrážděnost a úzkostnost. Dále mezi tyto symptomy patří nadměrné pocity únavy a změna emocionálních postojů k druhým lidem, ale i sobě samému. (Venglářová, 2011)
- 3) **Fyziologické příznaky.** Jedná se o příznaky, do nichž řadíme bušení srdce a zvýšené svalové napětí. Dále se může jednat o bolesti hlavy, bolesti a pocity svírání za kostí hrudní a bolesti břicha. Mezi tyto symptomy se řadí ale i plynatost, průjem a nechutenství. Výraznějšími změnami mohou být poruchy menstruačního cyklu, nezájem o sex a impotence. (Venglářová, 2011)

1.3.9 Reakce na stres

Reakce člověka na stres jsou mnohotvárné a složité. Stres nemá vždycky jen negativní význam. Určitá míra stresu může být pozitivní ve smyslu aktivizace člověka. Řešením stresových situací a hledáním správných mechanismů, jak se s danou situací vyrovnat jedince obohacuje a rozvíjí jeho možnosti. V neposlední řadě překonání zátěže mimo jiné posiluje sebedůvěru. Stresové situace někteří mohou dokonce úmyslně vyhledávat pro dobrý pocit, navozený vyplavováním hormonů štěstí neboli endorfinů do mozku. (Vágnerová, 2004)

Reakce na zátěž jsou tedy vyvolány, pokud na nás daná situace působí nepříjemně. Když některý ze stresorů budeme pocítovat jako ohrožující nebo propadneme situaci a nabudeme přesvědčení, že situace nelze zvládnout. Také zde existují pochopitelně určité hranice, jestliže je jedinec dlouhodobě vystavován stresovým situacím a je jich na něj příliš, tak může podlehnout stresu, i přes to, že se jindy se zátěžovými situacemi vyrovnával dobře. Stresory působící na člověka dlouhodobě a nepřetržitě vyvolávají tzv. chronický stres, kdy se člověk nestačí se zátěží ani vyrovnat a hned přichází nová. (Stock, 2010)

Jedinec zvládající běžně stresové situace s nadhledem se může také dostat do stresu. Za tuto skutečnost může tzv. berout, nevytíženost neboli syndrom nudy, který se vyskytuje zejména u jedinců, kteří jsou znuďený a málo motivovaní. Jen jistá dávka stresu u nich vyvolá motivaci a jejich pracovní výsledky se zlepšují. Pokud ale dojde k nadměrnému zatížení, tak jejich výkon opět klesá. Z uvedeného vyplývá, že je prakticky nezbytné udržovat rovnováhu mezi vnitřním napětím, aktivací a vzrušením. Tím lze dosáhnout efektivní a kvalitní práce a současně se vyhnout syndromu vyhoření, ale i syndromu nudy. (Stock, 2010)

1.3.10 Strategie zvládání stresu

Jedním z nejvýznamnějších témat psychohygieny je prevence a zvládání stresu, angl. coping. Každý upřednostňuje jiné způsoby zvládání stresu, a proto i v této oblasti lze hovořit o individualitě. (Švingalová, 2006)

Neexistuje žádný postup ani návod, jak jednoznačně překonat stres, který by fungoval u všech stejně, neboť každý člověk je individuální. Obecně lze rozlišit strategie zvládání stresu dvojího druhu: (Venglářová, 2011)

Postupy zaměřené na řešení či odstranění problému: Jde o nalezení způsobu či vyvinutí vlastní aktivity řešící problém. Patří sem např. odstranění toho, co nám působí obavy a strach, likvidování stresových vlivů aj. (Venglářová, 2011)

Postupy zaměřené na zvládnutí emocí: V tomto případě je klíčové zklidnění prožívaných emocí. Nutností a cílem je udržení vnitřní rovnováhy organismu. Jedná se např. o uklidňování se blízké osoby, vypovídání se, vyplakání se, schování se někam

neboli útěk. Později v době dospívání se již objevují složitější strategie zvládání stresu, kterými mohou být relaxační postupy. (Venglářová, 2011)

„Cílem všech strategií zvládání stresu je zachování nebo znovuoobnovení psychické i fyzické rovnováhy jedince.“ (Švingalová, 2006, str. 26)

Druhy relaxace:

- **SPONTÁNNÍ RELAXACE** - Tento druh relaxace probíhá nevědomě. Lze tvrdit, že všichni provádíme samovolně tuto relaxaci. Dochází k ní např. při spánku nebo odpočinku. V tomto případě ale musí odpočinek spánku předcházet, neboť bez dostatečného uvolnění nedojde k poklesu tenze. (Venglářová, 2011)
- **DIFERENCOVANÁ RELAXACE** - Diferencovaná nebo také částečná relaxace znamená uvolnění některých částí těla, zatímco jiné části mohou být aktivní. Jde o záměrnou, vůlí ovlivnitelnou relaxaci. Dochází k ní kdykoliv během dne v osobním životě i v práci. Nejjednodušší záměrnou relaxací je procházka, kdy může dojít k uvolnění rukou a obličeje. (Venglářová, 2011)
- **BLESKOVÉ RELAXAČNÍ TECHNIKY** - Jedná se o relaxační postupy, kdy během několika minut může dojít k uvolnění. Tento postup může být použit, když nás přepadne velká únava a my nemáme dostatek času na dlouhodobý odpočinek. Relaxace spočívá v tom, že postupně dáváme impulzy jednotlivým částem těla, aby se uvolnili. Patří sem relaxace pomocí správného dýchání, relaxace za pomoci vody a akupresurní cvičení. (Venglářová, 2011)
- **RELAXAČNÍ KONCENTRAČNÍ METODY** - Řízení pohybu a aktivit vychází z našeho mozku, který je v dnešní moderní a uspěchané době stále více přetěžován a vystavován nadměrnému stresu. Relaxační techniky proto patří neodmyslitelně k našemu životu. (Venglářová, 2011)
 - 1) **MEDITACE** - Meditace je relaxační technika péče o zdraví a to jak fyzické, tak i duševní. Meditací lze dosáhnout optimálního duševního pohody. Léčebná meditace napomáhá udržovat a regenerovat psychické i fyzické síly. Jedná se o propojování energií těla. Dochází k uvolnění myšlení a cítění, čímž je navozen vnitřní klid a trvalé odstranění fyzických i psychických obtíží. (LékařiOnline.cz, 2006-2013)

- 2) **IMAGINACE** - Imaginace je metodou pracující s představivostí, která je zaktivizována v relaxovaném stavu. Pracuje s duševní energií, čímž přispívá k sebepoznání. Prováděním imaginace lze dosáhnout větší sebejistoty a rozvoji osobnosti. (Psychoterapie Kolín, 2013)
- 3) **SCHULTZŮV AUTOGENNÍ TRÉNINK (AT)**- Autogenní trénink je relaxační metoda využívající představivost k navození určitého tělesného stavu. Jedná se o techniku, kdy jedinec působí sám na sebe. Pokud je prováděna pravidelně může přispět k odstranění napětí. Při AT se doporučuje použití polohy např. vleže na zádech, kde ruce jsou na šíři dlaně podél těla a v loktech mírně pokrčené. Nohy by měly být od sebe se špičkami vytočenými ven. (Venglářová, 2011)
- 4) **JACOBSONOVA PROGRESIVNÍ RELAXACE** - Tato relaxační metoda při správném provádění může být velmi účinným zdrojem autoregulace. Jacobsonova progresivní relaxace je adekvátní metodou k postupnému odstranění nebo zmírnění zvýšeného napětí, které bývá vyvoláno aktivním stažením svalů, což je projevem duševní tísně. Celé cvičení spočívá v opakování předem daných pohybů, dle instrukcí toho, kdo danou relaxaci vede. (Míček, 1976)

Další možnosti relaxace:

Mimo uvedené relaxační techniky lze využít ještě těchto technik:

- **AROMATERAPIE** - Aromaterapie pochází z egyptské tradice a doslovně se jedná o léčbu vůní. Používají se při ní zaručeně neředěné přírodní vonné látky z rostlin, tzv. éterické oleje. Jejich léčebné účinky jsou různé, např. levandule má účinek zklidňující, tymián aktivuje a citrónový olej rozjasňuje náladu. (Venglářová, 2011)
- **ARTETERAPIE** - Arteterapie je jedna z psychoterapeutických postupů využívající kresbu jako způsob relaxace. Velké využití má v psychiatrii, kde je nápomocná při snaze porozumět snům a při překonávání strachu. (Venglářová, 2011)

- **MUZIKOTERAPIE** - Muzikoterapie využívá harmonizujících a léčebných účinků hudby. A to nejen k poslechu, ale i k pohybu. Hudba je prospěšné především, když se svým rytmem přibližuje rytmům těla jako je např. dýchání. Nejúčinnější jsou pomalé, barokní skladby od Bacha nebo Telemanna. (Venglářová, 2011)
- **RELAXACE PROSTŘEDNICTVÍM BAREV** - Relaxace prostřednictvím barev pracuje s předpokladem, že každá barva vyzařuje určitý druh energie. V moderní terapii barvami se používají světelné lampy a barevné filtry. Velký význam na psychiku nemocných v léčebných zařízeních má ale i malba stěn a barva oblečení personálu. (Venglářová, 2011)
- **AKUPUNKTURA** - Akupunktura je jedna z pomocných léčebných metod. Původem je tato relaxační technika pracující s akupresurními body na povrchu lidského těla z Číny. Je indikována ke zvládnutí stresu a celkovému uvolnění. Je založena na principu vpichování jehliček do určitých míst v kůži. (Venglářová, 2011)
- **TAI – CHI** - Tato metoda pochází též z Číny. Jedná se o relaxační cvičení, resp. léčbu pohybem. Je indikováno ke zklidnění mysli a příznivě působí na pohybový aparát. Tai-Chi je typické měkkými, harmonickými a stejnoměrnými pohyby. (Venglářová, 2011)
- **BIOLOGICKÁ ZPĚTNÁ VAZBA – BIOFEEDBACK** - Jedná se o relaxační metodu s možností zpětné vazby, kde zjistíme informace o tom, co se u sledovaného jedince po fyziologické stránce děje. K provedení této metody se používá přístroj, který zaznamenává fyziologické pochody. Tato metoda se používá zejména u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí a měla by vést k lepšímu soustředění. (Venglářová, 2011)

Podmínky úspěšné relaxace:

- *klidné prostředí, čerstvý vzduch, pohodlné oblečení*
- *dostatek času na každodenní relaxaci, umět se soustředit*
- *správná poloha, správné dýchání (klidné, rytmické)*
- *dostatečné svalové uvolnění*

- *trpělivost a pravidelnost* (Venglářová, 2011, str. 65)

Mezi neefektivní strategie zvládnání stresu lze zařadit několik schémat charakteristického chování. Dané chování může mít pro jedince negativní až fatální následky.

Užívání návykových látek - Užívání návykových látek lze hodnotit jako rizikové chování. Vzhledem k tomu, že návykové látky jedince stimulují, je tabák i káva zátěží organismu na úrovni kardiovaskulárního systému. Podobným způsobem může působit i alkohol. Pro zdravotníky je skryto velké riziko i v lécích, i přes to, že nežádoucí účinky jim jsou známi je nadužívání těchto látek problémem právě této profese. (Venglářová, 2011)

Úniky - Vyhýbání se nebo útěk před pracovními povinnostmi je krátkodobou strategií zvládnání stresu. Tato metoda nepřináší ani rozumné řešení situace. Pracovní zátěž ani jiné problémy se nedají vyřešit tím, že před nimi utečeme. (Venglářová, 2011)

Agrese - Agrese je metodou, která ve svém závěru naopak stresovou situaci ještě zhorší, když v počáteční fázi to tak vypadat nemusí. Agresí ani obviňováním všech lidí kolem sebe nic nezlepšíme, dokonce se může stát, že takovým jednáním svojí rodinu i blízké od sebe odeženeme a zůstaneme na všechno sami. (Venglářová, 2011)

1.3.11 Vztah mezi stresem a zdravotním stavem

Nemoc je ve většině případů způsobena souhrou více faktorů, mezi kterými může být i stres. Na člověka v průběhu života působí mnoho stresorů, můžou to být těžké životní situace, ale i malé denní starosti. Ovšem ne každý, kdo prožívá stres nebo jeho symptomy musí onemocnět. Jedna z nejrozsáhlejších provedených studií byla věnována vlivu stresu v zaměstnání na celkový zdravotní stav. Stres v zaměstnání byl vymezen na zážitek situací, kdy je jedinci naložena mimořádná odpovědnost, avšak k provádění potřebných činností nemá dostatečné kompetence. Lidé, kteří zažívali takovéto pracovní situace byly postiženi o 70% větší úmrtností. Pokud se tento stav kombinoval s dalšími stresujícími faktory, tak se nebezpečí až čtyřikrát zvyšovalo. Docházelo tedy k tzv. synergickému jevu. (Křivohlavý, 2001)

Synergický jev představuje situaci, která je souhrou několika faktorů působících souběžně na lidský organismus. Vzniklý jev je potom výraznější než by se dalo očekávat na podkladě působících podnětů. Synergický jev se ukazuje v mnoha nemocích, zejména v oblasti psychické. Je tedy nezbytné, aby se každý pokud možno působení takového jevu vyhýbal. V zaměstnání jsou pro synergický jev v mnoha případech ideální podmínky. Jedná se např. o pracovní kolektiv, ve kterém by se měla skrývat mimo jiné sociální opora a o dobré mezilidské vztahy. (Křivohlavý, 2001)

1.4 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření, angl. burnout, původně burn-out, dříve u nás překládaný jako syndrom vyhaslosti či vypálení, vzniká dlouhodobým působením stresových situací, které jsou zátěžové a emocionálně náročné. Nejčastěji se s ním setkáváme při práci s lidmi v tzv. pomáhajících profesích. Syndrom vyhoření je úzce spojován se zátěží a stresem. Podmínkou jeho vzniku je kombinace subjektivních a objektivních příčin. Typickým příkladem je opakovaný negativní zážitek pracovníka související s náplní práce, která je pro něj nepříjemná, ve spojení s nedostatečným efektem a oceněním. (Bartošíková, 2006)

Syndrom vyhoření není jen jediná událost, ale jedná se o dlouhodobý proces, ve kterém každodenní stresy a úzkosti postupně narušují duševní i fyzické zdraví pomáhajícího. Syndrom vyhoření je již dlouho považován za klíčovou otázku v roli pomáhajících, přesto je poměrně málo známo, jaká opatření mohou být přijata k zabránění vzniku nebo zmírnění příznaků. (Imcares, 2006)

Jedná se o dlouhodobý proces, který začíná již při nástupu do pomáhající profese, kdy je člověk plný očekávání a nadšení. Ovšem zárodky tohoto jevu mohou být už v osobnosti pomáhajícího, ve schopnosti čelit stresu a zvládnání jeho projevů. Vyhoření má za následek zhoršování kvality vykonávané profese a s ní spojených činností. Postihuje především profese, které jsou charakterizovány kontaktem s lidmi, vysokou náročností a nízkým ohodnocením, což jsou bezesporu zdravotníci, ale i

sociálních pracovníci, učitelé a soudci. Dále jím mohou být ohroženi policisté, duchovní apod. (Bartošíková, 2006)

„V průběhu více než 30 let výzkumu syndromu vyhoření se objevila ve světové literatuře řada pojetí a vymezení, jež se často v různých aspektech vzájemně liší. Lze však konstatovat, že většina pojetí se shoduje alespoň v následujících bodech“:

- 1) Jde tu především o psychický stav, prožitek vyčerpání.*
- 2) Vyskytuje se zvláště u profesí, obsahující jako podstatnou složku pracovní náplně „práci s lidmi“*
- 3) Tvoří jej řada symptomů především v oblasti psychické, částečně však též v oblasti fyzické a sociální*
- 4) Klíčovou složkou syndromu vyhoření je zřejmě emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a „opotřebení“ a často i celková únava.*
- 5) Všechny hlavní složky tohoto syndromu resultují z chronického stresu.*

(Bartošíková, 2006, str. 23)

Psycholog Schmidbauer vytvořil pojem syndrom pomáhajících, který popsal, jako narcistickou poruchu. Domnívá se, že člověk, který si svobodně a účelně vybral pomáhající profesi, se ve většině případů pokouší, byť nevědomě, ale přeci řešit své rané trauma odmítnutého dítěte. Takový jedinec touží po uznání a po empatickém porozumění. Touha po vděčnosti a obdivné lásce je čím dál větší, čímž může vlivem nedorozumění dojít k nesplnění očekávání. Pomáhající profese bývají morálně náročné. Základním prvkem pomáhajících profesí je osobnost samotného pomáhajícího. U lidí na pozicích pomáhajícího se podstatně častěji vyskytují neurotické konflikty a osobnostní poruchy než v celkové populaci. Problematikou syndromu vyhoření se již několik desetiletí zabývá řada psychoanalytiků. (Schmidbauer, 2000)

„Podle ICD (Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace WHO) je vyhoření zařazeno do doplňkové kategorie diagnóz a není tedy klasifikováno jako nemoc. Je zde ale uvedena jiná, již mnoho let známá diagnóza, neurastenie, jež se také vyznačuje stavy únavy a vyčerpání, ovšem symptomy, které jsou typické pro syndrom vyhoření, pokrývá jen částečně.“ (Stock, 2010, str. 14)

„Hartl, Hartlová (2000) popisují syndrom vyhoření jako ztrátu profesního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka některé z pomáhajících profesí. Nejčastěji je spojen se ztrátou činnosti a poslání. Projevuje se pocíty zklamání, hořkosti při hodnocení

minulosti. Postižený ztrácí zájem o svou práci, spokojuje se s každodenním stereotypem, rutinou, nevidí důvod pro další sebevzdělávání a osobní růst. Snaží se pouze přežít, nemít problémy.“ (Švingalová, 2006, str. 48)

„Slovník sociální práce (2003) charakterizuje syndrom vyhoření jako soubor příznaků vyskytujících se u pracovníků pomáhajících profesí odvozený z dlouhodobé nekompenzované zátěže, kterou přináší práce s lidmi. Je to stav psychického, někdy i celkového vyčerpání doprovázený pocity beznaděje, obavami, případně i zlostí. Pracovní motivace klesá, výkon se zhoršuje, snižuje se sebevědomí. V chování ke klientům je patrný zvětšující se odstup, důraz na pravidla a disciplínu, na formální stránky programů, na racionalitu, někdy se vyskytují i vysloveně odmítavé nebo negativní postoje.“ (Švingalová, 2006, str. 48)

Burnout je i zahraničními autory definován jako fyzické a emocionální vyčerpání zahrnující negativní pracovní postoje a špatný profesionální koncept. Je popisována apatie, odcizení, nespokojenost a odosobnění. Zahrnuje komplexní souhru osobní, pracovní, a organizační kultury. Burnout není ostuda. Je to běžný jev a je s největší pravděpodobností způsoben stresujícím povoláním, kterým může být např. ošetrovatelství. (Douglass, 1996)

1.4.1 Historie syndromu vyhoření

Původně se termín burnout používal pro označení stavu alkoholiků, kteří ve svém životě měli zájem jen o alkohol. Později sloužil pro označení toxikomanů, kteří měli zájem jen o získání a užití drogy a všechno ostatní jim bylo lhostejné. Dále tento pojem našel uplatnění u lidí, kteří měli zájem jen o svou práci. Vzniklé těžkosti a neúspěch měly za následek stranění lidí, deprese a únavu. Ale také celkovou vyčerpanost a osamění. (Křivohlavý, 1998)

Jako první začal termín burnout, syndromu vyhaslosti či vyhoření používat H. J. Freudenberger. Poprvé byl definován v USA v letech 1974 – 1975. Postupem času se vyhoření stalo jedním z nejkoumanějších témat při studiu ovlivňování psychiky člověka pracovním stresem. (Bartošíková, 2006)

Od těchto dob a zejména v 80. letech byl tento fenomén mnoha autory definován a dodnes není jeho pojetí zcela ustáleno. Je možné se setkat s vymezením syndromu

vyhoření, vyhaslosti jako se specifickou a stabilní osobnostní vlastností. V jiných případech je popisován jako rovnocenný termín pojmům, jakými jsou např. odcizení, deprese nebo úzkost. Obecně lze říci, že syndrom vyhoření je stav úplného fyzického i psychického vyčerpání, které je důsledkem dlouhodobého nadměrného působení zátěžových situací. (Mlčák, 2002 in Bartošíková, 2006)

1.4.2 Fáze syndromu vyhoření

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

Fázový model podle Edelwiche a Brodského:

- **IDEALISTICKÉ NADŠENÍ** - Většina vědeckých modelů týkajících se problematiky syndromu vyhoření vychází z typického příkladu jedince pracujícího zpočátku své profese s nadprůměrným nasazením. Velké ideály a představy bývají v rozporu s nereálnými nároky, které jsou na pracovníky vykonávající pomáhající profese kladeny a které požaduje i on sám od sebe i svého okolí. Takový člověk často přeceňuje své síly a neustále z něj vyzařuje bezmezný optimismus. V této fázi se stává, že se jedinec natolik ztotožní se svou profesí a před okolním světem se uzavírá. Jsou i tací jedinci, kteří se do své práce natolik ponoří, že jen v zaměstnání nabývají pocitu sebeuspokojení. I zde je důležité myslet na vyváženost pracovní zátěže a odpovídající kompenzace. (Stock, 2010)
- **STAGNACE** - V této fázi se jedinec začíná vyrovnávat s realitou a dochází k přehodnocování stanovených ideálů. Je v situaci, kdy stále vykonává svoji profesi, která již pro něj není tak atraktivní, vzhledem k prožitým zklamáním. Začíná se zajímat o skutečnosti jako je plat a kariérní růst, které pro něj dříve byly nedůležitými. Celý život člověka v této fázi syndromu vyhoření se

omezuje jen na práci a v rodinném životě se vyskytují první trhliny. Na takovémto jedinci ještě nejsou pozorovatelné žádné známky onemocnění. (Stock, 2010)

- **FRUSTRACE** - Postupem času nabývá zaměstnanec v pomáhajících profesích domnění, že jeho možnosti jsou vlastně velmi omezené. Uvědomuje si, že jeho snažení je zbytečné a cítí se být bezmocný. Přemýšlí nad výsledky své práce, které mu nepřinášejí uspokojení. Jeho problémy s nadřízenými a nedostatkem uznání ze strany klientů se stupňují. Zklamání z pomáhající profese se tedy navyšuje. Dochází k uvědomění si, že to co by chtěl dělat, je v rozporu s tím, co dělat může, co je v jeho kompetencích. (Stock, 2010)
- **APATIE** - V této fázi nastupuje vnitřní rezignace, jakožto obranná reakce proti předchozímu stádiu, tedy frustraci neboli opakovanému neuspokojování potřeb a zklamání. Jedinec začíná plnit jen ty povinnosti, které jsou nezbytně nutné, neboť se jeho profese stává jen zdrojem zklamání. Vše se snaží udělat velmi rychle a kontaktům s klienty se snaží vyhýbat. Nadšení, které pracovník prožíval v první fázi syndromu vyhoření se zcela vytrácí. Nastupují pocity zoufalství způsobené nedostatkem možností dalšího uplatnění. (Stock, 2010)

Čtyřfázový model C. Maslachové:

1. *f. – nadšení, kde v popředí jsou ideály, zaujetí a dochází k přetěžování se*
2. *f. – vyčerpání, jak psychické, tak fyzické*
3. *f. – dehumanizované vnímání sociálního okolí, odcizení, obranné postoje*
4. *f. – vyčerpání, negativismus, lhostejnost*

(Bartošíková, 2006, str. 29)

Třífázový model vyhoření dle Kopřivy, 1997:

- **ZTRÁTA IDEÁLŮ** - Na počátku vykonávání pomáhající profese se objevuje nadšení, které se postupem času vytrácí na podkladě přicházejících zklamání. Jedinec začíná postrádat smysl své práce společně s důvěrou ve vlastní schopnosti. (Bartošíková, 2006)

- **WORKOHOLISMUS** - V této fázi člověk úplně propadá své profesi a na práci si vytváří závislost. Tato nutnost stále vykonávat svojí profesi není spojena s pracovitostí, nýbrž s nutkavou vnitřní potřebou neustále pracovat a tím utéci před ostatními problémy. Takovýto člověk pak stále intenzivněji pracuje s vysokým osobním nasazením, kde na odpočinek nezbyvá ani pomyšlení. Tímto způsobem se pak pracovník snadno přivede do stavu vyhoření. Problém spočívá v tom, že místo správné léčby přichází další hektická činnost. (Bartošíková, 2006)
- **TEROR PŘÍLEŽITOSTI** - I zde dochází k vlastnímu neuspokojování potřeb velmi aktivních lidí. Jedinec má dostatek práce, resp. více než dost práce, která mu stále přibývá a on jí nestíhá a nezvládá vykonat. Tento fakt není způsoben tím, že by zadané činnosti tak pomalu ubývali, ale tím, že se stále přidávají další, které představují vhodné možnosti, jak na předchozí úkol navázat. Později člověk nabývá úsudku, že splnit všechny rozpracované činnosti zabere prakticky veškerý čas a energii. (Bartošíková, 2006)

1.4.3 Příčiny vzniku syndromu vyhoření

Hlavní příčinou vzniku syndromu vyhoření je dlouhodobé a intenzivní působení stresu na lidský organismus. Při dlouhodobé zátěži, kdy výdej energie je podstatně vyšší než její příjem, dochází k tomu, že veškerý zbytek energie je použit na vlastní obranu. Pracovník vykonávající pomáhající profesi se v dnešní době, která netoleruje únavu, snaží za účelem splnění očekávání skrývat svoji vyčerpanost, což postupem času vede k vyhoření. (Haškovcová, 2000 in Bartošíková, 2006)

Pracovní cíl pomáhajících profesí a zejména zdravotních sester není úplně jednoznačný. Charakteristikou takové profese bývá poskytování pomoci, kde zpětná vazba je často nedostatečná. Výsledky profesionální činnosti pomáhajících jsou málo zjevné a neměřitelné. Skutečná hodnota vykonané práce je ve své podstatě nekvantifikovatelná a jen těžko vyčíslitelná. Nezbyvá než pracovní úspěch měřit morálními a duchovními hodnotami. (Beňo, 2004 in Bartošíková, 2006)

Stock, 2010 uvádí, že pokud je někdo vystaven nadměrné zátěži bez vlastního přičinění, tedy výhradně následkem působení vnějších podmínek, pak hovoříme o tzv. opotřebením, angl. wearout. (Stock, 2010)

Vnitřní situaci lidí se syndromem pomáhajících lze popsat jedním obrazem: zanedbané, hladové dítě za nádhernou, pevnou fasádou. Syndrom pomáhajících se projevuje zvláště zřetelně právě v tom, že slabost a bezmoc, otevřené doznání emocionálních problémů se přijímá a podporuje jen u druhých, zatímco vlastní obraz sebe musí naopak za každou cenu zůstat prostý takových „skvrn.“ (Schmidbauer, 2000, str. 16)

Někdo má dostatečně vhodné osobnostní charakteristiky a vyrovnání se zátěžovou situací mu nečiní problémy. Jiní lidé to mohou mít naopak a sebemenší zátěž u nich může vyvolat stres. Bartošíková, 2006 uvádí následující příčiny vedoucí ke vzniku syndromu vyhoření:

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

(Bartošíková, 2006, str. 19)

1.4.4 Pracovní podmínky vedoucí k vyhoření

Nejčastěji pocházejí příčiny vedoucí ke vzniku syndromu vyhoření z pracovní oblasti. Jedná se o náročné pracovní podmínky, soutěživé prostředí, strach o svojí pozici a další faktory, které mohou vést ke stresu. (Stock, 2010)

Nejvyšší riziko vzniku syndromu vyhoření se tedy objevuje na pracovištích, kde výdej převažuje nad příjmem. Dále tam, kde zaměstnanci vykonávají svoji profesi s příliš velkým nasazením a nedostává se jim dostatečného uznání ani ocenění. Profese pomáhajících může svým způsobem energii i dodávat v podobě uznání nebo pochvaly. Důležitou roli v otázce syndromu vyhoření hraje též smysl práce. Pokud se práce daří a zaměstnanec je dostatečně motivován může být bilance vynaložené a přijaté energie v rovnováze. (Kopřiva, 1997 in Bartošíková, 2006)

„Hartl, Hartlová (2000) upozorňují, že zvláště rychle může k syndromu vyhoření docházet u personálu pracujícího na jednotkách intenzivní péče a v zařízeních typu hospic, kde již neexistuje naděje na vyléčení a je pocíťována jen malá gratifikace z práce.“ (Švingalová, 2006, str. 52)

Mnoho z provedených výzkumů v oblasti psychologie potvrzuje, že lidé mající širší pole působnosti ve své profesi, uvádí i vyšší smysl své práce. Můžeme říci, že takové zaměstnance jejich práce baví. Naopak pokud je někdo neustále kontrolován, cítí se být spíše nespokojený. Je nezbytné, aby vedoucí pracovníci byli dobrými manažery a svým podřízeným dávali v rámci možností dostatek volnosti pro vykonávání dané profese. Jedna z pracovních podmínek vedoucích k vyhoření je **nedostatek samostatnosti**. (Stock, 2010)

V dalších průzkumech týkajících se tentokrát motivace bylo zjištěno, že pokud lidé nejsou za svůj výkon dostatečně oceněni, klesá jejich motivace pro vykonávanou profesi. Samozřejmě se nejedná jen o finanční ohodnocení, ale také o pocit, že si jejich práce někdo váží. I profese pomáhajících by měla být nastavena tak, aby umožňovala jedinci nadále se rozvíjet a zdokonalovat. V případě, že tomu tak není, dochází postupně k navyšování pocitu zklamání, což je dalším faktorem ovlivňující vznik syndromu vyhoření. Další faktor, který vede k burnout syndromu, lze charakterizovat jako **nedostatek uznání**. (Stock, 2010)

Je jednoznačné, že ve své podstatě trávíme více času ve svém zaměstnání se svými kolegy než s rodinou a přáteli. Proto je důležité, abychom se v pracovním kolektivu cítili dobře, což nemusí být snadné, pokud se jedná o kolektiv zaměstnanců, kteří jsou nepřátelští a odměření. V pracovním týmu, kde vládne závist a kolegiální je postrádána, se výrazně snižuje výkonnost. Pokud se zaměstnanci v jednom kolektivu nezvládají vzájemně podpořit, může to vyvolávat pocit ohrožení, který následně vede ke stresové situaci. Vyváženou spolupráci umožňuje jen stálý a výkonný kolektiv s převládající vzájemnou důvěrou a s dobrými mezilidskými vztahy. **Špatný kolektiv** lze zařadit do faktorů, které vedou k vyhoření. (Stock, 2010)

Nespravedlnost. Každý člověk se určitě někdy ve svém životě cítil být nespravedlivě potrestán, či souzen nebo byl svědkem, kdy se obětí nespravedlnosti stal někdo jiný. Všichni máme své slabé i silné stránky, které se projevují mnohdy i v situacích, kdy se nám to moc nehodí. Nadřizení pracovníci by o tomto měli vědět své a situace, kdy se někomu nedaří a jindy ano zohlednit do celkového hodnocení pracovníka. Rozhodně by nemělo docházet k podceňování nebo diskriminaci určitého jedince, neboť i taková situace, kdy ostatní zaměstnanci přihlíží, by mohla ovlivnit pracovní prostředí. (Stock, 2010)

Každý jedinec musí být motivován, aby byl schopný dobře vykonávat svoji práci. Takovou motivací se potom stávají hodnoty, což jsou ve své podstatě priority, které má každý člověk trochu jinak nastavené. Tyto hodnoty by měli dávat smysl našemu životu. Pokud nabudete přesvědčení, že mezi vašimi osobními hodnotami a těmi pracovními existuje jistý nesoulad, může se stát, že se brzy dostaví odcizení, což je jeden z hlavních příznaků procesu vyhoření. **Konflikt hodnot** vede k syndromu vyhoření. (Stock, 2010)

1.4.5 Rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření

Mezi základní rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření patří stres, který z hlediska pomáhajících profesí zahrnuje zvýšenou pracovní zátěž. Stres zažíváme v okamžiku, kdy jsou na nás kladeny subjektivně nezvladatelné nároky, což je dosti variabilní a individuální. Nadměrné zatěžování lidského organismu potom může vyvolat vznik burnout syndromu. Vyčerpání je faktorem, který může být zesilovačem vyhoření

nebo jeho důsledkem. Vyčerpaný jedinec musí na provedení stejných činností vynaložit mnohem více energie, což urychluje proces vyhoření. Dalo by se říci, že jde o začarovaný kruh. Správným a jediným řešením takovéto situace je prevence spočívající ve zvyšování odolnosti vůči stresu. (Stock, 2010)

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

Nižší riziko vzniku syndromu vyhoření je u jedinců:

- *s dobrou sociální oporou jak na pracovišti, tak v osobním životě*
- *dostatečně asertivních*
- *schopných organizovat svůj čas, oddělit pracovní a mimopracovní život*
- *schopných odpočívat, ovlivňujících charakter a pestrost své práce*
- *optimistických a spokojených se svým životem, s pocitem osobní pohody, pozitivně emočně laděných*
- *s přiměřenou sebedůvěrou a sebehodnocením*
- *s pocitem adekvátního společenského a ekonomického uznání své profese*
- *vrozeně odolných vůči stresu (Švingalová, 2006, str. 52)*

Vyšší riziko vzniku syndromu vyhoření souvisí už se samotným životem v dnešní společnosti. Většina lidí žije pod časovým tlakem a k tomu je od nich požadováno čím dál více kvalitních výkonů. Nehledě na to, že doba produktivního věku stoupá a tak každý musí pracovat déle. Nároky na adaptaci se také zvyšují a dochází k prudkému technickému rozvoji. (Švingalová, 2006)

Vyšší riziko vzniku syndromu vyhoření je u jedinců:

- *kteří mají dlouhodobý a intenzivní kontakt s jinými osobami – klienty, pacienty, žáky, zákazníky ...*
- *s nedostatečnými sociálními oporami a zázemím*

- *pracujících původně s vysokým nasazením, idealistických*
- *původně velmi obětavých, s vysokou mírou empatie*
- *málo asertivních, soutěživých*
- *zodpovědných, pečlivých až pedantských, perfekcionistických*
- *neschopných relaxace*
- *zatížených navíc mimopracovními náročnými situacemi*
- *žijících pod časovým tlakem*
- *málo sebevědomých, s nízkým sebehodnocením*
- *úzkostných, depresivně laděných*
- *považujících svou profesi za společensky podceňovanou*
- *trpících syndromem pomáhajících (Švingalová, 2006, str. 54)*

1.4.6 Příznaky syndromu vyhoření

Příznaky syndromu vyhoření mohou často poukazovat i na jiné duševní poruchy, čímž dochází k tomu, že tento proces není vždy včas rozpoznán. Dávat pozor bychom měli už při objevení varovných signálů počáteční fáze tohoto syndromu. Nejčastěji dochází k tomu, že jedinec je stále vyčerpán následkem nepřiměřené angažovanosti. Potom je stále unavený a on i jeho okolí trpí výkyvy jeho nálad. (Kallwass, 2007)

Klinický obraz syndromu vyhoření se liší dle jednotlivých autorů. Ve své mnohotvárnosti bychom ho mohli **rozdělit do následujících tří oblastí:**

Psychická oblast:

- *v popředí jsou pocity emocionálního vyčerpání a psychické únavy, pocit, že efektivita snažení dlouhodobě nekoreluje s vynakládanou námahou*
- *negativní obraz vlastních schopností, snížené sebevědomí, zejména ve vztahu k pracovní kompetenci, pocit profesního neúspěchu*
- *ztráta zájmů o profesní témata, redukce profesní činnosti na rutinní postupy*
- *potíže s koncentrací pozornosti, která se promítá do všech dalších kognitivních oblastí*
- *zvýšená hostilita a agresivita, úzkost, deprese, negativismus nebo lhostejnost ve vztahu k profesi a profesním činnostem*

- *snížení aspirační úrovně*
- *podrážděnost, sklíčenost, deprese, pocity bezmoci, pocity zklamání, marnosti vynaloženého úsilí, bezvýhodnosti situace, sebelítost*
- *pocit nedostatku uznání*
- *nedostatek empatie (u osob, které měli původně vysokou empatii)*
- *negativní vztah k osobám, s nimiž je člověk v pracovním vztahu*
- *utlumení celkové aktivity, redukce spontaneity, kreativity, iniciativy a invence*
- *ztráta zájmů o osobní profesní růst a v rozhodujících životních oblastech*
(Švingalová, 2006, str. 55)

Sociální oblast:

- *úbytek pracovní angažovanosti*
- *pracovní výkon je kvalitativně i kvantitativně zhoršený*
- *úbytek snahy řešit složitější pracovní problémy*
- *nezájem o hodnocení ze strany druhých osob*
- *omezení kontaktu s rodiči, žáky, klienty, pacienty ...*
- *omezení kontaktu s kolegy a všemi osobami, které mají vztah k profesi*
- *nárůst interpersonálních konfliktů v pracovním i mimopracovním životě*
- *negativní postoj k žákům, rodičům, klientům, pacientům ...*
- *negativní hodnocení působení školy, instituce* (Švingalová, 2006, str. 56)

Tělesná oblast:

- *celková únava, apatie, ochablost*
- *snížená odolnost organismu, zvýšená náchylnost k nemocím*
- *vegetativní obtíže (srdeční, dýchací, zažívací)*
- *bolesti hlavy, často nespécifikované*
- *svalové napětí, svalová bolest, poruchy spánku*
- *poruchy krevního tlaku* (Švingalová, 2006, str. 56)

Nyní se podívejme podrobněji na tři základní symptomy syndromu vyhoření, kterými jsou **vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti**. (Stock, 2010)

VYČERPÁNÍ, znaky vyčerpání při burnout syndromu:

Emoční:

- *sklíčenost, bezmoc, beznaděj*
- *ztráta sebeovládání, např. nekontrolovatelný pláč nebo podrážděnost doprovázená výbuchy vzteku*
- *pocity strachu*
- *pocity prázdnoty, apatie, ztráta odvahy a osamocení* (Stock, 2010, str. 20)

Fyzické:

- *nedostatek energie, slabost, chronická únava*
- *svalová napětí, bolesti zad*
- *náchylnost k infekčním onemocněním, poruchy spánku*
- *funkční poruchy, např. kardiovaskulární a zažívací potíže*
- *poruchy paměti a soustředění*
- *náchylnost k nehodám* (Stock, 2010, str. 20)

ODCIZENÍ

Jedinec trpící syndromem vyhoření má ke své profesi a svému pracovnímu okolí odosobněný až lhostejný postoj. Není těžké si domyslet následky, co se stane, když zaměstnanec bude používat distancovaný přístup ke klientům. Pojem odcizení lze chápat i jako postupnou ztrátu idealismu a cílevědomosti. Pracovní nadšení pomalu, ale jistě střídá cynismus. Problém nastává ve chvíli, kdy klienti začínají být vnímáni pouze jako přítěž, příslušní nadřízení pracovníci se stávají zdrojem ohrožení a spolupracovníci působí jako obtížný hmyz. (Stock, 2010)

Projevem odcizení v horším případě může být pohrdavé až sarkastické a agresivní chování k ostatním, jak klientů, tak kolegům. Pracovní výkonnost člověka se dále snižuje v důsledku vyčerpání na jedné straně a na druhé pocitem opakovaného zklamání a frustrace. Dlouhodobá zátěž se projevuje i v osobním životě. Dotyčný je

častěji podrážděný a v některých situacích přímo apatický. Může dojít k tomu, že se postižený izoluje a o kontakt s jinými lidmi už nemá zájem. (Stock, 2010)

Projevy odcizení při burnout syndromu:

- *negativní postoj k sobě samému, negativní postoj k životu*
- *negativní vztah k práci, negativní vztah k ostatním*
- *ztráta schopnosti navázat a udržet společenské vztahy*
- *ztráta sebeúcty, pocit vlastní nedostatečnosti*
- *pocit méněcennost* (Stock, 2010, str. 21)

POKLES VÝKONNOSTI

Nízká výkonnost spočívá v tom, že jedinec ztratil nadšení a nabývá přesvědčení, že všechno, co vykonává, nemůže zvládnout, tudíž se považuje za neschopného. Jedná se sice jen o subjektivní prožitek, ale ve skutečnosti opravdu k jistému poklesu výkonnosti dochází. Postižený jedinec trpí vyčerpáním a tím potřebuje mnohem více energie pro svůj výkon než dříve, což úzce souvisí s poklesem výkonnosti. Doba, která dříve stačila k odpočinku, se stále prodlužuje, až dochází k tomu, že víkend ani dovolená pro takovou regeneraci nestačí. (Stock, 2010)

Projevy poklesu výkonnosti při burnout syndromu:

- *nespokojenost s vlastním výkonem, nižší produktivita*
- *vyšší spotřeba času a energie, ztráta nadšení*
- *nerozhodnost, ztráta motivace*
- *pocit selhání* (Stock, 2010, str. 23)

Další autoři řadí mezi příznaky nechvalně známý Murphyho zákon, který pojednává o posloupnosti pracovních pozic. Ve své profesi chce být každý z počátku nejlepší a kariéra stále stoupá, až je člověk na pozici, na kterou nestačí. Základní problém spočívá v tom, že na práci, která jim je uložena nemají dostatek schopností. Přesto mají tendence se držet daných pravidel, což může v budoucnosti být problémem. (Potterová, 1997)

Bartošíková, 2006 hovoří o **čtyřech hlavních symptomech** vedoucích k syndromu vyhoření, jsou jimi:

Emocionální vyčerpání se projevuje především pocitem úplného citového vysátí. Postižený jedinec již nechce slyšet žádné další trápení, ani naslouchat druhým. Trpí pocitem, že i kdyby chtěl pomoci, tak nemůže, že neví jak. Už nechce být empatický, obtěžuje ho to. Snaží se vyhýbat ostatním a zejména těm, kteří by mohli mít podobné problémy. Už nemá vůbec radost z práce s lidmi, dokonce se vyhýbá i svým blízkým. Rodina a přátelé se pro něj stávají též přítěží. (Bartošíková, 2006)

Psychické vyčerpání se projeví negativní změnou životních postojů. Jedinec začíná vnímat život jen jako problém a něco, co ho může ohrozit. Přestává si věřit, nechce již žádné další změny a k životu se staví pesimisticky. Postižený začíná mít problémy se soustředěním a čím dál více zapomíná, což vede k chybování. Jeho aktivita se mění na pasivitu a tvořivost se též vytrácí. Svoji profesi už vykonává jen jako nutnost, má pocit, že všechno je jen rutinou a stereotypem. Život takového člověka přestává mít smysl, dokonce ani jeho práce už nemá smysl a mohou se objevovat sebevražedné myšlenky. Vyhoření bývá v této souvislosti popisováno postupující ztrátou energie a idealismu. (Bartošíková, 2006)

Tělesné vyčerpání provádí chronická únava a pocit nedostatku energie. Únava se vyskytuje velmi rychle a to i krátkou dobu po odpočinku. Fyzická únava ze sportu a jiných aktivit po odpočinku odezní, v případě vyhoření tomu je jinak, únava je spojena s pocitem viny a selhávání. Přesto, že fyzická aktivita jedince byla malá, tak dochází k projevům zátěže definovanými bolestmi celého těla. I po prospané noci jedinec nenabývá pocitu odpočinutí či vyspání. U těchto lidí se zvyšuje riziko nadužívání návykových látek. (Bartošíková, 2006)

Změny v sociálních vztazích se projevují mimo jiné izolací neboli straněním se od ostatních lidí. Postižený nemá potřebu být s kýmkoliv v kontaktu. Problém nastává, když se vyhýbá ve své profesi svým klientům, později i nadřízeným a kolegům. Následkem psychické zátěže se stává konfliktním. Nastupuje nezájem o ostatní, o jejich hodnocení, lhostejnost a apatie. (Bartošíková, 2006)

1.4.7 Pocity jedince s burnout syndromem

Jedince trpící syndromem vyhoření prožívá mnoho negativních stavů a myšlenek, které ho mohou ovlivňovat ve smyslu zhoršení celkového zdravotního stavu. Nyní si takovéto stavy a myšlenky přiblížme: (Křivohlavý, 1998)

- *Cítí se tělesně vyčerpán*
- *Cítí se emocionálně vyčerpán – citově chladný a prázdný*
- *Cítí se duševně i duchovně „na dně“*
- *Cítí se „vyřízen“ - „jako by ze mne vytekla poslední kapka života“*
- *Cítí se unaven - „k smrti unaven“*
- *Cítí, že moc nechybí, aby přetekla jeho schopnost vydržet to, co se děje*
- *Cítí se „v koncích“*
- *Cítí, jako by byl zcela bezcenným předmětem na tomto světě*
- *Cítí se jako by byl nějak nemocen (bez konkrétních fyzických příznaků nemoci)*
- *Cítí se, jako by byl odstrčen někde na vedlejší koleji a život jezdil mimo něj (vedle něj)*
- *Cítí se jako bezcenný cár papíru, jako zbytečný kus nábytku jako něco, co je „k ničemu“*
- *Je mu jako ohni, který kdysi hořel, ale nyní již téměř dohořel a poslední jiskry uhasínají*
- *Je v tísní, v napětí, ve stresu, v distresu (nezvládnutelném stresu)*
- *Je smutný a smutně nešťastný, je přetížen starostmi*
- *Je zklamán, je rozčarován, je slabý, je mu zle, je pln pesimismu*
- *Je pln beznaděje, je v úzkosti, je pln obav a strachů*
- *Je skleslý na těle i na duchu*
- *Je bez odvahy, iniciativy, tvořivosti (kreativity), vzletu*
- *Je na konci svých sil*
- *Je zcela prázdný (vyprázdněn, „vyždímán“). (Křivohlavý, 1998, s. 16)*

Mezi ostatními se jedinec postižený syndromem vyhoření necítí dobře a na ostatní může působit chladným dojmem. Jeho myšlenky a pocity vypadají asi takto: (Křivohlavý, 1998)

- *S druhými lidmi jedná emocionálně chladně a lhostejně – apaticky (bez citové účasti)*
- *Druzí lidé ho moc nezajímají, jejich problémy ho nechávají v klidu, nevzrušují ho*
- *Mizí u něho soucítění (empatie) – stav druhých lidí se mu stále více stává lhostejným*
- *K druhým lidem se chová nezájímavě*
- *Druzí lidé ho obtěžují – ať jsou to pacienti nebo obchodní partneři, v extrému je považuje za „obtížný hmyz“*
- *Jedná-li s někým, má pocit, jako by manipuloval s nějakým mechanickým strojem, neživým předmětem*
- *Moc ho nezajímá, co si druzí lidé o něm myslí, jak ho vidí, za koho ho považují, zda ho chápou a jak ho hodnotí. (Křivohlavý, 1998, s. 17)*

1.4.8 Dopady burnout syndromu na profesní život

Syndrom vyhoření vede k rozpadu postojů, jak k pacientům, tak i k ostatním. Jedinec na pozici pomáhajícího už není schopen ani ochoten spolupráce s lidmi. Své klienty často kritizuje a úcta k povolání se vytrácí. Stává se, že postižený na své klienty reaguje lhostejně až agresivně, nebo se před nimi dokonce straní. Většinou o nich hovoří jen jako o věcech, v případě zdravotníků se stávají jen diagnózou. Negativní postoje se postupně přesouvají i ke kolegům, nadřizovým a v neposlední řadě i do rodiny. Postižený cítí nespokojenost a ztrácí sebevědomí. Takto zasažený jedinec se v mnoha případech snaží najít pro sebe nějaké rozumné východisko. První volbou bývají léky z řady hypnotik či sedativ a jindy to je alkohol. Tento druh tzv. samoléčby je samozřejmě velmi nebezpečný a nebývá dlouhodobým řešením, naopak přináší další komplikace, mezi které může patřit i závislost. Důsledkem syndromu vyhoření vždy bývá snížení kvality práce. Postižený dále ztrácí schopnost empatického

cítění, do práce chodí nerad a kontaktům s lidmi se vyhýbá. Jeho práce pak místo přínosu může být spíše ohrožující. Dalším z dopadů syndromu vyhoření bývají špatné mezilidské vztahy a nezájem o povolání vedoucí k odchodu ze zaměstnání. (Bartošíková, 2006)

1.4.9 Diagnostika Maslach burnout inventory

Aby bylo možné najít řešení syndromu vyhoření, je třeba ho nejprve identifikovat. Maslach Burnout Inventory (MBI) je zlatý standard používaný jako nástroj k posouzení vyhoření. Jeho spolehlivost a platnost byly dobře zkoumány v mnoha výzkumech. Dr. Maslach zdůrazňuje, že syndrom vyhoření se týká nejen jednotlivce. Uvádí, že jde spíše o společenský problém. MBI se skládá z 16 prohlášení, ve třech samostatných kategoriích: emocionální vyčerpání, profesionální účinnost, a cynismus neboli bezohlednost. Emocionální vyčerpání hodnotí pocit přetížení a vyčerpání. Profesionální účinnost měří spokojenost s kompetencemi a úspěch v aktuálním pracovním prostředí. Konečně cynismus, který hodnotí bezcitné a neosobní reakce směrem k příjemcům poskytované péče. Tento dotazník může být anonymní a trvá přibližně 20-30 minut. Pokud je vyhoření identifikováno, není důvod čekat se zavedením nápravných opatření vedoucích k řešení problému. (Nursing, 2012)

1.4.10 Prevence syndromu vyhoření

V rámci prevence syndromu vyhoření je především doporučováno udržovat si trvale rovnováhu mezi stresory, tedy tím, co nás zatěžuje a salutory, neboli tím, co nám dodává energii. Jak již bylo v předchozích kapitolách zmíněno, tak o stresy a stresory se starat nemusíme, každý z nás se s nimi potýká, neboť nám je život sám nachystá. Naopak o salutory se musíme postarat sami. (Křivohlavý, Pečenková, 2004)

Nábor zaměstnanců by měl být pečlivý a mělo by se dbát na vytváření dobrých pracovních podmínek. Management by měl zajistit, aby vše bylo jasné, náplň práce, odměňování za vykonanou práci a jeho potenciální nárůst, dostupnost vzdělávání a jiné úspěchy. Důležité je také nastavení dosažitelných cílů a jejich dodržení. Dalším faktorem v prevenci může být podpora mezilidských vztahů, někdy nazývané team-building, probíhající prostřednictvím specifických akcí, např. setkávání se u oběda nebo

odpolední pikniky. Problémy je třeba řešit a neodkládat na později. Zaměstnanci by měli být podporováni, ale musíme se vyvarovat slibům, které nemůžeme splnit. Také by mělo být zajištěno bezpečné pracovní prostředí. (Imcares, 2006)

Profese pomáhajícího vyžaduje určité zásady a klade příslušné nároky na člověka. Proto je důležité, aby jedinec na takové profesionální pozici mimo péči o své klienty dobře ovládal i péči o sebe samého. Je nutné rozlišovat očekávání a realitu, naučit se čelit stresujícím situacím a v neposlední řadě znát strategie zvládnání stresu. Je tedy nezbytné vytvořit si zdravý systém sebe podpory, kde je důležité postarat se o fyzicky aktivní život mimo profesi. Pokud není zaměstnanec na pozici pomáhajícího vyrovnaný a psychicky i fyzicky v dobré kondici, pak se nedá očekávat, že klienti budou spokojeni s jeho výkony. (Bartošíková, 2006)

Bartošíková uvádí tři skupiny okolností, jako hlavní faktory předcházení vyhoření, kterými jsou : (Bartošíková, 2006)

- 1) *Nalezení smysluplné pracovní činnosti*
- 2) *Získání a převzetí profesionální autonomie a opory*
- 3) *Konstituování přirozeného vztahu k práci a dalším životním aktivitám. Včetně poznání přínosu, jenž člověk přináší práci a práce jemu.* (Bartošíková, 2006, str. 42)

Sociální opora je dalším faktorem v prevenci syndromu vyhoření. Jejimi hlavními zdroji je rodina, zaměstnání a přátelé. Dále také realizace zájmů a koníčků. Pokud má jedinec v tomto ohledu nedostatek opory dochází k jistému vztahu mezi jeho osobou a syndromem vyhoření. Největší vliv na pomáhajícího má sociální opora ze zaměstnání, resp. kolektivu spolupracovníků. (Kebza, Šolcová, 1998)

Rizikovým faktorem je nedostatečné vzdělávání těchto pracovníků, kde poukazuje na elementy emocionální výchovy, cvičení kreativity, hry s rolmi a nejrůznější formy skupinových cvičení. Dále uvádí, že většina pokusů o skupinově orientovanou práci selhává, s tím, že jsou jisté obavy o vazbu k praktické sociální práci, navzdory tomu, že cvičením by mohly vznikat pouze pozitivní zážitky. Autor potvrzuje myšlenku celoživotního vzdělávání sester. Dalším možným řešením mohou být

supervize, které představují vyšší kontrolu a hodnocení zaměstnance. (Schmidbauer, 2000)

Nezbytná je duševní hygiena. Je nutné udržet si tzv. zdravý odstup od klientů, kde se dají uplatnit např. techniky, jakými jsou sémantické odosobnění (klient se stává jen diagnózou), intelektualismus (racionální přístup) a izolace, kdy dochází k odlišení profesionálního a osobního přístupu. (Kebza, Šolcová, 2003)

Kromě obecných zásad psychohygieny bychom měli dbát v prevenci syndromu vyhoření u pomáhajících profesí na dodržování následujících doporučení:

- *najít v práci optimální stupeň osobní angažovanosti ve vztahu ke klientům, pacientům, žákům, rodičům ...*
- *dodržovat pestrý režim práce*
- *v rámci pracovního dne dělat přestávky a využít je k regeneraci sil*
- *důsledně oddělovat pracovní život od osobního, je třeba naučit se zavřít své pracovní starosti za dveřmi kanceláře, stejně jako nepřinášet s sebou své osobní starosti do zaměstnání*
- *pracovní neúspěchy je třeba nengeneralizovat, hodnotit je v širším kontextu a především z hlediska snahy, pokud byla vynaložená snaha přiměřená, není třeba prožívat neúspěch jako tragédii*
- *dbát o dobré sociální zázemí, vážit si sociální podpory*
- *mít realistické nároky na sebe, připustit svoji nedokonalost*
- *stanovit si priority, být dostatečně asertivní*
- *umět delegovat úkoly na jiné, umět požádat o pomoc*
- *nepotlačovat svoje pocity, mluvit o nich, vyjadřovat je, svěřit se (k tomu někdy stačí zajít za kolegou a s ním probrat svoje pocity a problémy, ideální je účastnit se různých supervizních skupin)*
(Švingalová, 2006, str. 58)

Člověk, který se neustále něčím trápí, je trvale v určitém napětí. Takový jedinec se může cítit stále unaven, i když nepodává žádné nebo jen malé výkony. Nad takovou situací stále přemýšlí a není mu jasné, proč je pořád tak unaven, což vede k dalšímu vyčerpání a opakovanému navýšení psychické tenze. (Capponi, 1992)

Pokud chceme, aby zaměstnanec své povinnosti vykonával dobře, je důležité se zajímat i o to, jak mu je. Jestliže mu je dobře, je samozřejmé, že jeho výkony budou prováděny dobře a naopak. Má-li zdravotní sestra podávat dobré výsledky a věnovat se náplni své práce, k tomu naplnit očekávání pacientů je bezpodmínečně nutné, aby ona sama byla v dobrém rozpoložení a cítila se pokud možno, co nejlépe. Úkolem zdravotních sester by nemělo být jen pečování o druhé, ale také péče o sebe sama, neboť od ní se odvíjí vše ostatní. (Křivohlavý, Pečenková, 2004)

Soubor 16 bodů péče o sebe sama (zdravotní sestry a personál):

1. *Bud' k sobě mírná, vlídná a laskavá.*
2. *Uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat druhým lidem a ne je zcela změnit. Změnit můžeš jen sama sebe, ale nikdy ne druhého člověka - ať jím je kdokoliv a ať je tvá snaha sebevětší.*
3. *Najdi si své „útočiště“, tj. místo, kam by ses mohla uchýlit do klidu samoty ve chvíli, kdy naléhavě potřebuješ uklidnění.*
4. *Druhým lidem na oddělení, svým spolupracovníkům a spolupracovnicím i vedení bud' oporou a povzbuzením. Neboj se je pochválit, když si to i třeba jen trochu zaslouhují.*
5. *Uvědom si, že je zcela přirozené tváří v tvář bolesti a utrpení, jehož jsme denně svědky, cítit se zcela bezmocnou a bezbrannou. Připusť si tuto myšlenku. Být pacientům a jejich příbuzným nablízku (být s nimi) a pečovat o ně je někdy mnohem důležitější než mnohé jiné.*
6. *Snaž se změnit způsoby, jak to či ono děláš. Zkus to, co děláš, dělat pokaždé pokud možno jinak.*
7. *Zkus poznat, jaký je rozdíl mezi dvěma různými způsoby nařikání: mezi tím, které zhoršuje beztak těžkou situaci, a tím, které bolest a utrpení tiší.*
8. *Když jdeš domů z práce, soustřeď se na něco dobrého a pěkného, co se ti podařilo v práci dnes udělat a raduj se z toho...*
9. *Snaž se sebe sama neustále povzbuzovat a posilovat např. tím, že nebudeš vždy stejným způsobem (stereotypně, jen ryze technicky a zvykově,*

bezmyšlenkovitě) vykonávat své práce. Snaž se z vlastní iniciativity, z vlastní vůle a nikým nenucena něco udělat jinak - tvořivě.

10. *Využívej pravidelně povzbuzujícího vlivu přátelských vztahů v pracovním kolektivu i v jeho vedení jako zdroje sociální opory, jistoty a nadějného směřování života.*
11. *Ve chvílích přestávek a volna, když přijdeš do styku se svými kolegyněmi a kolegy, vyhýbej se jakémukoliv rozhovoru o úředních věcech a problémech v zaměstnání. Odpočiň si tím, že budete hovořit o věcech, které se netýkají vaší práce a vašeho „úředního“ styku.*
12. *Plánuj si předem „chvíle útěku“ během týdne. Nedovol, aby ti cokoliv tuto radost překazilo nebo ti ji někdo narušil.*
13. *Nauč se raději říkat „rozhodla jsem se“ než „musím“ nebo „mám povinnost“ či „měla bych“. Podobně se nauč říkat raději „nechci“ než „nemohu“. Takto vedená osobní řeč sama k sobě pomáhá. Přesvědč se o tom.*
14. *Nauč se říkat druhým lidem nejen „ano“, ale i „ne“. Když nikdy neřekneš „ne“, jakou hodnotu má pak asi tvé „ano“?*
15. *Netečnost (apatie) a zdrženlivost (rezervovanost) ve vztazích s druhými lidmi je daleko nebezpečnější a nadělá více zla a hořkosti než připuštění si skutečnosti (reality), že více, než děláš, se opravdu udělat nedá. Připusť si to - uvědom si, že nejsi všemohoucí.*
16. *Raduj se, hraj si a směj se - ráda a často. (Křivohlavý, Pečenková, 2004, str. 11)*

1.4.11 Diferenciální diagnostika burnout syndromu a deprese

Mnoho českých i zahraničních autorů přirovnává vyhoření ke zvláštní formě deprese. Na základě dostupné literatury bylo ovšem zjištěno, že burnout syndrom představuje daleko horší problém. Příznaky vyhoření a depresivních stavů se částečně překrývají. Je zřejmé, že mezi nimi existuje řada podobností, lékaři proto stanovují raději diagnózu deprese. Ve třetím a čtvrtém stádiu lze už jen velmi obtížně odlišit syndrom vyhoření od deprese. Stává se tedy nepostradatelnou detailní anamnéza, kde je nezbytné přijít na to, co vyčerpání navodilo, což je potom rozhodující pro stanovení správné diagnózy. (Stock, 2010)

1.4.12 Léčba syndromu vyhoření

Aktivním východiskem řešení syndromu vyhoření může být rozhodnutí vedoucí k zásadním změnám v oblasti osobního a pracovního života. Dále k přehodnocení vlastních priorit a následné motivaci. Pasivním východiskem z tohoto stavu často bývá psychické zhroucení a přicházející deprese vedoucí k vyhledání odborné pomoci. (Herman, Doubek, 2008)

Léčba syndromu vyhoření je vždy odvozena od fáze tohoto procesu, ve kterém se postižený zrovna nachází. Z toho vychází i charakteristické příznaky, kterým je třeba se dále věnovat. Je obvyklé, že už ve druhé fázi tohoto syndromu si člověk není schopen pomoci sám, a tak je nezbytné vyhledat pomoc někoho druhého. V některých případech postačí dovolená, kde si více odpočine, ovšem s tím, že stresující a vyčerpávající povinnosti zcela odloží a začne se věnovat jen sám sobě. Vhodné je získat radu či pomoc od spolupracovníků, kteří již něco podobného, nebo přímo syndrom vyhoření prožili. V rámci zaměstnání je dobré dbát na týmovou spolupráci, kde veškerá péče není věnována jen klientům, ale také zaměstnancům. Sebevědomí jedince trpícího syndromem vyhoření je velmi nízké a tak je nezbytné ho stále zvyšovat všemi dostupnými způsoby. Pokud se stav takto postiženého zhoršuje a začínají se projevovat deprese, tak je nutné vyhledat odbornou psychiatrickou pomoc. (Bartošíková, 2006)

Mezi léčbu syndromu vyhoření je taktéž zahrnována psychoterapie, jejímž cílem je zvýšení duševního zdraví klienta. Úspěšně je využívána existenciální psychoterapie, která pojednává o čtyřech tématech, jimiž jsou smrt, svoboda, existenciální izolace a nepřítomnost smyslu. Dále se používá logoterapie zabývající se touhou po smyslu a daseinsanalýza znamenající v českém jazyce analýzu pobytu, jejímž cílem není klientovo přizpůsobení, ale tzv. naplnění jeho bytí. Tato terapie by ho měla dovést k poznání a plnému využívání vlastních možností. Užitečné jsou bezesporu i relaxační metody, které již byly popsány v jedné z předešlých kapitol. (Švingalová, 2006)

3. EMPIRICKÁ ČÁST

V úvodu empirické části bakalářské práce jsou uvedeny cíle práce a pracovní hypotézy vztahující se ke kvantitativnímu výzkumnému šetření. Dále je charakterizována použitá metodika práce a soubor respondentů. Podstatnou část této kapitoly tvoří výsledky vlastního šetření zpracované pomocí tabelárního přehledu a histogramu četnosti. V závěru empirické části je zařazena diskuze nad zjištěnými výsledky.

3.1 Cíle a pracovní hypotézy

Pro empirickou část předkládané bakalářské práce jsem zvolila následující cíle a hypotézy.

Cíle:

- 1) Pomocí dotazníkového šetření získat data, kterými lze zjistit riziko vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků
- 2) Provést primární analýzu získaných dat
- 3) Porovnat riziko vzniku vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků na pracovištích pro děti s pracovišti pro dospělé

Pracovní hypotézy:

H1: Lze očekávat, že sestry pracující na odděleních pro dospělé se setkávají častěji s pojmem „syndrom vyhoření“ než sestry pracující na odděleních pro děti.

H2: Lze předpokládat, že sestry pracující na odděleních pro dospělé na sobě pociťují častěji psychické zatížení než sestry pracující na odděleních pro děti.

H3: Lze očekávat, že sestry pracující na odděleních pro dospělé se cítí být častěji unavené, vyčerpané než sestry pracující na odděleních pro děti.

H4: Lze očekávat, že sestry pracující na odděleních pro dospělé se cítí častěji podrážděné než sestry pracující na odděleních pro děti.

H5: Lze předpokládat, že sestry pracující na odděleních pro dospělé trápí častěji tělesné obtíže než sestry pracující na odděleních pro děti.

3.2 Metodika šetření

Ke splnění předem stanovených cílů bakalářské práce byl zvolen kvantitativní typ výzkumu, a to formou anonymního dotazníkového šetření. Za tímto účelem byl sestaven strukturovaný dotazník zaměřený na zjištění rizikosti vzniku syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků. Pilotní verze dotazníku byla na základě připomínek respondentů, zdravotních sester z Neurochirurgické kliniky FN Motol, a po konzultaci s odborníky upravena do konečné podoby, která je uvedena v příloze č. 2 této bakalářské práce. Dotazník obsahuje 29 otázek, které nabízejí možnosti předem stanovených odpovědí. Vždy je možné zvolit pouze jednu odpověď. Dotazníkové položky jsou uzavřeného typu. Otázky 1. – 5. zjišťují informace o zkoumaném vzorku, základní demografické údaje o respondentech. Ostatní otázky přinášejí informace k potvrzení či vyvrácení předem stanovených pracovních hypotéz.

Data získaná prostřednictvím anonymního dotazníkového šetření byly zpracovány ve formě přehledného tabelárního přehledu a grafického výstupu, typu sloupcového diagramu. V tabulkách jsou uvedeny hodnoty absolutní četnosti (celým číslem) a relativní četnosti (vyjádřena v procentech, zaokrouhlena na dvě desetinná místa) výskytu odpovědí.

3.3 Organizace vlastního šetření

Dotazníky byly distribuovány zdravotním sestřám na stanovených, náměstkyní pro ošetrovatelskou péči, vrchními i staničními sestrami schválených odděleních fakultní nemocnice v Motole. Jednalo se vždy o dvě shodně zaměřená oddělení pro děti a pro dospělé ve fakultní nemocnici v Motole a to o: Neurochirurgickou kliniku dětí a dospělých 2. LF UK a FN Motol, Kliniku dětské neurologie 2. LF UK a FN Motol, Neurologickou kliniku 2. LF UK a FN Motol, Dětské kardiocentrum, Kardiologickou kliniku 2. LF UK a FN Motol, Kliniku dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol, Chirurgickou kliniku 2. LF UK a FN Motol, Kliniku dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Motol.

Dotazníkové šetření probíhalo anonymně. Během listopadu roku 2012 byl proveden pilotní výzkum. Na základě připomínek a nejasností byl dotazník upraven do konečné podoby. Samotné výzkumné šetření proběhlo v průběhu prosince 2012 a ledna 2013. Dotazník byl zdravotním sestřám předkládán staniční či vrchní sestrou daného pracoviště. Vrchní i staniční sestry jsem o mém výzkumném šetření a záměru informovala, s případnými dotazy odkazovala a mou osobu. Bylo distribuováno celkem 100 dotazníků, na každé oddělení 10 dotazníků, s návratností 93%, tudíž se vrátilo 93 řádně vyplněných dotazníků. Výzkumné šetření proběhlo se souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči ve FN Motol, Mgr. Janou Novákovou, MBA a se souhlasem vrchních sester daných oddělení.

3.4 Charakteristika zkoumaného vzorku

Dotazníkové šetření proběhla u nelékařských zdravotnických pracovníků zaměstnaných na pozici zdravotní sestra nebo zdravotnický asistent ve FN Motol. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků s 93 % návratností, a to 47 dotazníků z dětských částí oddělení a 46 dotazníků z dospělých částí oddělení. V první části dotazníku zjišťuji základní demografickou charakteristiku respondentů. Otázky jsou zaměřeny na věkovou kategorii, pohlaví, dosažené vzdělání, celkovou dobu pracovního působení ve zdravotnictví a dobu působení na daném pracovišti.

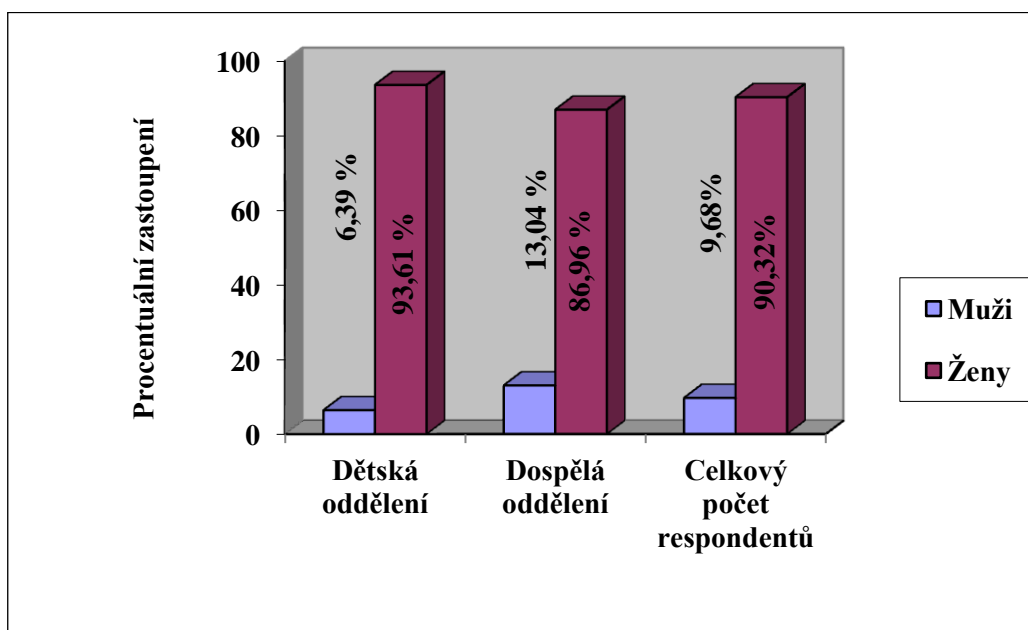
3.5 Výsledky vlastního šetření

Po pečlivém roztřídění získaných dat z dotazníkového šetření jsou níže uvedeny výsledky provedeného výzkumného šetření. Tyto výsledky lze rozdělit na poznatky charakterizující zkoumaný soubor (nelékařské zdravotnické pracovníky) a na informace, které potvrdí, či vyvrátí stanovené pracovní hypotézy.

Získaná data budou popsána a znázorněna pomocí kontingenční tabulky a histogramu četnosti. Relativní četnost je uvedena v procentech a zaokrouhlena na dvě desetinná místa. V následujících tabulkách vyhodnocuji získané data z provedeného výzkumného šetření.

Položka A) Jaké je Vaše pohlaví?

Obrázek č. 1: Zastoupení respondentů podle pohlaví



Obrázek č. 1 vyjadřuje zastoupení zdravotníků dle pohlaví v celkovém souboru respondentů. Z obrázku je jednoznačné, že většina respondentů byly **ženy**, a to v procentuálním zastoupení 93,61% z pracovišť pro děti a 86,96% z pracovišť pro děti. **Muži** na pracovištích pro děti bylo v procentuálním zastoupení o 87,22% méně, než žen. Na pracovištích pro dospělé tento rozdíl činil 73,92%.

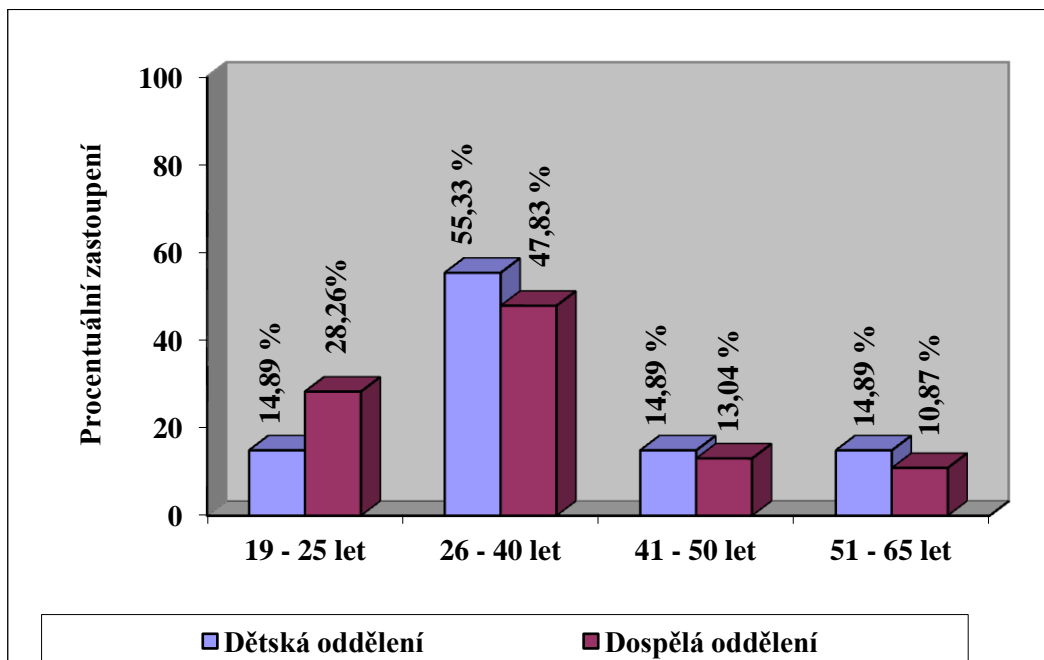
Tabulka č. 1: Zastoupení respondentů podle pohlaví

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
Ženy	44	93,61 %	40	86,96 %	84	90,32 %
Muži	3	6,39 %	6	13,04 %	9	9,68 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 1 popisuje zastoupení zdravotníků dle pohlaví v celkovém souboru respondentů. Z tabulky je patrné, že z celkového počtu 93 respondentů, bylo 84 **žen** a 9 **mužů**. Dále je zde uvedeno, kolik žen a kolik mužů je z pracovišť pro děti a kolik z pracovišť pro dospělé.

Položka B) Kolik Vám je let?

Obrázek č. 2: Zastoupení respondentů podle věku



Obrázek č. 2 vyjadřuje zastoupení zdravotníků podle věku v celkovém souboru respondentů. Z obrázku vyplývá, že nejčetnější zastoupení respondentů je ve věkové kategorii **26-40 let** a to v procentuálním zastoupení 55,33% z pracovišť pro děti a 47,83% z pracovišť pro dospělé. Druhou nejčetnější skupinu vyjadřuje věková kategorie **19-25 let**, kde rozdíl mezi pracovišti pro dospělé a pracovišti pro děti činí 13,37%. Další skupinou dle sestupnosti četnosti se stala věková kategorie **41-50 let** a nejnižší zastoupení respondentů je ve věkové kategorii **51-65 let**, konkrétně v procentuální zastoupení 14,89% zdravotníků na pracovištích pro děti a 10,87% zdravotníků na pracovištích pro dospělé.

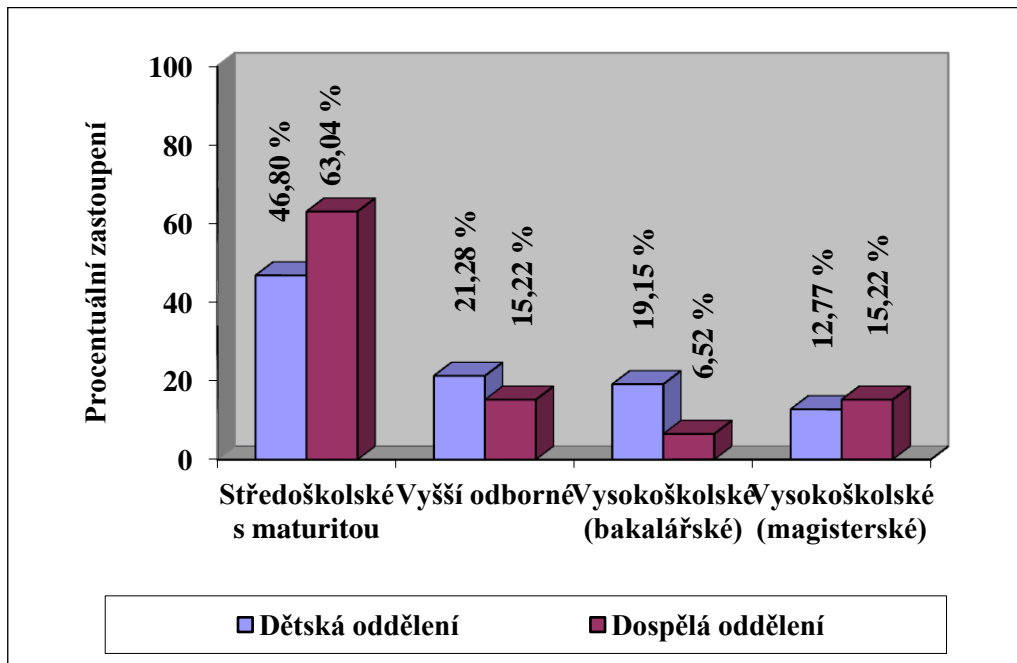
Tabulka č. 2: Zastoupení respondentů podle věku

Věk	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
19 - 25	7	14,89 %	13	28,26 %	20	21,51 %
26 - 40	26	55,33 %	22	47,83 %	48	51,61 %
41 - 50	7	14,89 %	6	13,04 %	13	13,98 %
51 - 65	7	14,89 %	5	10,87 %	12	12,90 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 2 popisuje zastoupení zdravotníků podle věku v celkovém souboru respondentů. Z tabulky vyplývá, že nejnižší zastoupení respondentů je ve věkové kategorii **51-65 let**. Následuje zastoupení respondentů ve věkové kategorii **41-50 let** s celkovým počtem 12 zdravotníků. Nejčetnější zastoupení respondentů bylo ve věkové kategorii **26-40 let** a to více jak polovina z celkového souboru respondentů, jedná se o 48 zdravotníků.

Položka C) Nejvyšší dosažené vzdělání?

Obrázek č. 3: Zastoupení respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání

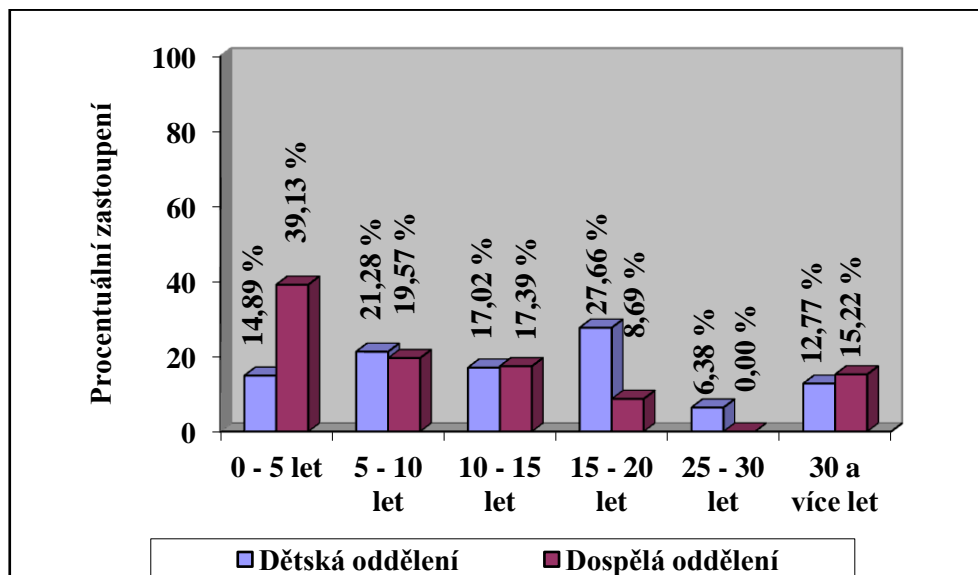


Obrázek č. 3 vyjadřuje zastoupení zdravotníků dle nejvyššího dosaženého vzdělání v celkovém souboru respondentů. Z obrázku je jednoznačné, že nejčetnější skupinou zastoupených respondentů jsou jedinci se **středoškolským vzděláním s maturitou**, a to v procentuálním zastoupení 46,80% z pracovišť pro děti a 63,04% z pracovišť pro dospělé. Druhou nejčetnější skupinou v zastoupení respondentů jsou zdravotníci s **vyšším odborným vzděláním**, kde v procentuálním zastoupení rozdíl mezi pracovišti pro děti a pracovišti pro dospělé činí 6,06%. **Vysokoškolské bakalářské** vzdělání má v procentuálním zastoupení více respondentů z pracovišť pro děti, a to konkrétně o 6,38%. Naopak více zdravotníků s **vysokoškolským magisterským** vzděláním je zaměstnáno na pracovištích pro dospělé, kde se jedná v procentuálním zastoupení o rozdíl 8,70%.

Tabulka č. 3: Zastoupení respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	N	%	n	%
Středoškolské s maturitou	22	46,80 %	29	63,04 %	51	54,85 %
Vyšší odborné	10	21,28 %	7	15,22 %	17	18,27 %
Vysokoškolské (bakalářské)	9	19,15 %	3	6,52 %	12	12,91 %
Vysokoškolské (magisterské)	6	12,77 %	7	15,22 %	13	13,97 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 3 popisuje zastoupení zdravotníků podle nejvyššího dosaženého vzdělání v celkovém souboru respondentů. Z tabulky vyplývá, že nejnižší zastoupení respondentů je ve skupině **vysokoškolsky vzdělaných** zdravotníků. Konkrétně se jedná o 12 respondentů se vzděláním bakalářským a 13 respondentů se vzděláním magisterským. **Vyšší odborné vzdělání** uvádí 17 zdravotníků z celkového souboru respondentů. Více jak polovina nelékařských zdravotnických pracovníků ze zkoumaného souboru je ve FN Motol zaměstnána se **vzděláním středoškolským**. Konkrétně se jedná o 51 respondentů.

Položka D) Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví (kolik let)?**Obr. č. 4: Zastoupení respondentů dle počtu odpracovaných let ve zdravotnictví**

Obrázek č. 4 vyjadřuje zastoupení zdravotníků dle počtu odpracovaných let ve zdravotnictví. Na pracovištích pro děti se umístilo nejvíce respondentů do skupiny **15-20 let** a to v procentuálním zastoupení 27,66%. Na pracovištích pro dospělé se jedná o zařazení do skupiny **0-5 let** a to v procentuálním zastoupení 39,13%. Obdivuhodných **30 a více let** pracuje ve zdravotnictví 12,77% respondentů z pracovišť pro děti a 15,22% z pracovišť pro dospělé.

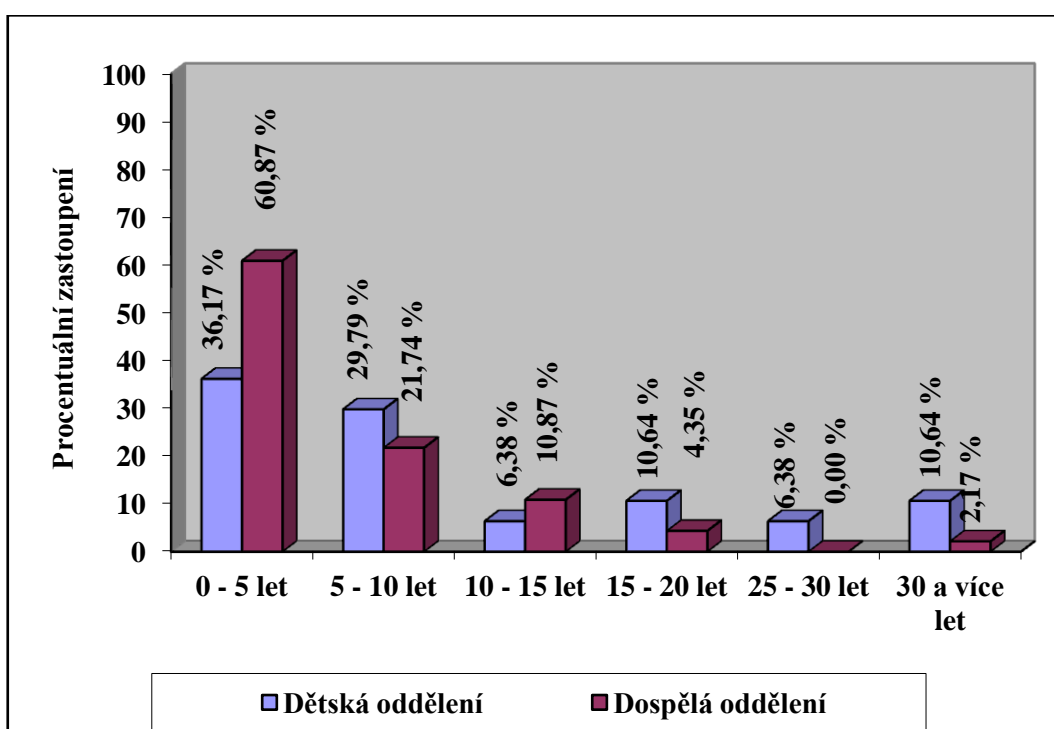
Tab. č. 4: Zastoupení respondentů dle počtu odpracovaných let ve zdravotnictví

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
0 - 5 let	7	14,89 %	18	39,13 %	25	26,87 %
5 - 10 let	10	21,28 %	9	19,57 %	19	20,43 %
10 - 15 let	8	17,02 %	8	17,39 %	16	17,22 %
15 - 20 let	13	27,66 %	4	8,69 %	17	18,28 %
25 - 30 let	3	6,38 %	0	0,00 %	3	3,23 %
30 a více	6	12,77 %	7	15,22 %	13	13,97 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 4 popisuje zastoupení zdravotníků podle počtu odpracovaných let ve zdravotnictví. Z tabulky vyplývá, že ve zdravotnictví nejdélší dobu a to **30 let a více** pracuje celkem 13 respondentů. Nejméně respondentů se zařadilo do skupiny **25-30 let**. Jedná se o 3 zdravotníky zaměstnané na pracovištích pro děti. Naopak nejvíce respondentů je ve skupině **5-10 let**, ovšem jen o 2 zdravotníky více než je ve skupině **15-20 let**, kde je zařazeno 17 respondentů. Ve skupině **10-15 let** je stejný počet zdravotníků z pracovišť pro děti jako z pracovišť pro dospělé, celkem 16 respondentů.

Položka E) Jak dlouho pracujete na nynějším oddělení (kolik let)?

Obr. č. 5: Zastoupení respondentů dle odpracovaných let na stávajícím oddělení



Obrázek č. 5 vyjadřuje zastoupení zdravotníků dle odpracovaných let na stávajícím oddělení. Nejvíce respondentů se umístilo do skupiny **0-5 let**. Konkrétně se jedná v procentuálním zastoupení o 36,17% z pracovišť pro děti a 60,87% z pracovišť pro dospělé. Obdivuhodných **30 let a více** na stávajícím oddělení je zaměstnáno 10,64% zdravotníků z pracovišť pro děti a 2,17% z pracovišť pro dospělé.

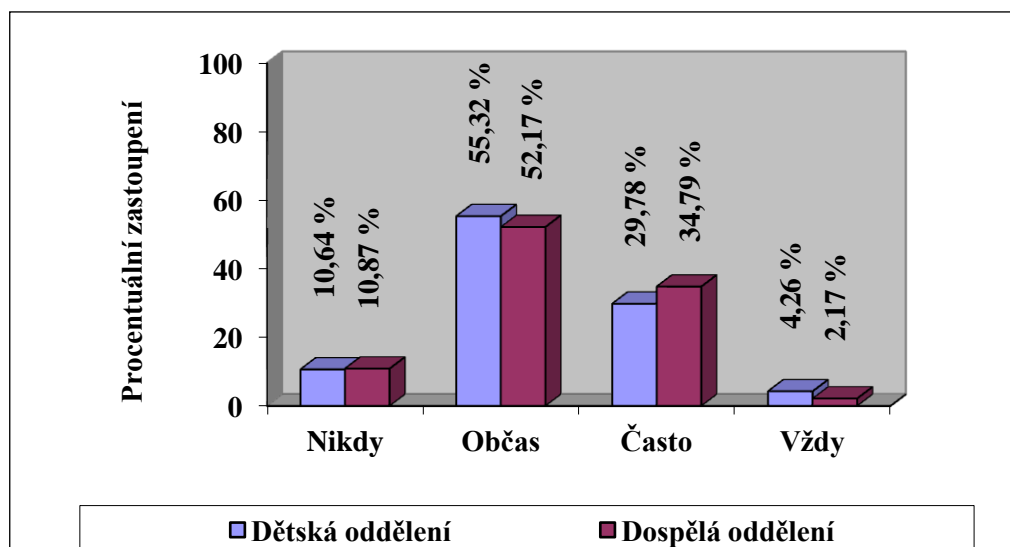
Tab. č. 5: Zastoupení respondentů dle odpracovaných let na stávajícím oddělení

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
0 - 5 let	17	36,17 %	28	60,87 %	45	48,37 %
5 - 10 let	14	29,79 %	10	21,74 %	24	25,80 %
10 - 15 let	3	6,38 %	5	10,87 %	8	8,61 %
15 - 20 let	5	10,64 %	2	4,35 %	7	7,53 %
25 – 30 let	3	6,38 %	0	0,00 %	3	3,23 %
30 a více	5	10,64 %	1	2,17 %	6	6,46 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 5 popisuje zastoupení zdravotníků dle odpracovaných let na stávajícím oddělení. Na stávajícím oddělení pracuje obdivuhodných **30 let a více** pouze 6 respondentů. Ve skupině **25-30 let** jsou zařazeni jen 3 respondenti z pracovišť pro děti. Do skupiny **15-20 let** je zařazeno 7 zdravotníků, což je o 1 méně než ve skupině **10-15 let**. Druhou nejčetnější skupinou se stali s počtem 24 respondentů zdravotníci pracující na stávajícím oddělení **5-10 let**. Nejčetnější je skupina **0-5 let**.

Položka č. 1) Setkáváte se s pojmem „syndrom vyhoření“?

Obrázek č. 6: Setkávání se s pojmem „syndrom vyhoření“



Obrázek č. 6 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 1 v celkovém souboru oslovených. Na pracovištích pro dospělé volili zdravotníci variantu **nikdy** v procentuálním zastoupení o 0,23% více než zdravotníci z pracovišť pro děti. **Občas** se s pojmem „syndrom vyhoření“ setkává v procentuálním zastoupení o 3,15% více respondentů z pracovišť pro děti. Možnost **často** si v tomto případě vybralo v procentuálním zastoupení o 5,01% více zdravotníci z pracovišť pro dospělé. **Vždy** se s tímto pojmem setkávají častěji respondenti z pracovišť pro děti, a to o 2,09% více.

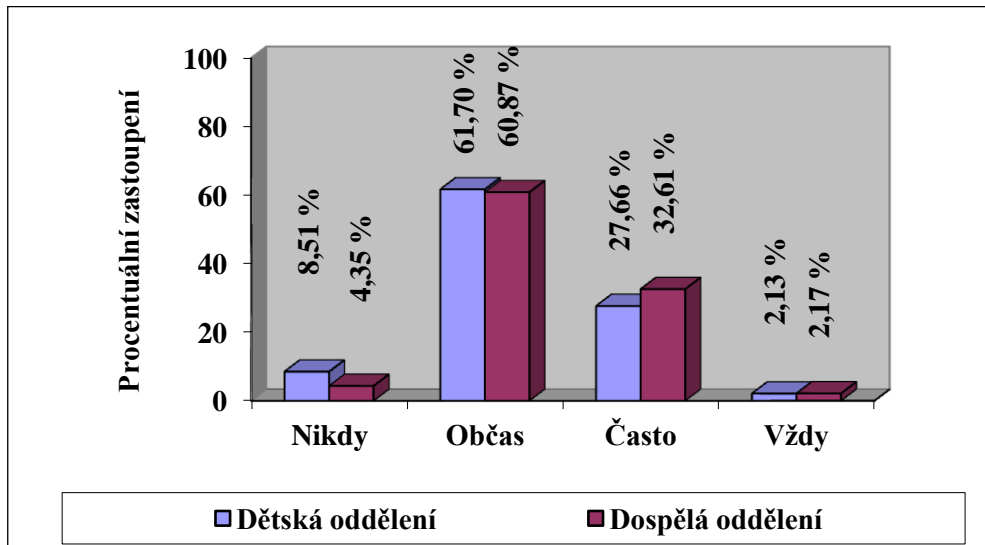
Tabulka č. 6: Setkávání se s pojmem „syndrom vyhoření“

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	5	10,64 %	5	10,87 %	10	10,75 %
Občas	26	55,32 %	24	52,17 %	50	53,76 %
Často	14	29,78 %	16	34,79 %	30	32,26 %
Vždy	2	4,26 %	1	2,17 %	3	3,23 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 6 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 1 v celkovém souboru oslovených. Z tabulky vyplývá, že nejnižší počet zdravotníků si za svojí odpověď zvolilo položku **vždy**. Jedná se o celkový počet 3 respondentů, z čehož jsou 2 zdravotníci z pracovišť pro děti a 1 z pracovišť pro dospělé. Následuje varianta **nikdy** s celkovým počtem 10 zdravotníků. Dále možnost **často**, kterou si vybralo 30 respondentů. Nejčetnější odpovědí byla položka **občas**. Z pracovišť pro děti jí volilo 26 zdravotníků a z pracovišť pro dospělé o 2 zdravotníky méně.

Položka č. 2) Pociťujete na sobě psychické zatížení, stres?

Obrázek č. 7: Pocit psychického zatížení



Obrázek č. 7 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 2. U této otázky volilo možnost **nikdy** a **občas** více zdravotníků z pracovišť pro děti než z pracovišť pro dospělé. Konkrétně se jedná v procentuálním zastoupení o 4,16% více respondentů u varianty nikdy a pouhých 0,83% více u položky občas. Naopak možnost **často** a **vždy** si zvolili více zdravotníci z pracovišť pro dospělé.

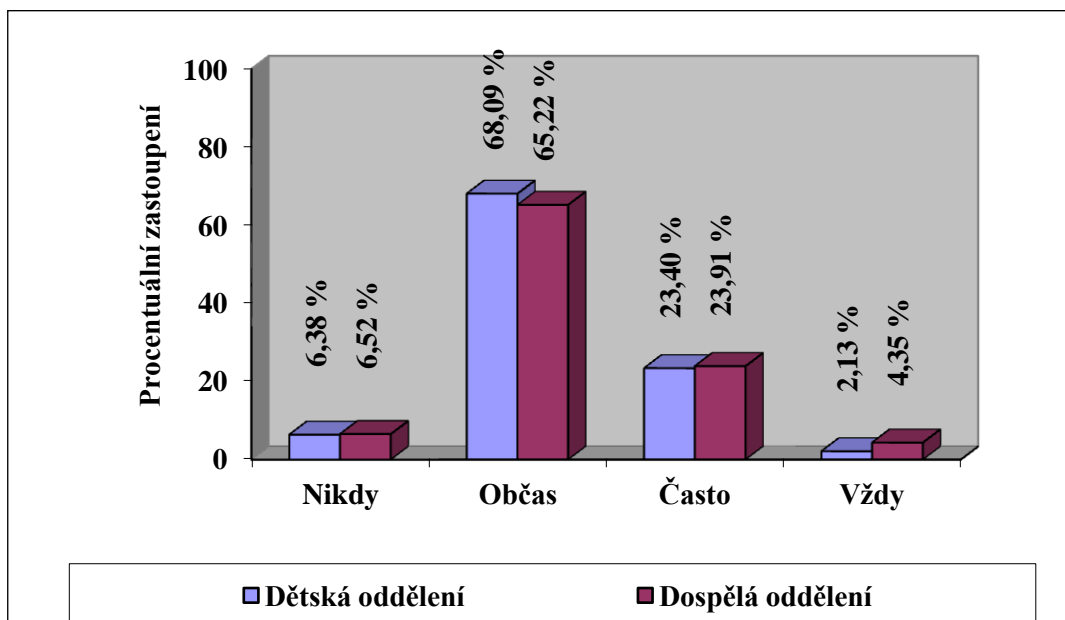
Tabulka č. 7: Pocit psychického zatížení

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	4	8,51 %	2	4,35 %	6	6,45 %
Občas	29	61,70 %	28	60,87 %	57	61,29%
Často	13	27,66 %	15	32,61 %	28	30,11 %
Vždy	1	2,13 %	1	2,17 %	2	2,15 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 7 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 2. Z tabulky vyplývá, že **nikdy** na sobě psychické zatížení nepocítuje celkem 6 zdravotníků. Z toho 4 z pracoviště pro děti a 2 z pracovišť pro dospělé. Naopak **vždy** na sobě pocítují psychické zatížení celkem 2 respondenti, z každého typu pracoviště po 1. Variantu **často** si zvolilo 28 zdravotníků. Nejčtenější odpovědí byla položka **občas**. Z pracovišť pro děti jí volilo 29 zdravotníků a z pracovišť pro dospělé o 1 zdravotníka méně.

Položka č. 3) Cítíte se unavení, vyčerpaní?

Obrázek č. 8: Pocit vyčerpání



Obrázek č. 8 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 3. Na pracovištích pro dospělé volilo možnost **nikdy** v procentuálním zastoupení o 0,14% více zdravotníků než z pracovišť pro děti. Položku **občas** si vybralo v procentuálním zastoupení o 2,87% více respondentů z pracovišť pro děti. U této otázky volilo možnost **často** a **vždy** více zdravotníků z pracovišť pro dospělé než z pracovišť pro děti. Konkrétně se jedná v procentuálním zastoupení o 0,51% více respondentů u varianty často a o 2,22% více u položky vždy.

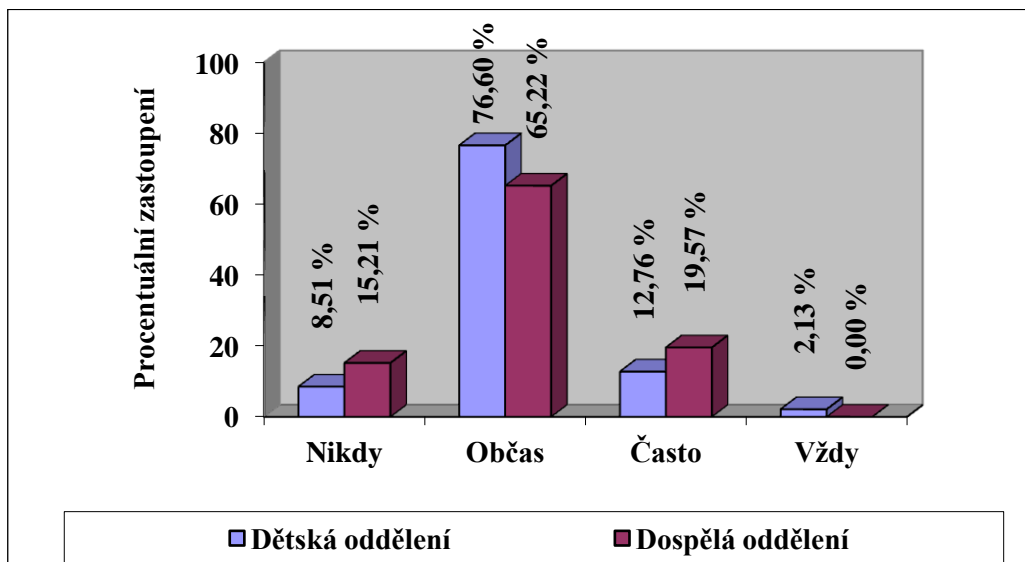
Tabulka č. 8: Pocit vyčerpání

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	3	6,38 %	3	6,52 %	6	6,45 %
Občas	32	68,09 %	30	65,22 %	62	66,67 %
Často	11	23,40 %	11	23,91 %	22	23,65 %
Vždy	1	2,13 %	2	4,35 %	3	3,23 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 8 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 3. Z tabulky vyplývá, že **nikdy** se necítí být unaveno celkem 6 zdravotníků, z pracovišť pro děti 3 zdravotníci a z pracovišť pro dospělé taktéž. **Vždy** se naopak cítí být unaveni celkem 3 respondenti, z toho 1 respondent z dětských a 2 z dospělých oddělení. Variantu **často** si zvolilo 22 zdravotníků. Nejčetnější odpovědí byla položka **občas**. Z pracovišť pro děti jí volilo 32 zdravotníků a z pracovišť pro dospělé o 2 zdravotníka méně.

Položka č. 4) Cítíte se smutní, „otrávení“?

Obrázek č. 9: Jak se respondenti cítí



Obrázek č. 9 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 4. Na pracovištích pro dospělé volili zdravotníci variantu **nikdy** v procentuálním zastoupení o 6,70% více než zdravotníci z pracovišť pro děti. **Občas** se cítí smutně v procentuálním zastoupení o 11,38% více respondentů z pracovišť pro děti. Možnost **často** si v tomto případě vybralo v procentuálním zastoupení o 6,81% více zdravotníků z pracovišť pro dospělé. **Vždy** se cítí otrávení častěji respondenti z pracovišť pro děti a to o 2,13%.

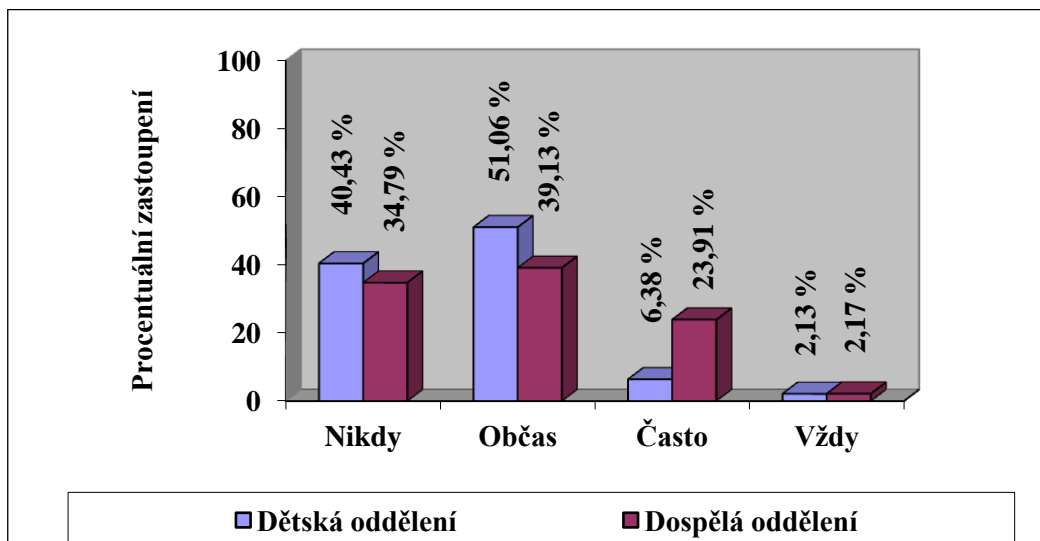
Tabulka č. 9: Jak se respondenti cítí

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	4	8,51 %	7	15,21 %	11	11,83 %
Občas	36	76,60 %	30	65,22 %	66	70,96%
Často	6	12,76 %	9	19,57 %	15	16,13 %
Vždy	1	2,13 %	0	0,00 %	1	1,08 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 9 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 4. Z tabulky vyplývá, že **nikdy** netrpí pocitem smutku celkem 11 zdravotníků, z pracovišť pro děti 4 zdravotníci a z pracovišť pro dospělé 7 zdravotníků. **Vždy** naopak trpí smutkem celkem 1 respondent, a to respondent z pracovišť pro děti. Variantu **často** si zvolilo 15 zdravotníků. Nejčtenější odpovědí byla položka **občas**. Z pracovišť pro děti jí volilo 36 zdravotníků a z pracovišť pro dospělé o 6 zdravotníků méně.

Položka č. 5) Radujete se méně než dříve?

Obrázek č. 10: Pocit radosti



Obrázek č. 10 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 5. U této otázky volilo možnost **nikdy** a **občas** více zdravotníků z pracovišť pro děti než z pracovišť pro dospělé. Konkrétně se jedná v procentuálním zastoupení o 5,64% více respondentů u varianty nikdy a o 11,93% více u položky občas. Naopak možnost **často** a **vždy** si vybírali více zdravotníci z pracovišť pro dospělé. Jedná se v procentuálním zastoupení téměř o čtyřnásobek, konkrétní rozdíl je 17,53% v případě odpovědi často a o zanedbatelných 0,04% u varianty vždy.

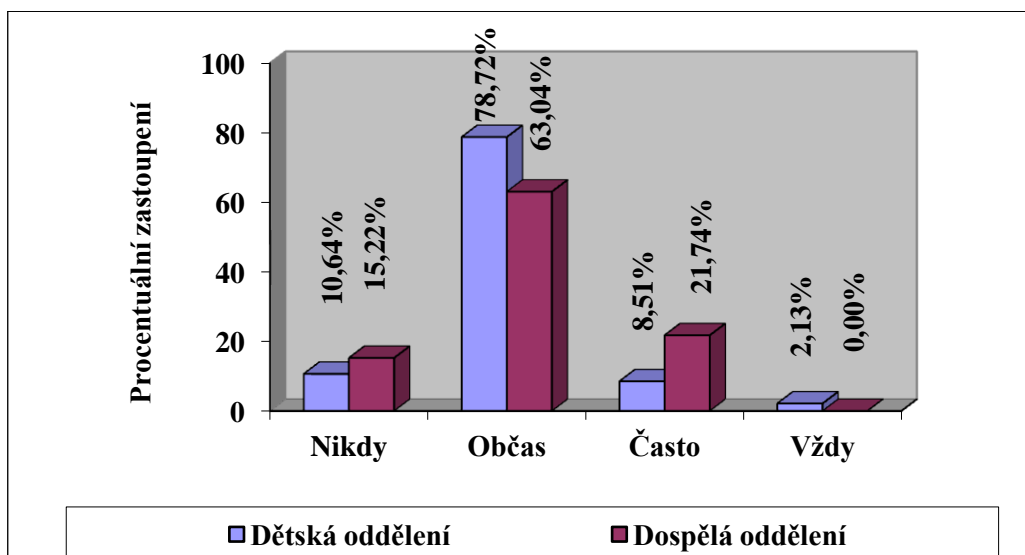
Tabulka č. 10: Pocit radosti

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	19	40,43%	16	34,79 %	35	37,64 %
Občas	24	51,06 %	18	39,13 %	42	45,16 %
Často	3	6,38 %	11	23,91 %	14	15,05 %
Vždy	1	2,13 %	1	2,17 %	2	2,15 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 10 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 5. Z tabulky vyplývá, že odpověď **nikdy** si zvolilo celkem 35 zdravotníků, z toho 19 zdravotníků z pracovišť pro děti a 16 z pracovišť pro dospělé. Naopak možnost **vždy** si vybrali celkem 2 respondenti. Z obou pracovišť po 1. Variantu **často** si zvolilo 14 zdravotníků. Nejčetnější odpovědí byla položka **občas**. Z pracovišť pro děti jí volilo 24 zdravotníků a z pracovišť pro dospělé o 6 zdravotníků méně.

Položka č. 6) Cítíte se podráždění?

Obrázek č. 11: Pocit podráždění



Obrázek č. 11 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 6. Na pracovištích pro dospělé volili zdravotníci variantu **nikdy** v procentuálním zastoupení o 4,58% více než zdravotníci z pracovišť pro děti. **Občas** se cítí být podrážděno v procentuálním zastoupení o 15,68% více respondentů z pracovišť pro děti. Možnost **často** si v tomto případě vybralo v procentuálním zastoupení o 13,23% více zdravotníků z pracovišť pro dospělé. **Vždy** se cítí být podrážděni častěji respondenti z pracovišť pro děti a to o 2,13%.

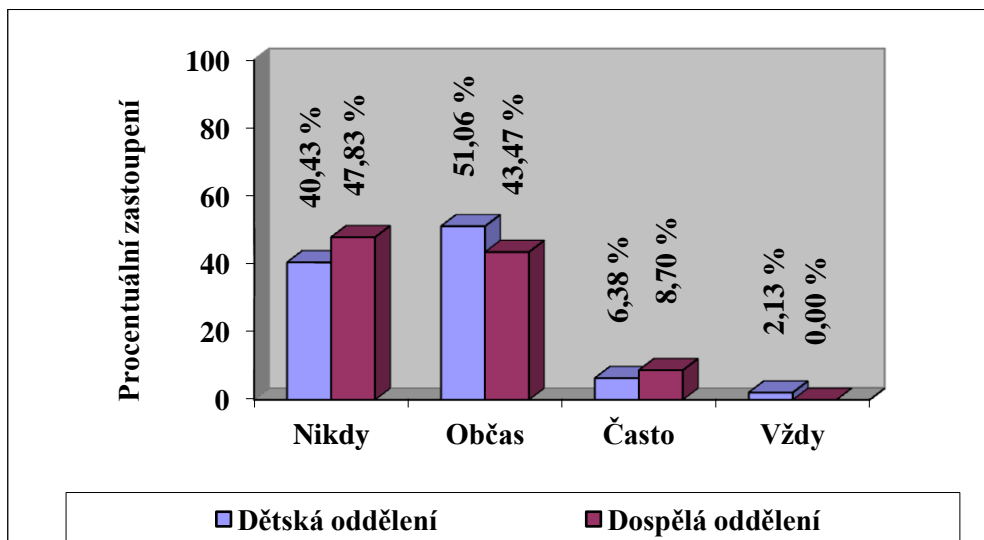
Tabulka č. 11: Pocit podrážděnosti

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	5	10,64 %	7	15,22 %	12	12,90 %
Občas	37	78,72 %	29	63,04 %	66	70,97 %
Často	4	8,51 %	10	21,74 %	14	15,05 %
Vždy	1	2,13 %	0	0,00 %	1	1,08 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 11 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 6. Z uvedeného vyplývá, že celkem 12 zdravotníků se necítí **nikdy** podrážděno, z toho 5 zdravotníků z pracovišť pro děti a 7 z pracovišť pro dospělé. **Vždy** je podrážděn celkem 1 respondent a to z pracovišť pro děti. Variantu **často** si zvolilo 14 zdravotníků. Nejčetnější odpovědí byla položka **občas**. Z pracovišť pro děti jí volilo 37 zdravotníků a z pracovišť pro dospělé o 8 zdravotníků méně.

Položka č. 7) Máte pocit ztráty smyslu pro humor?

Obrázek č. 12: Pocit ztráty smyslu pro humor



Obrázek č. 12 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 7. Na pracovištích pro dospělé volili zdravotníci variantu **nikdy** v procentuálním zastoupení o 7,40% více než zdravotníci z pracovišť pro děti. **Občas** má pocit ztráty smyslu pro humor v procentuálním zastoupení o 7,59% více respondentů z pracovišť pro děti. Možnost **často** si v tomto případě vybralo v procentuálním zastoupení o 2,32% více zdravotníků z pracovišť pro dospělé. **Vždy** mají pocit ztráty smyslu pro humor častěji respondenti z pracovišť pro děti a to 2,13%.

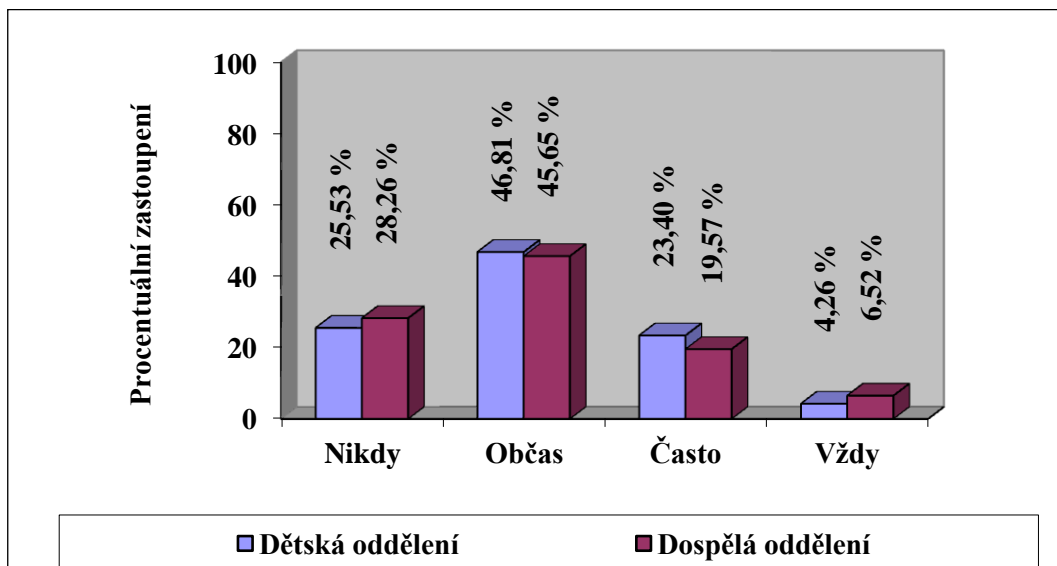
Tabulka č. 12: Pocit ztráty smyslu pro humor

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	19	40,43%	22	47,83 %	41	44,08 %
Občas	24	51,06 %	20	43,47 %	44	47,31 %
Často	3	6,38 %	4	8,70 %	7	7,53 %
Vždy	1	2,13 %	0	0,00 %	1	1,08 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 12 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 7. **Nikdy** neztrácí smysl pro humor celkem 41 zdravotníků a to v poměru 19 zdravotníků z dětských a 22 z dospělých oddělení. Naopak odpověď **vždy** si zvolil u této otázky pouze 1 respondent z dětských oddělení. Variantu **často** si zvolilo 7 zdravotníků. Nejčetnější odpovědí byla položka **občas**. Z pracovišť pro děti jí volilo 24 zdravotníků a z pracovišť pro dospělé o 4 zdravotníky méně.

Položka č. 8) Je pravda, že se svými přáteli se setkáváte čím dál méně?

Obrázek č. 13: Setkávání se s přáteli



Obrázek č. 13 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 8. V tomto případě si vybírali častěji odpověď **nikdy** zdravotníci z pracovišť pro dospělé než zdravotníci z pracovišť pro děti a to konkrétně v procentuálním zastoupení o 2,73%. Možnost **občas** a **často** volilo více zdravotníků z pracovišť pro děti než z pracovišť pro dospělé. Konkrétně se jedná v procentuálním zastoupení o 1,16% více respondentů u varianty občas a o 3,83% více u položky často. Odpověď **vždy** si vybralo v procentuálním zastoupení o 2,26% více zdravotníků z pracovišť pro dospělé.

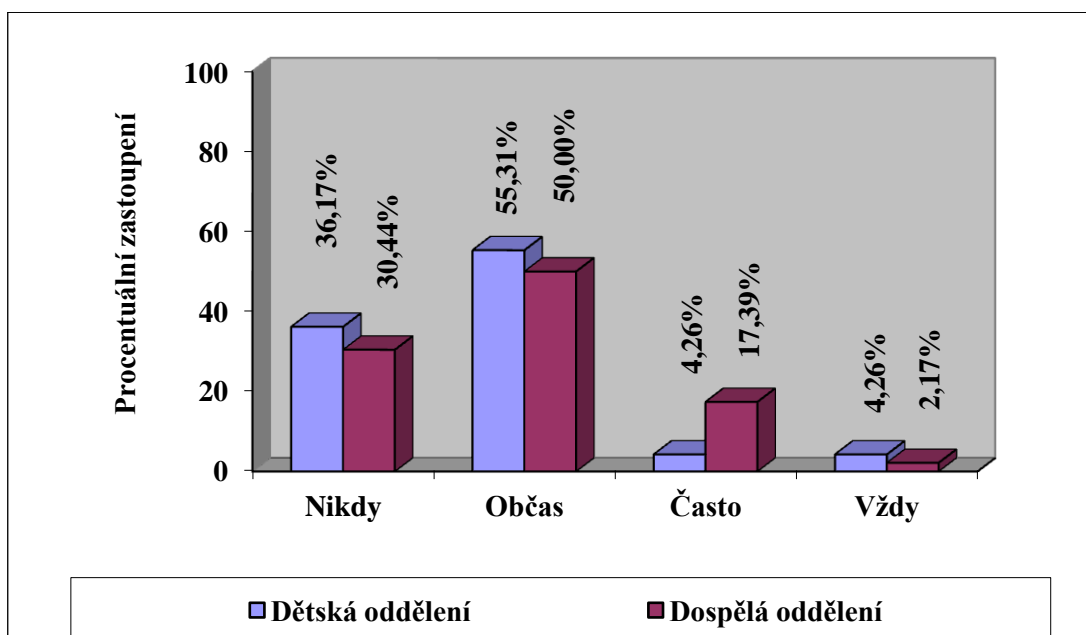
Tabulka č. 13: Setkávání se s přáteli

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	12	25,53%	13	28,26 %	25	26,87 %
Občas	22	46,81 %	21	45,65 %	43	46,24 %
Často	11	23,40 %	9	19,57 %	20	21,51 %
Vždy	2	4,26 %	3	6,52 %	5	5,38 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 13 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 8. Z tabulky vyplývá, že odpověď **nikdy** si zvolilo celkem 25 zdravotníků, z toho 12 zdravotníků z pracovišť pro děti a 13 z pracovišť pro dospělé. Naopak možnost **vždy** si vybralo celkem 5 respondentů. Z pracovišť pro děti 2 a z pracovišť pro dospělé 3 zdravotníci. Variantu **často** si zvolilo 20 zdravotníků. Nejčetnější odpovědí byla položka **občas**. Z pracovišť pro děti jí volilo 22 zdravotníků a z pracovišť pro dospělé o 1 zdravotníka méně.

Položka č. 9) Jste raději sami a cítíte, že s ostatními si nemáte co říci?

Obrázek č. 14: Pocit samoty



Obrázek č. 14 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 9. U této otázky volilo možnost **nikdy** a **občas** více zdravotníků z pracovišť pro děti než z pracovišť pro dospělé. Konkrétně se jedná v procentuálním zastoupení o 5,7 % více respondentů u varianty nikdy a o 5,31% více u položky občas. Možnost **často** si vybírali více zdravotníci na pracovištích pro dospělé. Jedná se v procentuálním zastoupení téměř o čtyřnásobek a to o rozdíl 13,13%. Odpověď **vždy** převažuje u respondentů z pracovišť pro děti a to v procentuálním zastoupení o 2,09%.

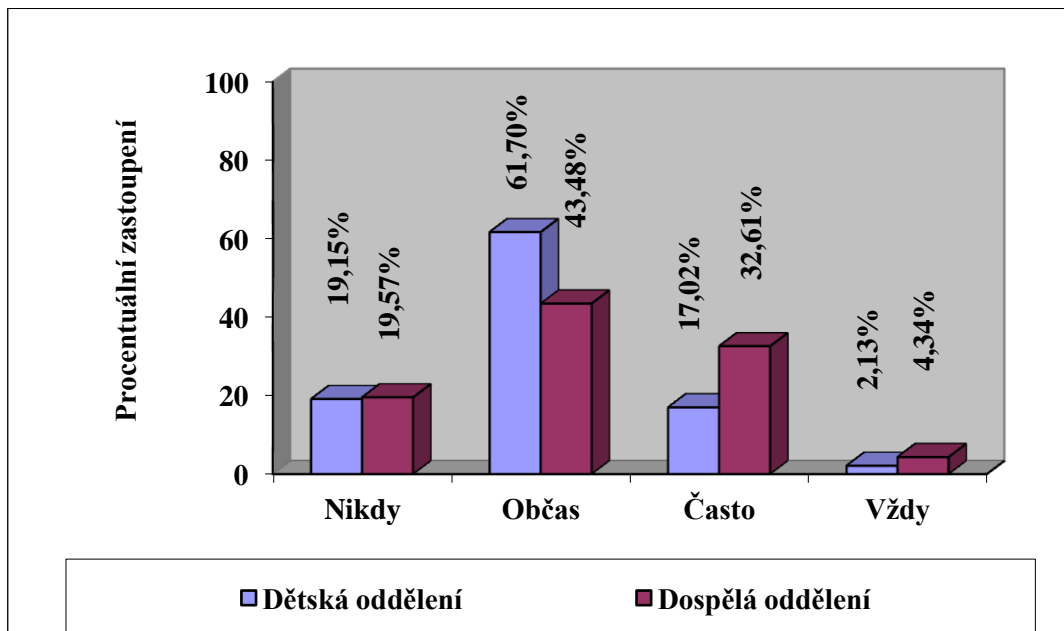
Tabulka č. 14: Pocit samoty

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	17	36,17%	14	30,44 %	31	33,33 %
Občas	26	55,31 %	23	50,00 %	49	52,69 %
Často	2	4,26 %	8	17,39 %	10	10,75 %
Vždy	2	4,26 %	1	2,17 %	3	3,23 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 14 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 9. Nejnižší počet zdravotníků si zvolilo za svojí odpověď položku **vždy**. Jedná se o celkový počet 3 respondentů. Naopak možnost **nikdy** si vybralo 31 respondentů. Variantu **často** si zvolilo 10 zdravotníků. Nejčetnější odpovědí byla položka **občas**. Z pracovišť pro děti jí volilo 26 zdravotníků a z pracovišť pro dospělé o 3 zdravotníky méně.

Položka č. 10) Omezuje Vás práce ve věnování se oblíbeným činnostem?

Obrázek č. 15: Omezování oblíbených činností



Obrázek č. 15 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 10. Na pracovištích pro dospělé volili zdravotníci variantu **nikdy** v procentuálním zastoupení o 0,42% více než zdravotníci z pracovišť pro děti. Možnost **občas** si vybírali častěji respondenti z pracovišť pro děti. Konkrétně se jedná v procentuálním zastoupení o rozdíl 18,22%. Položku **často** a **vždy** si vybírali více zdravotníci z pracovišť pro dospělé. Jedná se v procentuálním o rozdíl 15,59% v případě odpovědi často a o 2,21% u varianty vždy.

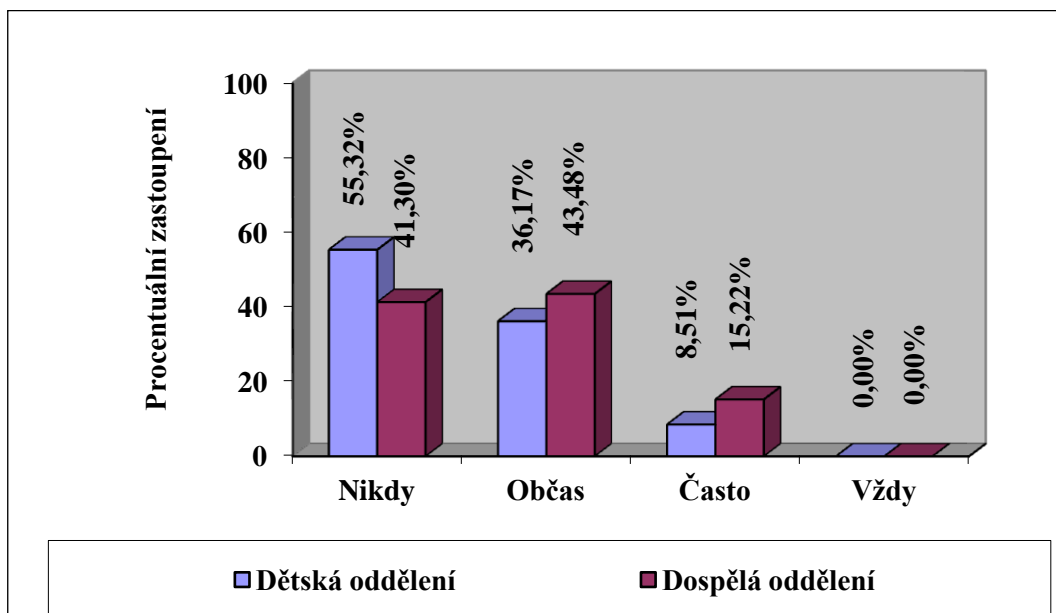
Tabulka č. 15: Omezování oblíbených činností

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	9	19,15 %	9	19,57 %	18	19,35 %
Občas	29	61,70 %	20	43,48 %	49	52,69 %
Často	8	17,02 %	15	32,61 %	23	24,73 %
Vždy	1	2,13 %	2	4,34 %	3	3,23 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 15 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 10. Z tabulky vyplývá, že odpověď **nikdy** si zvolilo celkem 18 zdravotníků, z toho 9 zdravotníků z pracovišť pro děti a stejný počet z pracovišť pro dospělé. Naopak možnost **vždy** si vybrali celkem 3 respondenti. Z pracovišť pro děti 1 a z pracovišť pro dospělé 2 zdravotníci. Variantu **často** si zvolilo 23 zdravotníků. Nejčtenější odpovědí byla položka **občas**. Z pracovišť pro děti jí volilo 29 zdravotníků a z pracovišť pro dospělé o 9 zdravotníků méně.

Položka č. 11) Máte pocit, že dříve oblíbené činnosti Vás baví již méně?

Obrázek č. 16: Pocit ztráty zájmů



Obrázek č. 16 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 11. U této otázky si vybírali častěji variantu **nikdy** zdravotníci z pracovišť pro děti než z pracovišť pro dospělé a to konkrétně v procentuálním zastoupení o 14,02%. Možnost **občas** a **často** volilo více zdravotníků z pracovišť pro dospělé než z pracovišť pro děti. Konkrétně se jedná v procentuálním zastoupení o 7,31% více respondentů u varianty občas a o 6,71% více u položky často. Odpověď **vždy** neuvádí žádný z uvedených respondentů.

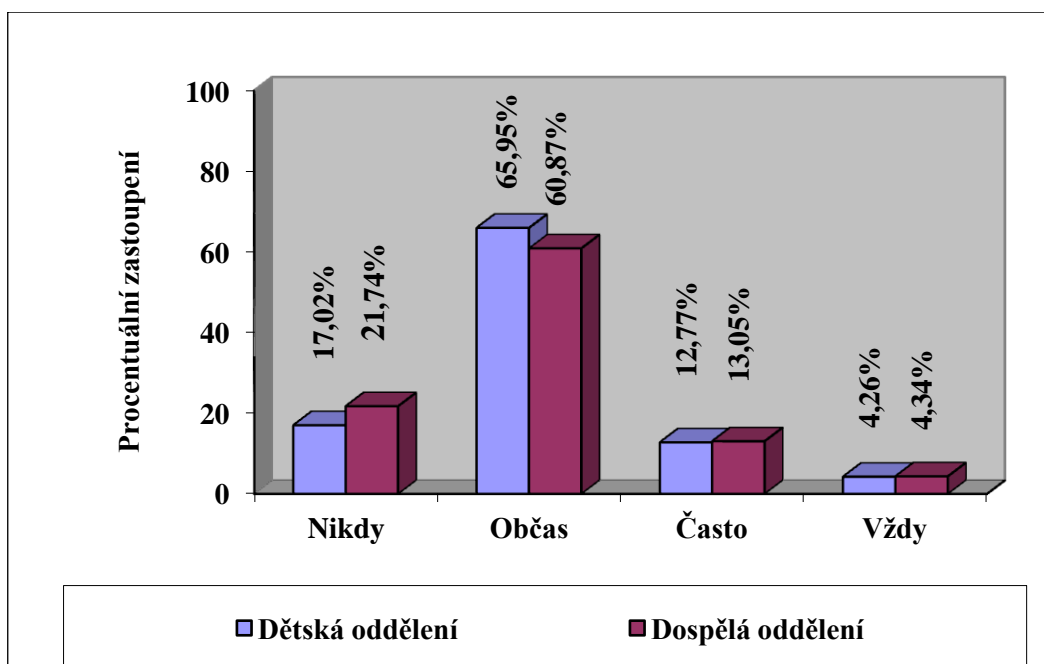
Tabulka č. 16: Pocit ztráty zájmů

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	26	55,32%	19	41,30 %	45	48,39 %
Občas	17	36,17 %	20	43,48 %	37	39,79 %
Často	4	8,51 %	7	15,22 %	11	11,82 %
Vždy	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 16 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 11. Z uvedeného lze usoudit, že nejčastěji zdravotníci uváděli odpověď **nikdy**, a to celkem 45 zdravotníků. Konkrétně se jedná o 26 respondentů z dětských a 19 z dospělých oddělení. Položku **vždy** ne zvolil žádný z oslovených zdravotníků. Variantu **často** si zvolilo 11 zdravotníků. Možnost **občas**, kterou si vybralo 37 respondentů, se v četnosti odpovědí umístila až na druhém místě.

Položka č. 12) Trápí Vás tělesné obtíže?

Obrázek č. 17: Tělesné obtíže



Obrázek č. 17 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 12. Na pracovištích pro dospělé volili zdravotníci variantu **nikdy** v procentuálním zastoupení o 4,72% více než zdravotníci z pracovišť pro děti. Možnost **občas** si vybírali častěji respondenti z pracovišť pro děti. Konkrétně se jedná v procentuálním zastoupení o rozdíl 5,08%. Procentuální rozdíl u položek **často** a **vždy** je zanedbatelný, jedná se o stejný počet respondentů se zvolenou odpovědí u obou možností.

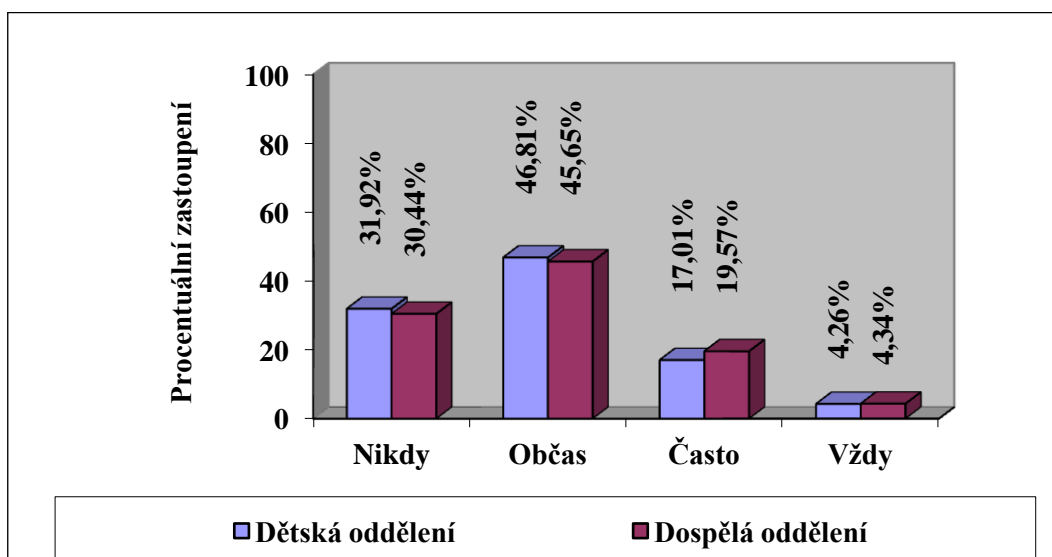
Tabulka č. 17: Tělesné obtíže

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	8	17,02%	10	21,74 %	18	19,36 %
Občas	31	65,95 %	28	60,87 %	59	63,44 %
Často	6	12,77 %	6	13,05 %	12	12,90 %
Vždy	2	4,26 %	2	4,34 %	4	4,30 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 17 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 12. **Nikdy** tělesné obtíže netrápí 18 zdravotníků z dotazovaných. Jedná se o 8 respondentů z pracovišť pro děti a 10 z pracovišť pro dospělé. Naopak odpověď **vždy** si zvolili 4 respondenti, 2 z pracovišť pro děti a stejný počet z pracovišť pro dospělé. Variantu **často** si zvolilo 12 zdravotníků. Nejčetnější odpovědí byla položka **občas**. Z pracovišť pro děti jí volilo 31 zdravotníků a z pracovišť pro dospělé o 3 zdravotníky méně.

Položka č. 13) Máte potíže se spánkem?

Obrázek č. 18: Potíže se spánkem

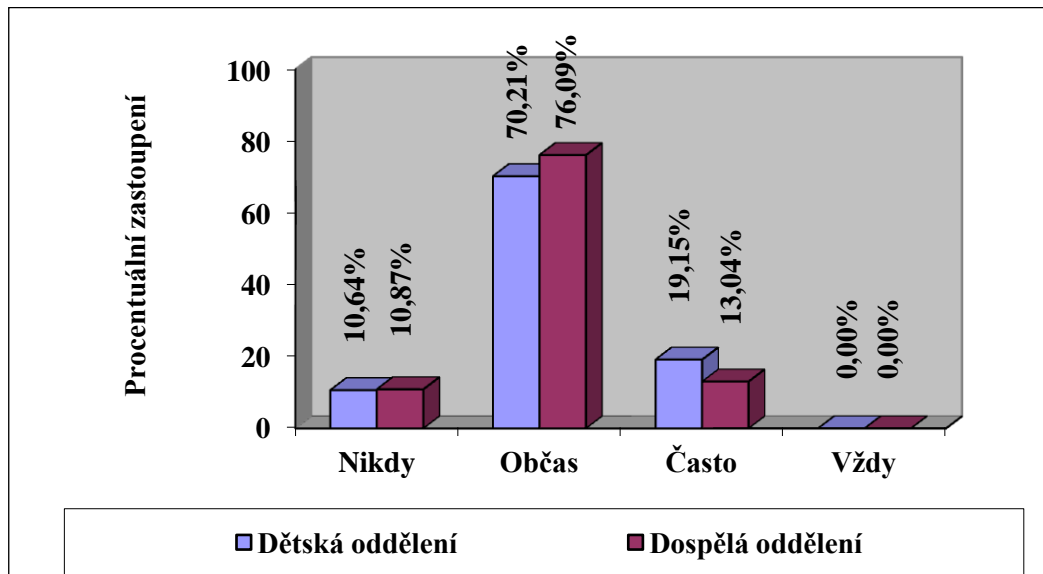


Obrázek č. 18 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 13. U této otázky volilo možnost **nikdy** a **občas** více zdravotníků z pracovišť pro děti než z pracovišť pro dospělé. Konkrétně se jedná v procentuálním zastoupení o 1,48% více respondentů u varianty nikdy a 1,16% více u položky občas. Naopak možnost **často** a **vždy** si vybírali více zdravotníci z pracovišť pro dospělé. Jedná se v procentuálním zastoupení o rozdíl 2,56% v případě odpovědí často a o zanedbatelných 0,08% u varianty vždy.

Tabulka č. 18: Potíže se spánkem

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	15	31,92 %	14	30,44 %	29	31,18 %
Občas	22	46,81 %	21	45,65 %	43	46,24 %
Často	8	17,01 %	9	19,57 %	17	18,28 %
Vždy	2	4,26 %	2	4,34 %	4	4,30 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 18 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 13. **Nikdy** nemá potíže se spánkem celkem 29 zdravotníků a to v zastoupení 15 respondentů z pracovišť pro děti a 14 z pracovišť pro dospělé. **Vždy** uvádějí potíže se spánkem celkem 4 respondenti. Z pracovišť pro děti 2 zdravotníci a z pracovišť pro dospělé taktéž. Variantu **často** si zvolilo 17 zdravotníků. Nejčtenější odpovědí byla položka **občas**. Z pracovišť pro děti jí volilo 22 zdravotníků a z pracovišť pro dospělé o 1 zdravotníka méně.

Položka č. 14) Máte potíže se soustředěním, zapomínáte?**Obrázek č. 19: Potíže se soustředěním**

Obrázek č. 19 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 14. Na pracovištích pro dospělé volili zdravotníci variantu **nikdy** v procentuálním zastoupení o zanedbatelných 0,23% více (absolutní četnost je pro obě pracoviště stejná) než zdravotníci z pracovišť pro děti. **Občas** udává potíže se soustředěním v procentuálním zastoupení o 5,88% více respondentů z pracovišť pro dospělé. Možnost **často** si v tomto případě vybralo v procentuálním zastoupení o 6,11% více zdravotníků z pracovišť pro děti.

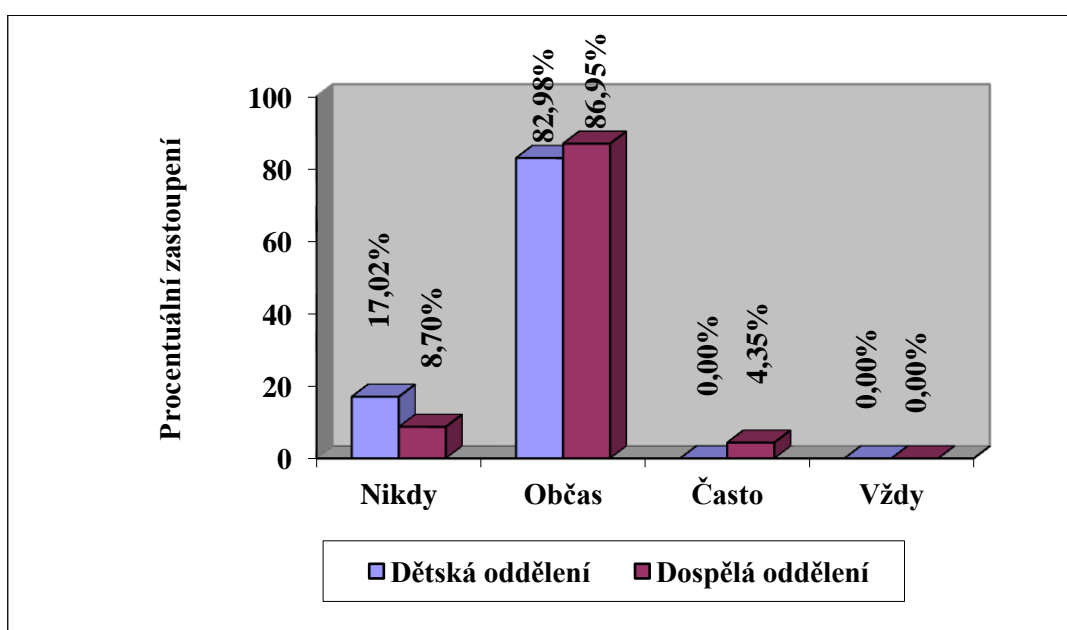
Tabulka č. 19: Potíže se soustředěním

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	5	10,64 %	5	10,87 %	10	10,75 %
Občas	33	70,21 %	35	76,09 %	68	73,12 %
Často	9	19,15 %	6	13,04 %	15	16,13 %
Vždy	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 19 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle výběru odpovědi na otázku č. 14. S tím, že **nikdy** nemají zdravotníci potíže se soustředěním, uvádí celkem 10 respondentů a to ve stejném počtu jak z pracovišť pro děti, tak pro dospělé. Možnost **vždy** nevolil nikdo z dotázaných. Variantu **často** si zvolilo 15 zdravotníků. Nejčetnější odpovědí byla položka **občas**. Z pracovišť pro děti jí volilo 33 zdravotníků a z pracovišť pro dospělé o 2 zdravotníky více.

Položka č. 15) Děláte chyby?

Obrázek č. 20: Chybování respondentů



Obrázek č. 20 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 15. Zdravotníci z pracovišť pro děti uvádí, že **nikdy** nedělají chyby, ve více případech než respondenti z pracovišť pro dospělé. V procentuálním zastoupení se jedná o rozdíl 8,32%. Z celkového počtu respondentů přiznává v procentuálním zastoupení 84,95% zdravotníků, že chybují **občas**. Avšak více zdravotníci z pracovišť pro dospělé. Konkrétně se jedná o rozdíl v procentuálním zastoupení 3,97%. Možnost **často** si volili pouze respondenti z pracovišť pro dospělé a variantu **vždy** neuvádí žádný z oslovených.

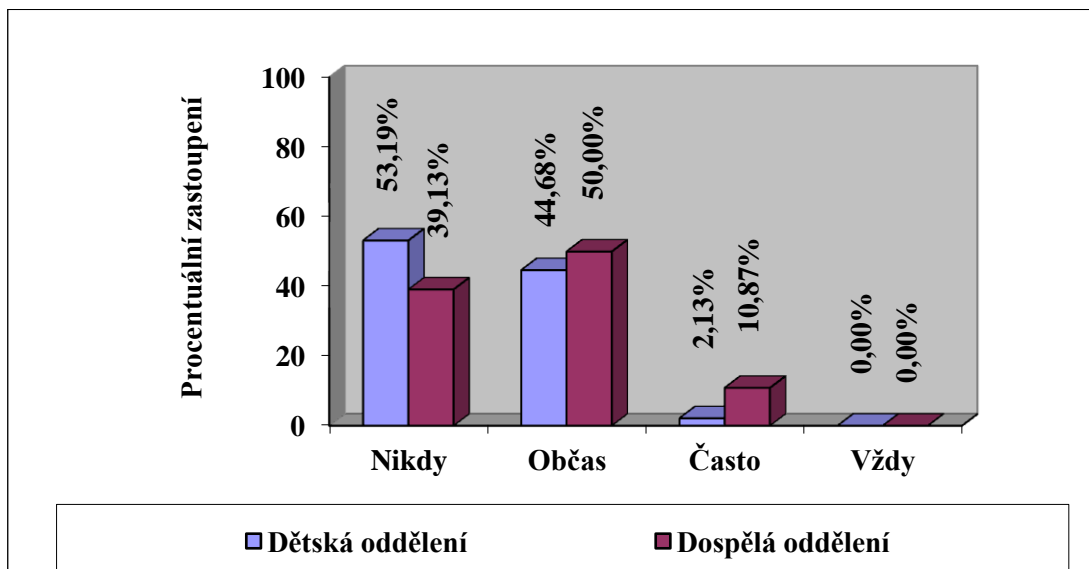
Tabulka č. 20: Chybování respondentů

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	8	17,02%	4	8,70 %	12	12,90 %
Občas	39	82,98 %	40	86,95 %	79	84,95 %
Často	0	0,00 %	2	4,35 %	2	2,15 %
Vždy	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 20 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 15. Celkem 12 zdravotníků uvedlo, že nedělají **nikdy** chyby, z toho se jedná o 8 zdravotníků z pracovišť pro děti a 4 z pracovišť pro dospělé. Odpověď **vždy** neuvedl žádný z respondentů. Variantu **často** si zvolili 2 zdravotníci. Nejčetnější odpovědí byla položka **občas**. Z pracovišť pro děti jí volilo 39 zdravotníků a z pracovišť pro dospělé o 1 zdravotníka více.

Položka č. 16) Máte pocit, že Vás Vaše zaměstnání nebaví?

Obrázek č. 21: Pocit nezájmu o obor



Obrázek č. 21 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 16. U této otázky si vybírali častěji variantu **nikdy** zdravotníci z pracovišť pro děti než z pracovišť pro dospělé a to konkrétně v procentuálním zastoupení o 14,06%. Položku **občas** volili více respondenti z pracovišť pro dospělé, kde se jedná v procentuálním zastoupení o rozdíl 5,32%. Možnost **často** uvádí v procentuálním zastoupení pětkrát více zdravotníků na pracovištích pro dospělé. Jedná se o rozdíl 8,74%. Možnost **vždy** ne zvolil nikdo z dotázaných.

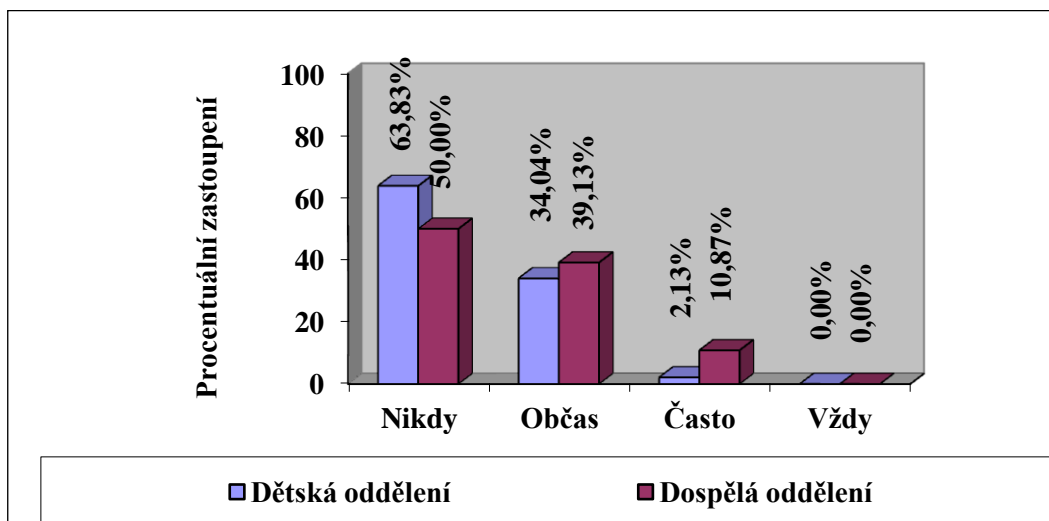
Tabulka č. 21: Pocit nezájmu o obor

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	25	53,19%	18	39,13 %	43	46,24 %
Občas	21	44,68 %	23	50,00%	44	47,31 %
Často	1	2,13 %	5	10,87 %	6	6,45 %
Vždy	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 21 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 16. V tomto případě zvolilo 43 zdravotníků odpověď **nikdy**, a to v zastoupení 25 zdravotníků z pracovišť pro děti a 18 z pracovišť pro dospělé. Položku **vždy** ne zvolil žádný z dotazovaných respondentů. Variantu **často** si zvolilo 6 zdravotníků. Nejčetnější odpovědí byla položka **občas**. Z pracovišť pro děti jí volilo 21 zdravotníků a z pracovišť pro dospělé o 2 zdravotníky více.

Položka č. 17) Máte pocit, že Vaše práce nemá smysl?

Obrázek č. 22: Pocit ztráty smyslu práce



Obrázek č. 22 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 17. U této otázky si vybírali častěji variantu **nikdy** zdravotníci z pracovišť pro děti než z pracovišť pro dospělé a to konkrétně v procentuálním zastoupení o 13,83%. Položku **občas** volili více respondenti z pracovišť pro dospělé, kde se jedná v procentuálním zastoupení o rozdíl 5,09%. Možnost **často** uvádí v procentuálním zastoupení pětkrát více zdravotníků na pracovištích pro dospělé. Jedná se o rozdíl 8,74%. Možnost **vždy** ne zvolil nikdo z dotázaných.

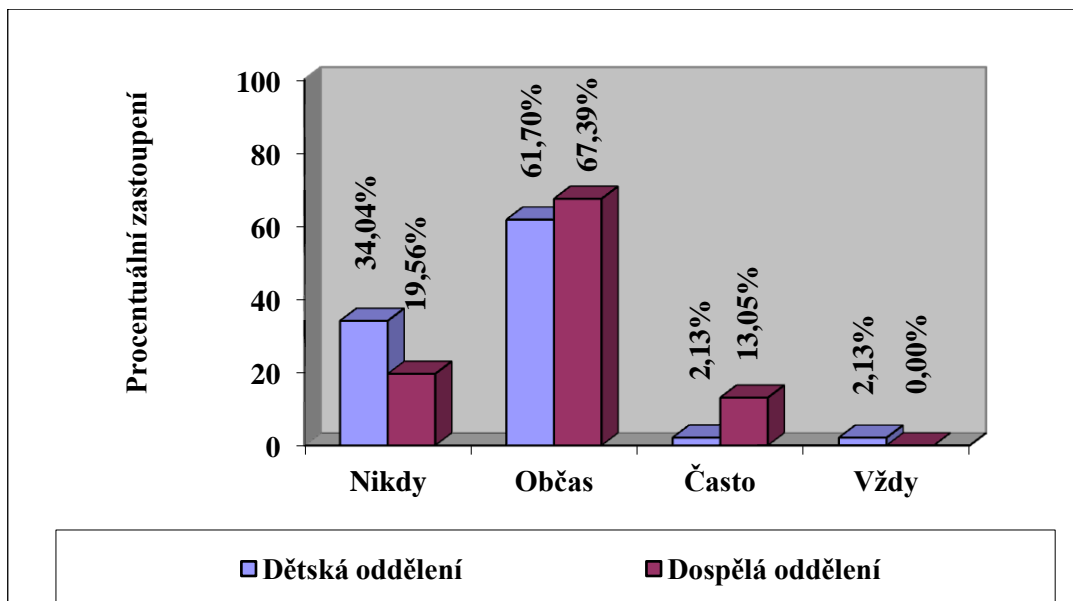
Tabulka č. 22: Pocit ztráty smyslu práce

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	30	63,83%	23	50,00 %	53	56,99 %
Občas	16	34,04 %	18	39,13 %	34	36,56 %
Často	1	2,13 %	5	10,87 %	6	6,45 %
Vždy	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 22 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 17. Volba **nikdy** se stala u této otázky nejčastější s celkovým zastoupením 53 respondentů, z toho 30 zdravotníků z pracovišť pro děti a o 7 méně z pracovišť pro dospělé. Dále následuje možnost **občas** s celkovým zastoupením 34 zdravotníků. Třetí nejčastější odpovědí byla zvolena položka **často** s 6 respondenty a možnost **vždy** nezvolil žádný z oslovených.

Položka č. 18) Pokud diskutujete o své práci, vyjadřujete se o ní negativně?

Obrázek č. 23: Negativní vyjadřování o své práci



Obrázek č. 23 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 18. Na pracovištích pro děti volili zdravotníci variantu **nikdy** v procentuálním zastoupení o 14,48% více než zdravotníci z pracovišť pro dospělé. **Občas** se o své práci vyjadřuje negativně v procentuálním zastoupení o 5,69% více respondentů z pracovišť pro dospělé. Možnost **často** uvádí v procentuálním zastoupení šestkrát více zdravotníků na pracovištích pro dospělé. Jedná se o rozdíl 10,92%. Variantu **vždy** uvádí pouze respondenti z pracovišť pro děti.

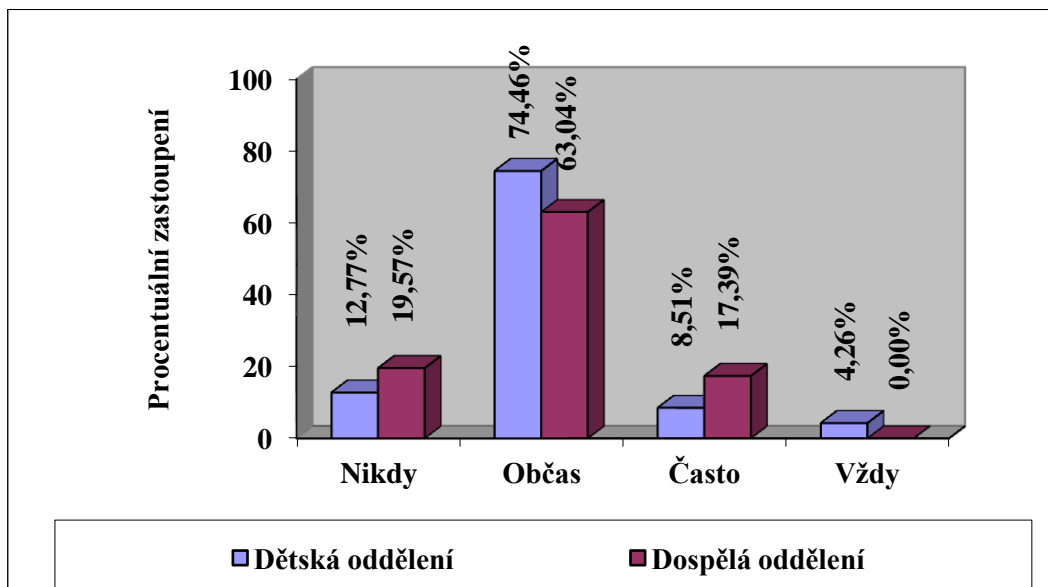
Tabulka č. 23: Negativní vyjadřování o své práci

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	16	34,04 %	9	19,56 %	25	26,87 %
Občas	29	61,70 %	31	67,39 %	60	64,52 %
Často	1	2,13 %	6	13,05 %	7	7,53 %
Vždy	1	2,13 %	0	0,00 %	1	1,08 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 23 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 18. **Nikdy** se o své práci nevyjadřuje negativně 25 respondentů z celkového počtu a to 16 zdravotníků z pracovišť pro děti a 9 z pracovišť pro dospělé. Odpověď **vždy** si zvolil pouze 1 respondent z dětských částí oddělení. Variantu **často** si zvolilo 7 zdravotníků. Nejčetnější odpovědí byla položka **občas**. Z pracovišť pro děti jí volilo 29 zdravotníků a z pracovišť pro dospělé o 2 zdravotníky více.

Položka č. 19) Zažíváte ve své práci stereotyp?

Obrázek č. 24: Zažívání stereotypu



Obrázek č. 24 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 19. Na pracovištích pro dospělé volili zdravotníci variantu **nikdy** v procentuálním zastoupení o 6,80% více než zdravotníci z pracovišť pro děti. Možnost **občas** si vybírali častěji respondenti z pracovišť pro děti. Konkrétně se jedná v procentuálním zastoupení o rozdíl 11,42%. **Častěji** ve své práci zažívají stereotyp zdravotníci z pracovišť pro dospělé, a to v procentuálním zastoupení o 8,88%. Variantu **vždy** uvádějí pouze respondenti z pracovišť pro děti.

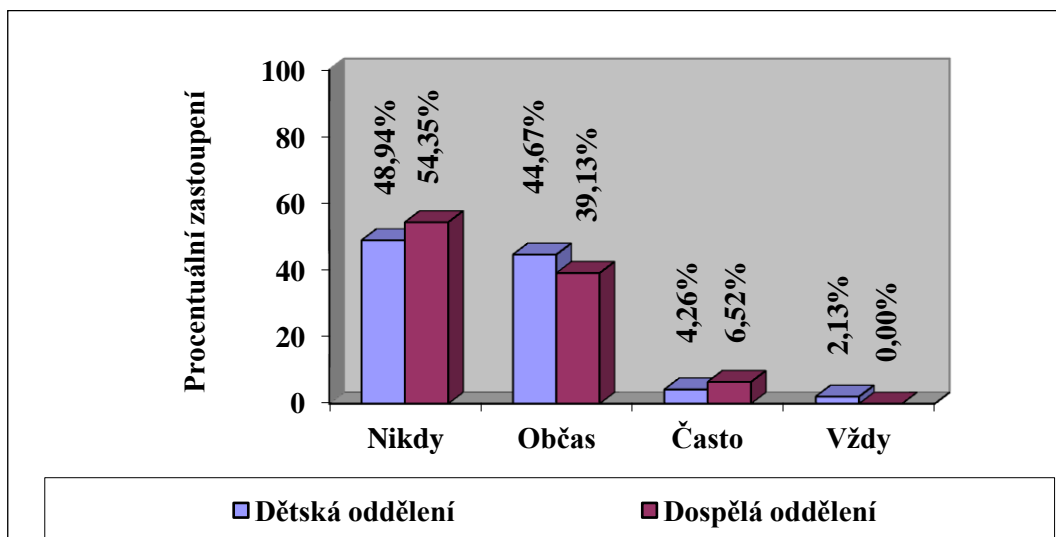
Tabulka č. 24: Zažívání stereotypu

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	6	12,77 %	9	19,57 %	15	16,13 %
Občas	35	74,46 %	29	63,04 %	64	68,82 %
Často	4	8,51 %	8	17,39 %	12	12,90 %
Vždy	2	4,26 %	0	0,00 %	2	2,15 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 24 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 19. **Nikdy** nezažívá ve své práci stereotyp 15 zdravotníků, z toho 6 z pracovišť pro děti a 9 z pracovišť pro dospělé. Naopak pocit, že zažívají ve své práci stereotyp **vždy**, mají 2 respondenti z pracovišť pro děti. Variantu **často** si zvolilo 12 zdravotníků. Nejčetnější odpovědí byla položka **občas**. Z pracovišť pro děti jí volilo 35 zdravotníků a z pracovišť pro dospělé o 6 zdravotníků méně.

Položka č. 20) Pociťujete na sobě, že jste cholerický až agresivní ke kolegům?

Obrázek č. 25: Pocit agresivity vůči kolegům



Obrázek č. 25 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 20. V tomto případě si vybírali častěji odpověď **nikdy** zdravotníci z pracovišť pro dospělé než zdravotníci z pracovišť pro děti a to konkrétně v procentuálním zastoupení o 5,41%. Možnost **občas** volilo více zdravotníků z pracovišť pro děti. Konkrétně se jedná v procentuálním zastoupení o rozdíl 5,54 %. **Častěji** jsou choleričtí až agresivní ke svým kolegům respondenti z pracovišť pro dospělé, kde rozdíl činí v procentuálním zastoupení 2,26%. Variantu **vždy** uvádějí pouze respondenti z pracovišť pro děti.

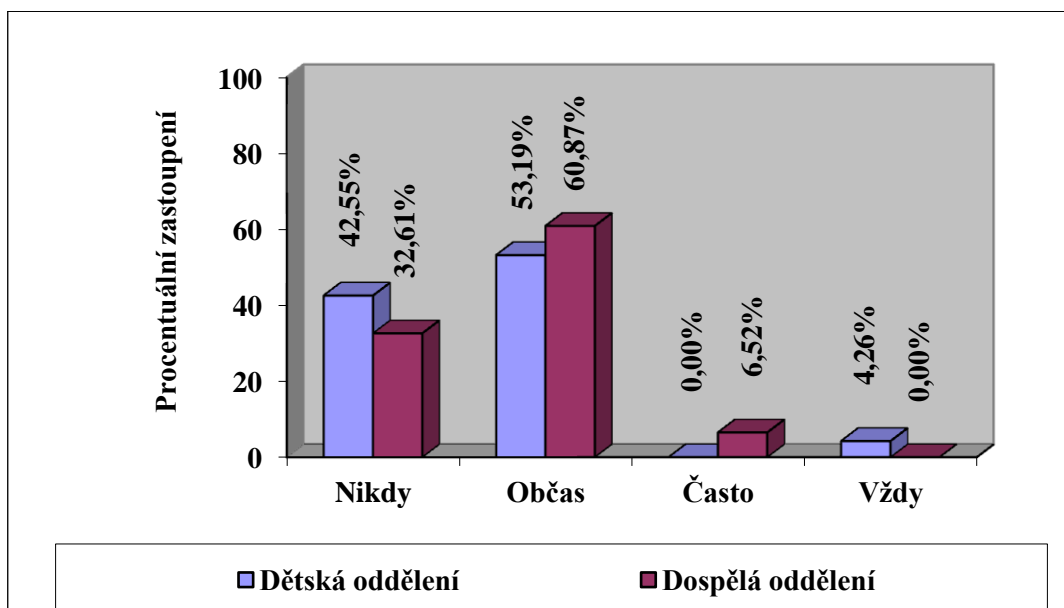
Tabulka č. 25: Pocit agresivity vůči kolegům

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	23	48,94%	25	54,35 %	48	51,60 %
Občas	21	44,67 %	18	39,13 %	39	41,94 %
Často	2	4,26 %	3	6,52 %	5	5,38 %
Vždy	1	2,13 %	0	0,00 %	1	1,08%
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 25 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 20. Nejméně zdravotníků si v tomto případě opět zvolilo možnost **vždy** a to pouze 1 respondent z pracovišť pro děti. Následuje v počtu nejméně odpovědí možnost **často** s celkovým počtem 5 zdravotníků, z toho 2 z pracovišť pro děti a 1 z pracovišť pro dospělé. Položku **občas** si vybralo 39 respondentů a nejčetnější v počtu odpovědí byla varianta **nikdy**.

Položka č. 21) Máte dostatek trpělivosti v jednání s pacienty?

Obrázek č. 26: Dostatek trpělivosti v jednání s pacienty



Obrázek č. 26 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 21. Skutečnost, že zdravotníci **nikdy** nemají dostatek trpělivosti v jednání s pacienty, přiznává v procentuálním zastoupení o 9,94% více respondentů z pracovišť pro děti než z pracovišť pro dospělé. **Občas** má dostatek trpělivosti v jednání s pacienty v procentuálním zastoupení o 7,68% více zdravotníků z pracovišť pro dospělé. Možnost **často** volili pouze respondenti z pracovišť pro dospělé. Možnost **vždy** uvádí naopak jen respondenti z pracovišť pro děti.

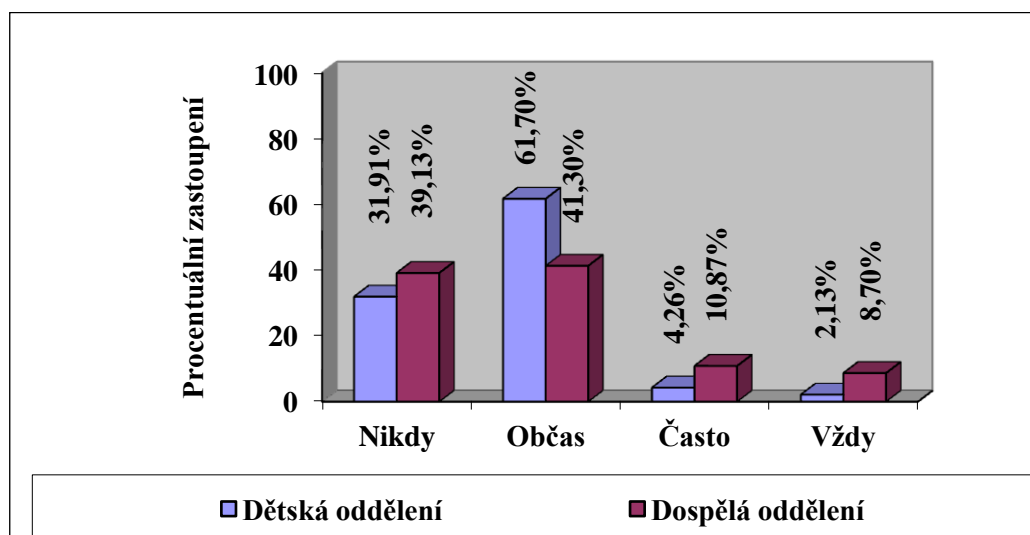
Tabulka č. 26: Dostatek trpělivosti v jednání s pacienty

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	20	42,55%	15	32,61 %	35	37,63 %
Občas	25	53,19 %	28	60,87 %	53	56,99 %
Často	0	0,00 %	3	6,52 %	3	3,23 %
Vždy	2	4,26 %	0	0,00 %	2	2,15 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 26 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 21. V tabulce je uvedeno, že pouze 2 respondenti z celkového počtu 93 zdravotníků mají **vždy** trpělivost s pacienty, jedná se o zdravotníky z pracovišť pro děti. O 1 respondenta více, tedy 3, zvolili odpověď **často**, a to zdravotníci z pracovišť pro dospělé. Variantu **nikdy** si vybralo 35 respondentů. Nejčetnější odpovědí byla položka **občas**. Z pracovišť pro děti jí volilo 25 zdravotníků a z pracovišť pro dospělé o 3 zdravotníky více.

Položka č. 22) Zažíváte nervozitu, neklid při pocitu, že máte jít do práce?

Obrázek č. 27: Zažívání neklidu při pocitu, že máte jít do práce



Obrázek č. 27 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 22. Na pracovištích pro dospělé volili zdravotníci variantu **nikdy** v procentuálním zastoupení o 7,22% více než zdravotníci z pracovišť pro děti. Možnost **občas** si vybírali častěji respondenti z pracovišť pro děti. Konkrétně se jedná v procentuálním zastoupení o nemalý rozdíl 20,40%. **Častěji** ve své práci zažívají stereotyp zdravotníci z pracovišť pro dospělé, a to v procentuálním zastoupení o 6,61%. Nervozitu a neklid při pocitu, že se jde do práce, zažívá **vždy** čtyřikrát více respondentů z pracovišť pro dospělé, kde je hodnota rozdílu v procentuálním zastoupení 6,57%.

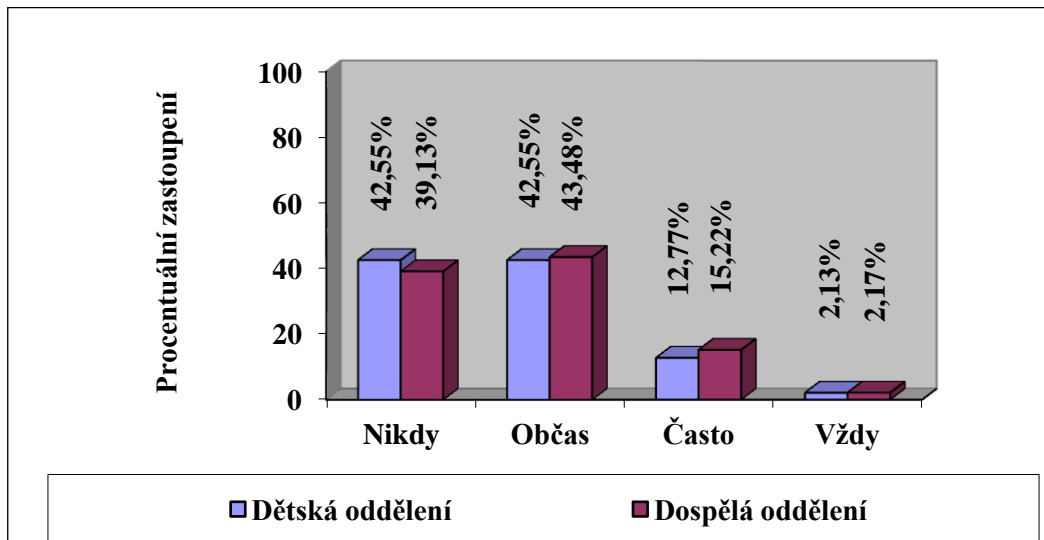
Tabulka č. 27: Zažívání neklidu při pocitu, že máte jít do práce

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	15	31,91%	18	39,13 %	33	35,48 %
Občas	29	61,70 %	19	41,30 %	48	51,61 %
Často	2	4,26 %	5	10,87 %	7	7,53 %
Vždy	1	2,13 %	4	8,70 %	5	5,38 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 27 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 22. Nervozitu, při pocitu, že má jít do práce nezažívá **nikdy** celkem 33 zdravotníků, z toho 15 zdravotníků z dětských a 18 z dospělých oddělení. Odpověď **vždy** v tomto případě zvolilo 5 respondentů, a to 1 z dětských a 4 z dospělých oddělení. Variantu **často** si zvolilo 7 zdravotníků. Nejčastější odpovědí byla položka **občas**. Z pracovišť pro děti jí volilo 29 zdravotníků a z pracovišť pro dospělé o 10 zdravotníků méně.

Položka č. 23) Přemýšlíte o změně zaměstnání nebo toužíte po důchodu?

Obrázek č. 28: Pomýšlení nad změnou povolání či odchodem do důchodu



Obrázek č. 28 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 23. Nad odchodem do důchodu, či změnou zaměstnání **nikdy** nepřemýšlelo v procentuálním zastoupení o 3,42% více zdravotníků z pracovišť pro děti než z pracovišť pro dospělé. U možnosti **občas** je v procentuálním zastoupení jen minimální rozdíl, který činí 0,93 %. **Častěji** přemýšlí o takovéto změně zdravotníci z pracovišť pro dospělé. Variantu **vždy** zvolilo stejné množství respondentů (absolutní četnost je stejná), tudíž se jedná v rozdílu relativních četností jen o minimální číslo.

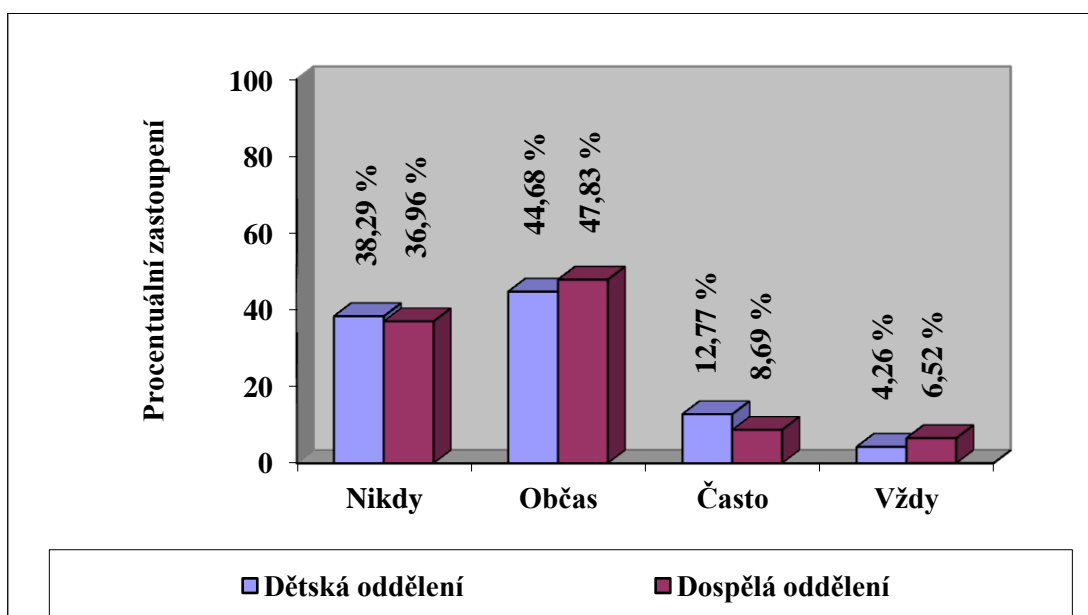
Tabulka č. 28: Pomýšlení nad změnou povolání či odchodem do důchodu

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	20	42,55%	18	39,13 %	38	40,86 %
Občas	20	42,55 %	20	43,48 %	40	43,01 %
Často	6	12,77 %	7	15,22 %	13	13,98 %
Vždy	1	2,13 %	1	2,17 %	2	2,15 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 28 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 23. **Vždy** přemýšlí o změně zaměstnání, či odchodem do důchodu 2 respondenti a to souměrně z pracovišť pro děti a pro dospělé. Naopak **nikdy** o takové změně nepřemýšlí 38 zdravotníků, z toho 20 zdravotníků z pracovišť pro děti a 18 z pracovišť pro dospělé. Variantu **často** si zvolilo 13 zdravotníků. Nejčetnější odpovědí byla položka **občas**. Z pracovišť pro děti jí volilo 20 zdravotníků a z pracovišť pro dospělé taktéž.

Položka č. 24) Jste spokojeni se svým oceněním za vykonanou práci?

Obrázek č. 29: Spokojenost s oceněním za vykonanou práci



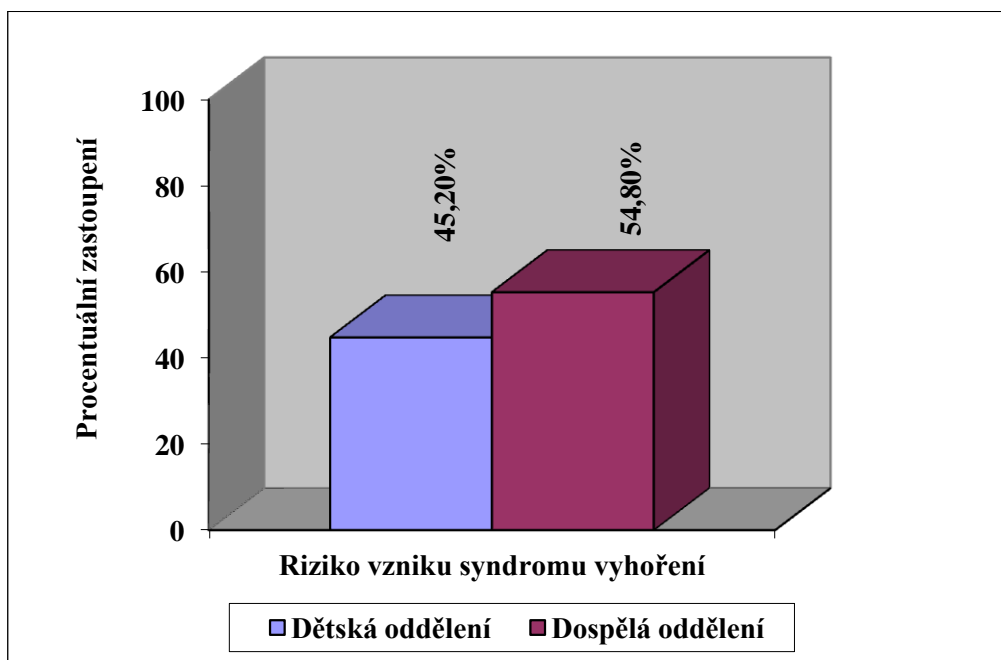
Obrázek č. 29 vyjadřuje relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 24. **Nikdy** nejsou spokojeni se svým oceněním za vykonanou práci více zdravotníci z pracovišť pro děti než z pracovišť pro dospělé, s tím, že rozdíl činí jen 1 respondent, tedy v procentuálním zastoupení 1,33%. Možnost **občas** zvolilo v procentuálním zastoupení o 3,15% více zdravotníků z pracovišť pro dospělé. Variantu **často** naopak vybírali více zdravotníci z pracovišť pro děti, kde rozdíl činí 4,08 %. **Vždy** je se svým oceněním za vykonanou práci spokojeno z celkového počtu respondentů v procentuálním zastoupení pouze 5,38% zdravotníků. Spokojenější jsou na pracovištích pro dospělé a to o 2,26%.

Tabulka č. 29: Spokojenost s oceněním za vykonanou práci

	Dětská odd.		Dospělá odd.		Celkový počet respondentů	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	18	38,29%	17	36,96 %	35	37,63 %
Občas	21	44,68 %	22	47,83 %	43	46,24 %
Často	6	12,77 %	4	8,69 %	10	10,75 %
Vždy	2	4,26 %	3	6,52 %	5	5,38 %
Celkem	47	100 %	46	100 %	93	100 %

Tabulka č. 29 popisuje absolutní i relativní četnost respondentů dle možných odpovědí na otázku č. 24. Se svým oceněním za vykonanou práci není **nikdy** spokojeno celkem 35 zdravotníků, z čehož je 18 zdravotníků z pracovišť pro děti a 17 z pracovišť pro dospělé. Naopak **vždy** je se svým oceněním spokojeno 5 respondentů, z toho 2 respondenti z pracovišť pro děti a 3 z pracovišť pro dospělé. Variantu **často** si zvolilo 10 zdravotníků. Nejčtenější odpovědí byla položka **občas**. Z pracovišť pro děti jí volilo 21 zdravotníků a z pracovišť pro dospělé o 1 zdravotníka více.

Obrázek č. 30: Riziko vzniku syndromu vyhoření v procentuálním zastoupení



Obrázek č. 30 znázorňuje riziko vzniku syndromu vyhoření na pracovištích pro děti a pracovištích pro dospělé. Z obrázku je jednoznačné, že ve FN Motol je vyšší riziko vzniku tohoto syndromu na **pracovištích pro dospělé** než na pracovištích pro děti. V procentuálním zastoupení se konkrétně jedná o rozdíl **9,60%** mezi těmito pracovišti.

Tabulka č. 30: Riziko vzniku syndromu vyhoření v procentuálním zastoupení

	Dětská odd.		Dospělá odd.	
	n	%	n	%
Riziko vzniku syndromu vyhoření	216	45,20%	262	54,80%
Celkový rozdíl mezi dětskými a dospělými pracovišti	9,60 %			

Z tabulky č. 30 je patrný rozdíl rizika vzniku syndromu vyhoření mezi zkoumanými pracovišti. Účelem této tabulky bylo nastínění postupu, jak se docílilo daného výsledku. Pro analýzu dat byly varianty odpovědí rozděleny dle položení otázek do dvou skupin. Jednalo se o položky **nikdy** a **občas**, a varianty **často** a **vždy**. Podle charakteru jednotlivých otázek varianty **často** a **vždy** buď vedly k riziku vzniku syndromu vyhoření (všechny, kromě otázek č. 1, 21, 24) a varianty **nikdy** a **občas** se nezapočítávaly do rizika vzniku syndromu vyhoření a naopak. Otázka č. 1 se nezapočítávala do celkového hodnocení, neboť byla v dotazníku zařazena jen jako orientační a není jednoznačné, zda vede k riziku vzniku syndromu vyhoření nebo ne. Po té byl proveden součet odpovědí, tedy absolutních četností, z celkového zkoumaného souboru. Následně bylo dopočítáno procentuální zastoupení za jednotlivá pracoviště, ze kterého se dopočítal výsledný rozdíl mezi pracovišti pro děti a pracovišti pro dospělé.

3.6 Diskuze

Ve své práci jsem se zaměřila na riziko vzniku syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků (zaměstnaných na pozici zdravotní sestra či zdravotnický asistent) ve FN Motol. Cílem mé práce bylo zjistit, zda na pracovištích stejného typu, ale rozdílného zaměření (na děti nebo na dospělé) je rozdíl v rizikovosti vzniku vyhoření.

V dostupné literatuře se nedařilo dohledat relevantní zdroje, se kterými by bylo možné porovnat výsledek mé bakalářské práce. Na toto téma bylo provedeno mnoho výzkumů, ale překvapující pro mne je, že syndromem vyhoření u zdravotních sester se jich zabývá asi jen polovina. Další výzkumy v této oblasti byly věnovány jiným pomáhajícím profesím, zejména policistům, učitelům, sociálním pracovníkům, ale i podnikatelům, či rodičům.

Zlámalová, 2003 zkoumala spokojenost s finančním oceněním, kde došla k závěru, že byt' je v tomto ohledu značná nespokojenost zdravotníků, tak jen málokdo by kvůli tomuto faktoru změnil povolání. V mé bakalářské práci lze porovnat tento výsledek s otázkou č. 24 a otázkou č. 23. U otázky č. 24 zvolilo z celkového zkoumaného souboru v procentuálním zastoupení 37,63% zdravotníků variantu nikdy, a 46,24% respondentů uvádí, že se svým oceněním za svou vykonanou práci jsou spokojeni občas. V související otázce č. 23 uvedlo v procentuálním zastoupení pouze 2,1% oslovených, že vždy přemýšlí nad změnou povolání či odchodem do důchodu a 13,98% zúčastněných zvolilo odpověď často. Z uvedeného vyplývá shoda výše uvedené bakalářské práce s mým výzkumným šetřením. (Zlámalová, 2003)

Cílem bakalářské práce bylo přinést poznatky z dotazníkového šetření zaměřeného na riziko vzniku syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků a porovnat toto riziko u zdravotníků z pracovišť pro dospělé s pracovišti pro děti. S hlavním cílem souvisejí stanovené pracovní hypotézy.

K provedení vlastního dotazníkového šetření byl vytvořen dotazník, který byl distribuován zdravotníkům zaměstnaným na pozici zdravotní sestra nebo zdravotnický asistent na předem stanovených pracovištích ve fakultní nemocnici v Motole. Celkem bylo rozděleno 100 dotazníků mezi pracoviště pro děti

a pracoviště pro dospělé. Návratnost činila 93 dotazníků, se kterými bylo dále pracováno. Ve vlastním výzkumném šetření byly porovnávány dvě skupiny respondentů, první tvořili zdravotníci z pracovišť pro děti a druhou skupinou byli zdravotníci z pracovišť pro dospělé. Vzhledem k velikosti souboru nemohou být získané data plně srovnatelná, neboť z celkového počtu vyhodnocených dotazníků bylo 50,54% z pracovišť pro děti a 49,46% z pracovišť pro dospělé. Rozdílné zastoupení počtu dotazníků se odlišuje z důvodu rozdílného počtu zaměstnanců na jednotlivých odděleních a nižší návratnosti dotazníků z pracovišť pro dospělé.

Z empirického šetření vyplývá vyšší riziko vzniku vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků zaměstnaných na pracovištích pro dospělé a to o 10,5%. Zdravotníci z pracovišť pro děti ve FN Motol mají riziko vzniku vyhoření v procentuálním zastoupení 44,75%. Na pracovištích pro dospělé tato hodnota činí 55,25%. Výzkumného šetření se účastnily ženy v 90,32%, ostatní respondenti byli mužského pohlaví, což zobrazuje tabulka a obrázek č. 1. Nejčtenější věkovou kategorií podílející se na daném výzkumném šetření byla skupina respondentů ve věku 26 - 40 let, do které se zařadilo 51,61% zdravotníků z celkového zkoumaného souboru. Podrobnější informace uvádí tabulka a obrázek č. 2. Středoškolské vzdělání s maturitou uváděli nejčastěji nelékařští zdravotničtí pracovníci ve FN Motol. Jedná se o více jak polovinu oslovených a to v procentuálním zastoupení 54,85%. Konkrétní rozdělení respondentů dle vzdělání je zaznamenáno v tabulce a obrázku č. 3. Zastoupení respondentů dle odpracovaných let ve zdravotnictví přehledně zobrazuje tabulka a obrázek č. 4, kde se nejčtenější skupinou stali respondenti pracující ve zdravotnictví 0-5 let. V procentuálním zastoupení se jedná o 26,87% oslovených. Nejvyšší zastoupení zdravotníků se umístilo též do skupiny 0-5 let i u otázky „E“, kde respondenti uvádí délku odpracovaných let na stávajícím oddělení. Jedná se o 48,37% zúčastněných. Podrobnější přehled uvádí tabulka a obrázek č. 5.

Pracovní hypotéza č. 1

Další část výzkumného šetření měla zjišťovat riziko vzniku vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků. K této hypotéze se vztahuje otázka č. 1, obrázek a tabulka č. 6. Z obrázku č. 6 jednoznačně vyplývá, že sestry zaměstnané na pracovištích pro dospělé se s tímto pojmem setkávají častěji, konkrétně se jedná v procentuálním zastoupení o rozdíl 5,01%. S výše uvedenými výsledky dotazníkového

šetření **lze hypotézu č. 1 přijmout**, protože respondenti z pracovišť pro dospělé zvolili variantu často v procentuálním zastoupení 34,79%, oproti pracovištím pro děti odpovídala relativní četnost u této otázky 29,78%. Jelikož zdravotníci pracující na pracovištích pro dospělé, pracují s dospělými nemocnými, kteří mají jiné nároky než děti, mohou mít více připomínek a podávat osobně stížnosti, nehledě na jejich oprávněnost, očekávalo se, že se s tímto pojmem budou setkávat častěji a nejen sami u sebe. Dalším možným pochopením této otázky může být setkávání se s tímto pojmem v rámci prevence syndromu vyhoření.

Pracovní hypotéza č. 2

K této hypotéze se vztahuje otázka č. 2, obrázek a tabulka č. 7. Obrázek č. 7 vyjadřuje přehledně rozdíl mezi odpověďmi z pracovišť pro děti a z pracovišť pro dospělé. Z uvedeného vyplývá, že častěji pociťují psychické zatížení zdravotníci z pracovišť pro dospělé. V procentuálním zastoupení se jedná o rozdíl 4,95%. S výše uvedenými výsledky dotazníkového šetření lze hypotézu č. 2 přijmout, protože respondenti z pracovišť pro dospělé zvolili variantu často v procentuálním zastoupení 32,61%, zatímco na pracovištích pro děti odpovídala relativní četnost u této otázky pouze 27,66%. Vzhledem k tomu, že na pracovištích pro dospělé je prokázán vyšší obrát pacientů, než na pracovištích pro děti, dá se předpokládat větší psychické zatížení zdravotnického personálu, v souvislosti s péčí o nemocné, větší náročností a nutností pracovat pod časovým tlakem. Na pozornost a práci sestry kladou nároky nejen pacienti, ale i lékaři, a mnohdy se stává, že všichni potřebují její pomoc v téže chvíli.

Pracovní hypotéza č. 3

Hypotéza č. 3 se vztahuje k otázce č. 3, obrázku a tabulce č. 8. Z uvedených informací není úplně jednoznačné, zda hypotézu lze přijmout, či naopak. Z obrázku č. 8 lze usoudit, že zdravotníci z pracovišť pro dospělé pociťují únavu a vyčerpání častěji. Hypotézu č. 3 tedy **lze přijmout**, v případě, že vycházíme z hodnot relativní četnosti. Jedná se o procentuální zastoupení 23,91% z pracovišť pro dospělé a 23,40% z pracovišť pro děti, rozdíl tedy mezi těmito odděleními činí 0,51%. Pokud ovšem budeme vycházet z absolutní četnosti, která je znázorněna v tabulce č. 8, zjistíme, že možnost odpovědi často zvolil stejný počet respondentů. Důvodem této nejasnosti je rozdílná návratnost dotazníků z pracovišť pro děti a z pracovišť pro dospělé. Jelikož zdravotníci pracující na pracovištích pro dospělé,

pracují s dospělými nemocnými, kteří mají jiné nároky než děti, mohou mít více připomínek a požadavků, očekávalo se, přijetí této hypotézy. Dalším faktorem vysvětlujícím menší únavu personálu je fakt, že ve většině případů o nemocné děti pečují kromě zdravotnického personálu i jejich rodiče.

Pracovní hypotéza č. 4

K této hypotéze se vztahuje otázka č. 6, obrázek a tabulka č. 11. Z obrázku č. 11 jednoznačně vyplývá, že sestry zaměstnané na pracovištích pro dospělé se cítí být podrážděny častěji, konkrétně se jedná v procentuálním zastoupení o rozdíl 13,23%. S výše uvedenými výsledky dotazníkového šetření **lze hypotézu č. 4 přijmout**, protože respondenti z pracovišť pro dospělé zvolili variantu často v procentuálním zastoupení 21,74%, kdežto na pracovištích pro děti odpovídala relativní četnost u této otázky 8,51%, což je téměř dva a půl krát méně. Vzhledem ke zvýšené obratnosti pacientů a rozdílnému charakteru práce na pracovištích pro dospělé se předpokládalo potvrzení této hypotézy. Dalším možným faktorem vyšší podrážděnosti sester z pracovišť pro dospělé může být způsob jednání a komunikace s pacienty, kde taktéž je nezanedbatelný rozdíl mezi těmito pracovišti. Podráždění personálu ovšem nemusí být vyvoláno jen ze strany pacientů, velkou roli může hrát i pracovní kolektiv, pracovní podmínky a jiné fakty.

Pracovní hypotéza č. 5

Hypotéza č. 5 se vztahuje k otázce č. 12, obrázku a tabulce č. 17. Z uvedených informací není úplně jednoznačné, zda hypotézu lze přijmout, či naopak. Z obrázku č. 8 lze usoudit, že zdravotníci z pracovišť pro dospělé trápí tělesné obtíže častěji. Hypotéza č. 3 tedy **lze přijmout**, v případě, že vycházíme z hodnot relativní četnosti. Jedná se o procentuální zastoupení 13,05% z pracovišť pro dospělé a 12,77% z pracovišť pro děti, rozdíl tedy mezi těmito odděleními činí 0,28%. Pokud ovšem budeme vycházet z absolutní četnosti, která je znázorněna v tabulce č. 17, zjistíme, že možnost odpovědi často zvolil stejný počet respondentů. Důvodem této nejasnosti je rozdílná návratnost dotazníků z pracovišť pro děti a z pracovišť pro dospělé. V tomto případě bylo očekáváno potvrzení dané hypotézy mimo jiné z důvodu rozdílné fyzické náročnosti při manipulaci s nemocnými. Je překvapivé, že z výzkumného šetření vyplynul v procentuálním zastoupení jen minimální rozdíl.

4. ZÁVĚR

V předkládané bakalářské práci je řešena problematika rizika vzniku syndromu vyhoření v rámci jedné fakultní nemocnice. Teoretická část přináší přehled základních poznatků o syndromu vyhoření. Zaměřuje se na stres, příznaky a příčiny syndromu vyhoření a v neposlední řadě na jeho léčbu. Část práce je věnována strategiím zvládnání stresu. V souvislosti se stanovenými cíli byly výsledky vlastního dotazníkového šetření a jejich interpretace prezentovány v tabelárních přehledech a histogramech četností. V kapitole diskuze byly zhodnoceny a diskutovány výsledky šetření a pracovní hypotézy. Lze konstatovat, že cíle bakalářské práce se podařilo splnit.

Původním záměrem bakalářské práce bylo porovnání rizika vzniku syndromu vyhoření na pracovištích pro děti s pracovišti pro dospělé. Mám-li zpětně hodnotit realizaci vlastního výzkumného šetření, změnila bych termín distribuce dotazníků na období, kdy se zdravotnický personál v nemocnici nevěnuje i více dotazníkům najednou, čímž bych se vyhnula nižšímu zájmu sester. Dále bych případným přidáním dotazníků zajistila rovnoměrný počet z jednotlivých pracovišť. Také bych se souhlasem vrchních sester oslovila respondenty osobně.

Ze současného stavu poznatků o syndromu vyhoření a z vyhodnocení současné situace našeho zdravotnictví (kdy se na mnoha pracovištích snižují stavy sester, snižují se platy odebráním odměn, sestry mají čím dál větší kompetence a tím vyšší zodpovědnost), se jeví jako důležité věnovat se více pozornosti lidským zdrojům. Domnívám se, že v lidech pracujících ve zdravotnictví na pozici nelékařských zdravotnických pracovníků je budoucnost a naděje na zlepšení komplexní ošetrovatelské péče, protože mnoho z nich i přes překážky, které toto povolání provází, stále věří ve zlepšení a hlavně v nich zůstává profesionální image sestry. Netvrdím, že ostatní zdravotníci nejsou důležití, ale podle mého názoru většina práce se samotnými pacienty zajišťují sestry. Sestra je s pacientem většinu dne, zná jeho potřeby i problémy a měla by ho znát z celého personálu nejlépe. Zdravotní sestra je s pacienty trvale v blízkosti, pečuje o ně, permanentně s nimi komunikuje a zprostředkovává i ostatní služby, týkající se zdravotního stavu nemocného.

Myslím si, že cestou ke zkvalitnění komplexní ošetrovatelské péče je především spokojenost personálu, kterému je třeba se také věnovat. Pokud bude zdravotník v

psychické i fyzické pohodě, potom se dá předpokládat, že i jeho práce bude na odpovídající úrovni, bude mít větší zájem o svou profesi, bude se mu lépe spolupracovat s nemocnými a zajišťovat jejich potřeby, než kdyby sám zdravotník nevěděl kudy dál a měl velké problémy. Chtěla bych vyzvat vedoucí pracovníky, zdravotnický management a všechny, kteří mají v kompetenci ovlivnit pracovní klima zdravotnického personálu, aby více pomáhali v budování opravdové týmové spolupráce a otevřeli se možnostem v prevenci syndromu vyhoření. Pokud budou zdravotníci vnímat, že je jim věnována pozornost, potom zajisté bude i bezchybná a kvalitní péče poskytována ze strany personálu vůči pacientům. Především prevence může vést k udržení si kvalitního zdravotnického personálu.

Další nadějí na snížení rizika vzniku syndromu vyhoření ve zdravotnictví je zmírnění stresových situací, se kterými se zdravotníci každodenně setkávají. Sestry mnohokrát pracují v takovém stresu a pod časovým tlakem, že nemají možnost zvládat ani běžné denní aktivity a odpočinek, který je též v tomto oboru nezbytný. Ovšem je nutné dodat, že po návratu trvalé zátěže nastává opět rychlý návrat ukazatelů vyhoření.

V České Republice proběhlo mnoho výzkumů, které informují o tom, že v našich podmínkách se potýká s příznaky vyhoření zhruba pětina zdravotníků. Přesto že se vyhoření týká jen části zdravotníků, jsou to varující údaje, které se mohou kdykoliv změnit, následkem dnešní uspěchané doby. Riziko spočívá v tom, že nespokojení zaměstnanci, trpící příznaky vyhoření nevládají podávat požadované výkony a hrozí chybování, ale i jejich odchod ze zdravotnictví. Varující je i fakt, že v některých výzkumech se objevuje vyhoření již u mladších zdravotních sester. (Stock, 2010)

Dále bych chtěla podotknout, že příčinou ztráty nadšení pro práci, nebo opuštění profese nemusí být vždy syndrom vyhoření. Někteří jedinci mohou až v průběhu zaměstnání zjistit, že volili špatně při výběru povolání a že tato práce pro ně zkrátka není vhodnou volbou. Může se ukázat, že vidí jiné, lákavější perspektivy pro svůj další život a profesi opustí. Je třeba tedy odlišovat pracovníky neschopné a nezodpovědné, tudíž pro výkon povolání zdravotní sestry nehodící se, od těch, kteří již mají první příznaky syndromu vyhoření.

V dalších výzkumech se opakovaně objevují především stížnosti sester na únavu, která může být jedním z příznaků vyhoření, ale může být i vyjádřením objektivního přetěžování sesterského personálu na jednotlivých odděleních.

V dnešní době se ve zdravotnictví spíše šetří a dalo by se říci, že především na personálu. Pokud pomínu snižování finančního ohodnocení ve formě odebrání nejrůznějších příplatků a odměn, tak následuje snižování personálního zastoupení na pracovištích. Sestry slouží samostatně, jsou ve stresu, jsou zatěžováni velkou pracovní i psychickou náročností a pak není divu, že se dostavuje únava. Domnívám se, že by bylo vhodné se této problematice více věnovat, zmapovat důsledněji situaci a zavést patřičná opatření ke snížení zátěže v sesterské profesi. (Stock, 2010)

O tom, že povolání zdravotní sestry je velice náročné po své praxi nepochybují, a obávám se, že náplň práce nelze nějak výrazně ovlivnit, dokonce si troufám říci, že povinnosti sestrám stále přibývají, protože současný trend ve zdravotnictví klade neustále větší požadavky na profesní úroveň i sociální dovednosti sester. Požaduje, aby se sestry věnovaly komunikativnosti, psychoterapeutické přístupnosti k pacientům i jejich příbuzným. Jsou stále nové pomůcky a materiály, které by měli usnadňovat výkon povolání, ale i to se sestry musí opakovaně nově učit. Vzdůstá odborná náročnost při provádění komplexní ošetrovatelské péče a narůstá více práce v rámci administrativy. Nezanedbatelné je také dodržování právních a etických norem na pracovníky ve zdravotnictví. (Venglářová, 2011)

O vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků nemluvě. Stále se diskutuje o možnostech zrušení středních zdravotnických škol a následně i vyšších odborných škol, s tím, že budoucí zdravotní sestry budou pouze vysokoškolsky vzdělané. Zda je to výhodou, či ne si netroufám soudit. Předpokládám, že kvalita péče se souměrně se zvyšováním vzdělávání sester také zvýší, ale mám obavy o zájem vykonávání profese zdravotní sestry.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. *Abeceda zdraví: Stres* [online]. 2005, 2013 [cit. 2013-04-17]. Dostupné z: <http://psychologie.abecedazdravi.cz/stres>
2. ACCAD, Aila. Compromising Your Nursing Values Can Lead To Burnout. *Nurse Together* [online]. 2012 [cit. 2013-04-26]. Dostupné z: www.nursestogether.com
3. ATKINSONOVÁ, Rita L. *Psychologie*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995, 863 s. ISBN 80-856-0535-X.
4. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 86 s. ISBN 80-701-3439-9.
5. BAŠTECKÝ, Jaroslav, Jiří ŠAVLÍK a Jiří ŠIMEK. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-716-9031-7.
6. BROCKERT, Siegfried. *Ovládání stresu*. 1.vyd. Praha: Melantrich, 1993, 139 s. ISBN 80-702-3159-9.
7. C. VAHEY, Doris, Linda H. AIKEN, Sean P. CLARK a Delfino VARGAS. Nurse Burnout and patient satisfaction. *US National Library of Medicine* [online]. 2004 [cit. 2013-04-26]. DOI: doi: 10.1097/01.mlr.0000109126.50398.5a. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
8. CAPPONI, Věra. *Sám sobě psychologem*. Praha: Grada, 1992, 214 s. ISBN 80-854-2488-6.
9. ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Policejní psychologie*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2000, 254 s. ISBN 80-717-8475-3.
10. DOUGLASS, Laura Mae. *The effective nurse: leader and manager*. 5th ed. St. Louis: Mosby, 1996. ISBN 08-151-2779-0.
11. HERMAN, Erik a Pavel DOUBEK. *Deprese a stres: vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha: Maxdorf, c2008, 94 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-157-8.

12. HLADKÝ, Aleš a Zdeňka ŽIDKOVÁ. Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999, 78 s. ISBN 80-7184-890-5.
13. IMCARES, Inter-Mission Care and Rehabilitation Society. Preventing carer burnout: Inter-Mission Care and Rehabilitation Society (IMCARES). Geneva: UNAIDS, 2006. ISBN 978-929-1736-430.
14. KALLWASS, Angelika. Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě. Vyd. 1. Překlad Petr Babka. Praha: Portál. ISBN 978-807-3672-997.
15. KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření: funkční duševní porucha : (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998, 23 s. Sestra. ISBN 80-707-1099-3.
16. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. Duševní hygiena zdravotní sestry. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 78 s. Sestra. ISBN 80-247-0784-5.
17. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak neztratit nadšení. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998, 131 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-716-9551-3.
18. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 279 s. ISBN 80-717-8551-2.
19. LAZARUS, Richard S. *Stress and emotion: a new synthesis*. New York: Springer, c1999, xii, 340 p. ISBN 0826102611.
20. *LékařiOnline.cz* [online]. 2006, 2013 [cit. 2013-04-20]. Dostupné z: <http://www.lekari-online.cz/psychologie/novinky/meditace-a-zdravi>
21. MÍČEK, Libor. *Sebevýchova a duševní zdraví*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1976, 200 s. Knižnice psychologické literatury.
22. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Pracovníci ve zdravotnictví* [online]. [cit. 2013-04-14]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/pracovnici-ve-zdravotnictvi_1792_11.html
23. NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha, 1998, 590 s. ISBN 80-200-0689-3.
24. NAKONEČNÝ, Milan. *Lexikon psychologie*. 1.vyd. Praha: Vodnář, 1995, 397 s. ISBN 80-852-5574-X.

25. *Nursing: Incredibly Easy* [online]. 2012. vyd. [cit. 2013-04-25]. Dostupné z: http://journals.lww.com/nursingmadeincrediblyeasy/Fulltext/2012/07000/Addressing_nurse_burnout.2.aspx
26. PETERSON, Chris L. *Stress at work: a sociological perspective*. Amityville, N.Y.: Baywood Pub. Co., c1999, v, 278 p. ISBN 08-950-3190-6.
27. POTTER, Beverly A. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání: "pracovní vyhoření" - příčiny a východiska*. V Olomouci: Votobia, 1997, 259 s. ISBN 80-719-8211-3.
28. *Psychoterapie Kolín: Aktivní imaginace* [online]. 2013 [cit. 2013-04-20]. Dostupné z: <http://www.psychoterapiekolin.cz/clanky/poradenske-metody/aktivni-imaginace.html>
29. PTÁČEK, Radek a Libuše ČELEDOVÁ. *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2011, 117 s. ISBN 978-80-246-1998-9.
30. RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie /: [minimum pro praxi]*. Vyd. 3. V Praze: Triton, 2003, 211 s. Levou zadní, sv. 98. ISBN 80-725-4423-3.
31. SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 171 s. ISBN 80-717-8312-9.
32. *Sestra.org: Sestra* [online]. 2012. vyd. 2012 [cit. 2013-04-27]. Dostupné z: <http://sestra.org/Sestra>
33. STIMPFEL, Amy W., Douglas M. SLOANE a Linda H. AIKEN. Long Shifts Lead to Nurse Burnout and dissatisfied patients. *Health Aff* [online]. 2012 [cit. 2013-04-26]. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.1377. Dostupné z: www.sciencedayly.com
34. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 103 s. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
35. ŠVINGALOVÁ, Dana. *Stres a "vyhoření" u profesionálů pracujících s lidmi*. Vyd.1. Liberec: Technická univerzita v Liberci,2006, 82s. ISBN 80-737-2105-8.
36. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.
37. VAŘEKOVÁ, Vlasta. *Využití nelékařských zdravotnických pracovníků v ústavu sociální péče*. Brno, 2011. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/142457/fss_m/VAREKOVA_Vlasta_diplomova_prace.txt.

Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Dipl. Theol. Univ. Stanislava Ševčíková.

38. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, c2011, 184 s. Sestra. ISBN 978-802-4731-742.
39. *Zákony pro lidi.cz: Předpis 96/2004 Sb.* [online]. [cit. 2013-04-14]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96#cast1>
40. ZLÁMALOVÁ, Denisa. *FLUKTUACE SESTER NA EXPONOVANÝCH PRACOVIŠTÍCH*. Brno, 2003. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita. Vedoucí práce PhDr. Zdeňka Židková.

SEZNAM TABULEK

- Tab. č. 1: Zastoupení respondentů dle pohlaví
- Tab. č. 2: Zastoupení respondentů podle věku
- Tab. č. 3: Zastoupení respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání
- Tab. č. 4: Zastoupení respondentů dle odpracovaných let ve zdravotnictví
- Tab. č. 5: Zastoupení respondentů dle odpracovaných let na stávajícím oddělení
- Tab. č. 6: Setkávání se s pojmem „syndrom vyhoření“
- Tab. č. 7: Pocit psychického zatížení
- Tab. č. 8: Pocit vyčerpání
- Tab. č. 9: Jak se respondenti cítí
- Tab. č. 10: Pocit radosti
- Tab. č. 11: Pocit podrážděnosti
- Tab. č. 12: Pocit ztráty smyslu pro humor
- Tab. č. 13: Setkávání se s přáteli
- Tab. č. 14: Pocit samoty
- Tab. č. 15: Omezování oblíbených činností
- Tab. č. 16: Pocit ztráty zájmů
- Tab. č. 17: Tělesné obtíže
- Tab. č. 18: Potíže se spánkem
- Tab. č. 19: Potíže se soustředěním
- Tab. č. 20: Chybování respondentů
- Tab. č. 21: Pocit nezájmu o obor
- Tab. č. 22: Pocit ztráty smyslu práce
- Tab. č. 23: Negativní vyjadřování o své práci
- Tab. č. 24: Zažívání stereotypu
- Tab. č. 25: Pocit agresivity vůči kolegům
- Tab. č. 26: Dostatek trpělivosti v jednání s pacienty
- Tab. č. 27: Zažívání neklidu při pocitu, že máte jít do práce
- Tab. č. 28: Pomýšlení na změnu povolání, či důchod
- Tab. č. 29: Spokojenost s oceněním za vykonanou práci
- Tab. č. 30: Riziko vzniku syndromu vyhoření v procentuálním zastoupení

SEZNAM OBRÁZKŮ

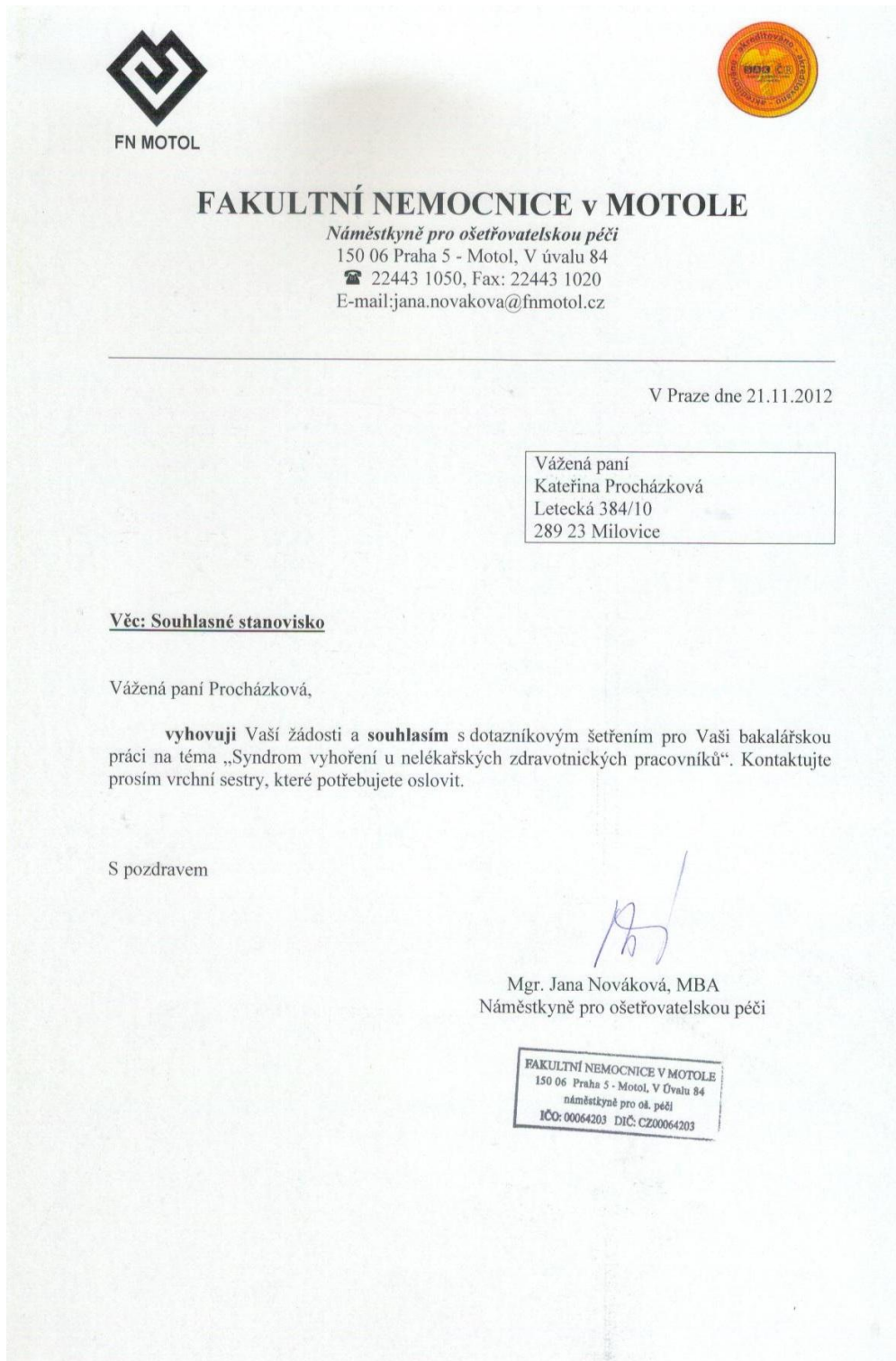
- Obr. č. 1: Zastoupení respondentů dle pohlaví
- Obr. č. 2: Zastoupení respondentů podle věku
- Obr. č. 3: Zastoupení respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání
- Obr. č. 4: Zastoupení respondentů dle odpracovaných let ve zdravotnictví
- Obr. č. 5: Zastoupení respondentů dle odpracovaných let na stávajícím oddělení
- Obr. č. 6: Setkávání se s pojmem „syndrom vyhoření“
- Obr. č. 7: Pocit psychického zatížení
- Obr. č. 8: Pocit vyčerpání
- Obr. č. 9: Jak se respondenti cítí
- Obr. č. 10: Pocit radosti
- Obr. č. 11: Pocit podrážděnosti
- Obr. č. 12: Pocit ztráty smyslu pro humor
- Obr. č. 13: Setkávání se s přáteli
- Obr. č. 14: Pocit samoty
- Obr. č. 15: Omezování oblíbených činností
- Obr. č. 16: Pocit ztráty zájmů
- Obr. č. 17: Tělesné obtíže
- Obr. č. 18: Potíže se spánkem
- Obr. č. 19: Potíže se soustředěním
- Obr. č. 20: Chybování respondentů
- Obr. č. 21: Pocit nezájmu o obor
- Obr. č. 22: Pocit ztráty smyslu práce
- Obr. č. 23: Negativní vyjadřování o své práci
- Obr. č. 24: Zažívání stereotypu
- Obr. č. 25: Pocit agresivity vůči kolegům
- Obr. č. 26: Dostatek trpělivosti v jednání s pacienty
- Obr. č. 27: Zažívání neklidu při pocitu, že máte jít do práce
- Obr. č. 28: Pomýšlení na změnu povolání, či důchod
- Obr. č. 29: Spokojenost s oceněním za vykonanou práci
- Obr. č. 30: Riziko vzniku syndromu vyhoření v procentuálním zastoupení

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Schválení dotazníkového šetření

Příloha č. 2: Dotazník - riziko vzniku syndromu vyhoření

PŘÍLOHA Č. 1:



PŘÍLOHA Č. 2: Dotazník - riziko vzniku syndromu vyhoření

Vážení respondenti,

jsem studentkou 3. ročníku ošetřovatelství (Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrickém ošetřovatelství) na 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze a ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku. V tomto akademickém roce se věnuji závěrečné bakalářské práci s tématem "*Syndrom vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků*", kde bych v případové studii chtěla dojít k závěru, zda rizikem vyhoření jsou ohroženi více sestry z dětských či dospělých lůžkových pracovišť. Šetření je zcela anonymní a slouží pouze pro účely mé bakalářské práce.

Předem děkuji za spolupráci.

Procházková Kateřina

Dotazník se skládá z 24 otázek, které jsou zaměřeny na nejvýraznější charakteristiky syndromu vyhoření a to: fyzické, emocionální a psychické vyčerpání. U každé otázky označte, **jak často** jste měli následující pocity **za poslední 3 měsíce** dle vzoru (A – nikdy B – občas C – často D – vždy), u dotazů se znakem X zakroužkujte to, co platí.

Vaše pohlaví :

Muž X Žena X

Váš věk :

19 – 25 X 26 – 40 X 41 – 50 X 51 – 65 X

Nejvyšší dosažené vzdělání :

Středoškolské s maturitou X

Vyšší odborné vzdělání X

Vysokoškolské (bakalářské) X

Vysokoškolské (magisterské) X

Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví (kolik let)?

0-5 X 5-10 X 10-15 X 15-20 X 25-30 X 30 a více X

Jak dlouho pracujete na nynějším oddělení (kolik let)?

0-5 X 5-10 X 10-15 X 15-20 X 25-30 X 30 a více X

1) Setkáváte se s pojmem “syndrom vyhoření“?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

2) Pociťujete na sobě psychické zatížení, stres?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

3) Cítíte se unavení, vyčerpaní?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

4) Cítíte se smutní, "otrávení"?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

5) Radujete se méně, než dříve?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

6) Cítíte se podráždění?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

7) Máte pocit ztráty smyslu pro humor?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

8) Je pravda, že se svými přáteli se setkáváte čím dál méně?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

9) Jste raději sami a cítíte, že s ostatními si nemáte co říci?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

10) Omezuje Vás práce ve věnování se oblíbeným činností?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

11) Máte pocit, že dříve oblíbené činnosti Vás baví již méně?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

12) Trápí vás tělesné obtíže?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

13) Máte potíže se spánkem?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

14) Máte potíže se soustředěním, zapomínáte?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

15) Děláte chyby?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

16) Máte pocit, že Vás Vaše zaměstnání nebaví?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

17) Máte pocit, že Vaše práce nemá smysl?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

18) Pokud diskutujete o své práci, vyjadřujete se o ní negativně?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

19) Zažíváte ve své práci stereotyp?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

20) Pociťujete na sobě, že jste cholerický až agresivní ke kolegům?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

21) Máte nedostatek trpělivosti v jednání s pacienty?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

22) Zažíváte nervozitu, neklid při pocitu, že máte jít do práce?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

23) Přemýšlíte o změně zaměstnání nebo toužíte po důchodu?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

24) Jste spokojeni se svým oceněním za vykonanou práci?

A – nikdy B – občas C – často D – vždy

Vysvětlení pojmů :

Nikdy - vůbec ne

Občas - 1-2 x za měsíc

Často - 3 a vícekrát za měsíc

Vždy - stále, pořád