

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

*2013*

*Lucie Jirásková*

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ**

**ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**PODMÍNKY OVLIVŇUJÍCÍ ROZVOJ SYNDROMU  
VYHOŘENÍ U ZDRAVOTNÍCH SESTER V LDN**

Bakalářská práce

Autor práce: **Lucie Jirásková**

Vedoucí práce: **PhDr. Mariana Štefánčíková, Ph.D. et Ph. D.**

2013

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

V Hradci Králové .....

(podpis)

### **PODĚKOVÁNÍ:**

Touto cestou bych ráda poděkovala za odborné vedení práce a cenné rady PhDr. Marianě Štefančíkové, Ph.D. et Ph. D. Děkuji jí také za čas, který mi věnovala při konzultacích, ochotu a porozumění. Dále děkuji svým kolegyním za ochotu a čas, který věnovaly realizaci mého výzkumu.

Díky také patří mé rodině za nekonečnou trpělivost.

V Hradci Králové .....

Lucie Jirásková

# OBSAH

|   |           |
|---|-----------|
| <b>ÚVOD</b>   | <b>6</b>  |
| <b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b>   | <b>8</b>  |
| <b>1. Historie</b>  | <b>8</b>  |
| <b>2. Definice</b>  | <b>10</b> |
| <b>3. Fáze</b>  | <b>13</b> |
| <b>4. Příznaky</b>  | <b>18</b> |
| 4.1. Symptomy z hlediska přístupu jejich vnímání                  | 18        |
| 4.2. Symptomy z hlediska úrovně postižení                         | 19        |
| 4.3. Symptomy dle Rushe   | 20        |
| <b>5. Druhy a protipóly vyhoření</b>                              | <b>22</b> |
| <b>6. Faktory ovlivňující rozvoj syndromu vyhoření</b>            | <b>23</b> |
| 6.1. Rizikové faktory   | 24        |
| 6.1.1. Vnější rizikové faktory                                    | 24        |
| 6.1.2. Profesní podmínky vzniku syndromu vyhoření                 | 25        |
| 6.1.3. Vnitřní rizikové faktory                                   | 26        |
| 6.2. Protektivní faktory  | 27        |
| 6.2.1. Prevence na úrovni jednotlivce                             | 27        |
| 6.2.2. Prevence na úrovni organizace                              | 29        |
| 6.3. Neutrální faktory  | 31        |
| <b>7. Profese zdravotní sestry v léčebně dlouhodobě nemocných</b> | <b>32</b> |
| 7.1. Základní role sestry v ošetřovatelství                       | 32        |
| 7.2. Rizikové faktory v profesi zdravotní sestry                  | 33        |
| 7.3. Protektivní faktory v profesi zdravotní sestry               | 34        |
| 7.4. Charakteristika pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných      | 35        |
| 7.5. Syndrom vyhoření u zdravotních sester pečujících o seniory   | 37        |
| <b>II. EMPIRICKÁ ČÁST</b>   | <b>40</b> |
| <b>8. Cíle výzkumu</b>  | <b>40</b> |
| <b>9. Výzkumné otázky</b>   | <b>40</b> |
| <b>10. Struktura rozhovoru</b>                                    | <b>40</b> |
| <b>11. Charakteristika výzkumného vzorku</b>                      | <b>41</b> |
| <b>12. Použitá výzkumná metoda</b>                                | <b>42</b> |
| <b>13. Zpracování dat</b>   | <b>42</b> |
| <b>14. Výsledky</b>   | <b>43</b> |
| <b>III. DISKUZE</b>   | <b>59</b> |
| <b>ZÁVĚR</b>  | <b>68</b> |
| <b>ANOTACE</b>  | <b>69</b> |
| <b>POUŽITÁ LITERATURA</b>   | <b>71</b> |
| <b>SEZNAMY</b>  | <b>76</b> |
| <b>PŘÍLOHY</b>  | <b>77</b> |

# ÚVOD

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na problematiku syndromu vyhoření, především pak na podmínky, které tento jev jakýmkoliv způsobem ovlivňují. O fenoménu vyhoření bylo napsáno mnoho publikací. Téměř každý člověk ví, co tento syndrom znamená, ale podmínek, které tento proces mohou ovlivnit, jak ve smyslu podpoření vyhoření tak odvrácení, je mnoho. Svůj podíl při rozvoji syndromu vyhoření může mít nejen zaměstnavatel, ale i pracovník sám. Podmínky v práci nejsou jediným důvodem pro rozvoj syndromu vyhoření. Svůj neméně značný podíl mají i osobnostní vlastnosti jedince, jeho psychická i fyzická odolnost, a také jeho schopnost doplňovat energii. Syndrom vyhoření je vážným problémem, který by se neměl podceňovat. Může u zdravotní sestry způsobit nejen psychické, ale i somatické potíže. Velmi ovlivňuje vztahy mezi sestrou a pacientem, ale i v celém pracovním týmu, rodině a blízkém okolí sestry. Může dokonce zapříčinit zhoršení poskytované péče.

Tato práce je zaměřena na zdravotní sestry poskytující péči v léčebně dlouhodobě nemocných (dále jen léčebna). Pracovní náplní zdravotní sestry je pomáhat lidem v nemoci i ve zdraví. Práce v léčebně je značně specifická a klade na sestry velké psychické i fyzické nároky. Statut zdravotních sester pracujících v léčebnách je poměrně nízký, avšak jejich práce je nelehká. Velké množství starých a polymorbidních pacientů, většinou s nedobrou prognózou, ještě zvyšuje pracovní zátěž sester. Od sester se očekává klidné a vlídné vystupování, trpělivost a empatie, na druhou stranu rychlé a přesné plnění velkého množství úkolů, jak při péči o pacienty, tak při práci se stále narůstající administrativou. Časová tíseň u nich často vede ke stresu. I vědomí toho, že jejich selhání může mít až tragické důsledky, vede ke stresu a úzkosti. A skutečnost, že sestry nemají pouze své povolání, tak jak tomu bylo kdysi, když o pacienty pečovaly jeptišky a příslušnice řádů, ale mají i své rodiny a své osobní starosti, je nepřehlédnutelná. Z výše popsaného vyplývá, že riziko syndromu vyhoření se týká každé zdravotní sestry. Na zdravotních školách nás učili jak pečovat o pacienty, jak se o ně starat a plnit jejich potřeby. Nikdo nás však nenaučil jak se starat o své vlastní potřeby a zdraví. Ve společnosti stále převládá názor, že zdravotní sestra nemá nárok na jakýkoli problém. I spousta sester přichází do praxe s přesvědčením, že se musí vždy postarat o pacienty bez ohledu na sebe. Pokud se ale nedokáže dobře postarat o sebe, dokáže se dobře postarat o pacienty?

Tato bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsem se pokusila na základě prostudované literatury objasnit základní pojmy týkající se syndromu vyhoření, jeho rizikových faktorů, prevenci a přiblížit specifika práce zdravotní sestry v léčebně dlouhodobě nemocných. Hlavním cílem praktické části je pomocí rozhovorů zmapovat kladné i záporné podmínky, které ovlivňují syndrom vyhoření u sester v léčebně dlouhodobě nemocných.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Historie

Již od sedmdesátých let 20. století se psychologové a lékaři zabývají stavy celkového, především pak psychického vyčerpání, jež se projevuje v oblasti poznávacích funkcí, motivace i emocí, a jež zasahuje a ovlivňuje postoje, názory i výkonnost. Následně má vliv na celé vzorce profesionálního chování a jednání osob, u nichž došlo k iniciaci proměnných, které ovlivňují vznik a rozvoj tohoto syndromu. Tyto stavy se označují jako syndrom vyhoření, vyčerpání, vypálení nebo vyhaslosti, tzv. *burnout syndrom* (Kebza, Šolcová 2003).

Syndrom vyhoření (dále jen SV) zcela jistě existoval dávno před tím, než se jej podařilo klinicky rozpoznat. Již v Bibli se můžeme setkat s biblickými postavami, jež prožily obdobné stavy jako lidé potýkající se se SV (např. Eliáš a Mojžíš), a na které upozorňují v souvislosti s tímto syndromem i někteří autoři (Rush 2003).

SV původně sloužil pro označení stavu osob závislých na alkoholu, které ztratily o vše v životě zájem. Později tento termín našel uplatnění i pro označení toxikomanů, kteří jsou svůj zájem schopni soustředit pouze na získání a užití drogy, a všechno ostatní je jim lhostejné. Posléze se termín *burnout* vžil i pro osoby, které byly opojeny svou prací natolik, že předmětem jejich zájmu byla pouze jejich pracovní činnost. Vznik těžkostí a neúspěchů měl za následek sociální izolaci, deprese, únavu, celkovou vyčerpanost a osamění (Křivohlavý 1998).

Hlavní vlna zájmu o tuto problematiku však proběhla ve vztahu k řadě tzv. pomáhajících profesí, u nichž lze výskyt SV předpokládat, a kde se stal vyjádřením rezignace, letargie a vyčerpání v zaměstnání. V tomto významu byl *burnout effect* poprvé popsán a uveden do odborné literatury v roce 1974 v USA psychoanalytikem Herbert J. Freudenbergerem v jeho stati „*The Staff Burn out Syndrome*“, ve které pojednává o vyhoření personálu v léčebných zařízeních (Freudenberger 1974). Ve své práci Freudenberger tento syndrom odborně vymezil, a to víceméně v rozměrech současného pojetí, a také definoval možné fyzické i psychické symptomy a indikátory změn v chování související se SV.

*Burnout* syndrom se objevuje na přelomu 80. a 90. let 20. století jako nový fenomén v zemích, které procházely rozsáhlými transformačními (politickými i ekonomickými) změnami.



Vyhoření zde rozšiřuje okruh problémů souvisejících se zvládáním stresu občanů, kteří se vyrovnávají s důsledky těchto transformačních kroků. Současně je SV zkoumán v souvislosti s výskytem finančních a ekonomických krizí; jako významný prvek začíná být dosazován do širších společenských souvislostí a zároveň se hledají nové vztahy ovlivňující jeho vznik a rozvoj a nové diagnostické a intervenční možnosti (Kebza, Šolcová 2003).

Od 80. let bylo provedeno mnoho psychologických studií, u nichž byl SV pozorován a tento trend rostoucího zájmu o psychické vyhoření stále pokračuje. V současné době se stále jedná o medicínský problém, neboť *burnout* syndrom ovlivňuje vedle psychiky i kvalitu života osob, u nichž se vyskytuje, a vykazuje některé podobné charakteristiky s příznaky i důsledky některých duševních onemocnění a poruch. Lze jej zaznamenat u široké škály profesí (zdravotnický personál, pedagogové, sociální pracovníci, manažeři, policisté, osoby pracující se seniory, duchovní apod.) a je snahou a cílem moderní medicíny a psychologie tento problém řešit.

## 2. Definice

*„Mezi motorkáři je burnout opotřebení pláště, kdy se při brzdění přední brzdou zadní kolo protáčí a pneumatika tak silně zahřívá, že začne čouřit nebo dokonce hořet. Takto lze pneumatiku ojet během několika minut, aniž se jezdec dostane byt' jen o metr dál“ (Schmidbauer 2008).*

V odborné literatuře se objevují četné varianty definice SV. Některé jej charakterizují jako vyvíjející se proces postupného vyhořívání, některé jej pojímají jako finální psychický stav a poslední stadium tohoto procesu. Některé charakteristiky se zaměřují více na osobní dispozice, jiné na situační faktory tohoto stavu.

Zakladatel této problematiky Herbert J. Freudenberger popsal tento syndrom následovně: “U někoho jsou to pocity únavy a vyčerpání, neschopnost setřást pocit chladu a pocit fyzické vyčerpanosti, u druhého třeba řada tělesných obtíží počínajících opakovanými bolestmi hlavy, dechovou tísní, přes gastrointestinální obtíže doprovázené poklesem váhy, až po nespavost a depresi. Ve skutečnosti lze říci, že tento syndrom zasahuje na nejrůznějších místech celou psychosomatickou oblast. Mohou se objevit příznaky ve sféře psychické a behaviorální, objevuje se psychická únava, nuda, rezignace, ale také zvýšená podrážděnost, ostře až nespravedlivě kritické postoje a další změny” (Freudenberger in Venglářová 2011).

Edelwich a Richelson definují SV takto: „Burnout je proces, při němž dochází k vyčerpání fyzických a duševních zdrojů (energií), k vyplnění celého nitra, k „utahání se“ tím, že se člověk nadměrně intenzivně snaží dosáhnout určitých subjektivně stanovených nerealistických očekávání nebo že se snaží uspokojit takovými nerealistickými očekáváními, která mu někdo jiný stanoví“ (Křivohlavý 1998).

Jedna, v literatuře nejčastěji užívaných definic, pochází od spoluautorů Pines, Aronson a Kafry a zní: „Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně náročné. Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací dvou věcí: velkým očekáváním a chronickými situačními stresy”. Na základě uvedených definic stanovila tato autorská trojice jednotlivé druhy vyčerpání a navrhla

tzv. BM dotazník (Burnout Measure; Pines, Aronson, Kafry 1981) – v dnešní době jeden z nejpoužívanějších nástrojů měření intenzity celkového vyčerpání.

Jednotlivé druhy vyčerpání popsali následujícím způsobem:

- 1) **Fyzické vyčerpání** je definováno výrazným snížením energie, chronickou únavou a celkovou slabostí.
- 2) **Emocionální vyčerpání** je charakteristické pocity beznaděje a představami, že člověku není pomoci (tzv. HH syndrom), a že je chycen do pastí.
- 3) **Mentální vyčerpání** je spojeno s negativním postojem sama k sobě, k práci, ke světu a k životu (Křivohlavý 1998).

Další autor M. D. Rush charakterizuje SV jako: „Druh stresu a emocionální únavy, frustrace a vyčerpání, k nimž dochází v důsledku toho, že sled (nebo souhrn) určitých událostí týkajících se vztahu, poslání, životního stylu nebo zaměstnání dotyčného jedince nepřinesl očekávané výsledky“ (Rush 2003).

Termín *burnout* popisuje dle některých autorů profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky na okolí nebo od samotného jedince. Zahrnuje ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebeocenení a negativní postoje k povolání (Janáčková 2008) a je také zhroucením adaptačního procesu, které je provázeno chronickým poklesem výkonnosti (Havránková 2004).

Jak ve své knize uvádí Křivohlavý (Křivohlavý 1998), ale i další autoři (Książek 2011; Schultz 2011; Kebza, Šolcová 2003; Jeklová, Reitmayerová 2006; Tošner, Tošnerová 2002), i přes velkou variabilitu definic SV je možné vysledovat některé společné znaky:

- jedná se především o psychický stav, jehož klíčovou složkou jsou negativní emocionální příznaky (únava, vyčerpání, deprese).
- důraz kladen na psychické příznaky a prvky chování osob, více než na provázející fyzické či sociální symptomy.
- SV je vždy uváděn v souvislosti s výkonem povolání.
- příznaky se vyskytují u jinak psychicky zdravých lidí.
- snížená výkonnost úzce souvisí s negativními postoji a z nich vyplývajícím chováním, nikoliv se sníženou kompetencí či nižší pracovní schopností a dovedností.
- všechny hlavní složky tohoto syndromu resultují z chronického stresu.

Podrobněji se popisu SV a jeho příznakům věnují ve své práci Tošner a Tošnerová (Tošner, Tošnerová 2002), kteří mj. uvádí, že SV není výsledkem izolovaných traumatických zážitků, nýbrž se objevuje jako plíživé psychické vyčerpání na základě dlouhodobého působení stresujících podnětů. Důsledky se dostavují postupně. Počáteční entuziasmus pro práci, uspokojení z prvních úspěchů, nadšení ze seberealizace v povolání se postupně vytrácejí. Začíná se měnit profesionální chování člověka a vytrácí se zájem o klienty či pacienty. Objevuje se podrážděnost, střídaná skleslostí, dostavuje se ztráta sebedůvěry a pocit vnitřní prázdnoty. Vedle toho však chronicky vyčerpaní lidé nesnadno přiznávají sobě i jiným své obtíže.

Je důležité uvést, že SV nijak nesouvisí s psychickou patologií a je situačně podmíněn (Jeklová, Reitmayerová 2006). Vzhledem k tomu je SV dle mezinárodní klasifikace nemocí stanovené WHO zařazen pouze do doplňkové kategorie diagnóz, a není tedy klasifikován jako nemoc. Christian Stock ve své práci považuje tuto klasifikaci za nedostatečnou a podhodnocenou, a označuje SV jako “novější dobový jev, který se rozmáhá v důsledku změn v pracovní oblasti, globalizace, rozpadu rodinných struktur a demografického rozvoje.” Dále uvádí, že z hlediska klasifikace “může u vyhoření jít o doposud relativně neznámý syndrom, který zkrátka zatím nebyl posán v žádné diagnostické příručce” (Stock 2010).

### 3. Fáze

Z výše uvedených definic SV vyplývá, že vyhoření není výsledkem izolovaných dějů, ale dynamickým procesem, který má svůj počátek, průběh a výsledný stav. Tento proces většinou trvá mnoho měsíců až let a jeho důsledky se dostávají postupně. Probíhá v několika fázích, které bývají různě dlouhé. Odborníci vytvářejí mnoho koncepcí a proces člení na různý počet fází.

Obecně lze ve vývoji syndromu zaznamenat jeho počátek = *iniciaci*, kterou provází nadšení, vysoké ideály a angažovanost. Ale počáteční entuziasmus pro práci, uspokojení z prvních úspěchů a nadšení ze seberealizace v povolání se postupně vytrácejí, přicházejí neúspěchy a zklamání. Ideály se nedaří realizovat a dostavuje se pocit *stagnace*. Dochází ke změnám v profesionálním chování osoby, objevuje se ztráta zájmu, odtažitost, cynismus a negativní postoje. Člověk pocítuje podrážděnost střídanou skleslostí, ztrátou sebedůvěry a pocitem vnitřní prázdnoty. Toto období lze popsat jako fázi *frustrace*. Po této fázi následuje stav, ve kterém se jednotlivec vyhýbá rozhovorům s kolegy i jakýmkoli aktivitám. Mezi ním a klienty vládne nepřátelství. Jakmile člověk ztratí jistotu, že jeho práce směřuje ke smysluplnému cíli, ztrácí zájem, slábne, začíná trpět různými potížemi, které zasahují oblast psychickou, fyzickou i sociální = *apatie* (Hennig, Keller 1996). V závěru přestane být člověk schopen přizpůsobovat se všem nárokům. Čím více bezvýsledné energie vynakládá, tím vyčerpanější je. Tato situace přináší pocity absolutní ztráty kontroly nad situací a pocit, že je člověk jen součástí mnoha okolností, které není schopen ovlivnit. Následně se propadá do stavů bezmoci a beznaděje, které ho ochromují ve všech oblastech života. Tato fáze je završením procesu a dojde k samotnému *vyhoření*, projevujícím se naprostým vyčerpáním, ztrátou smyslu práce, cynismem, odcizením, vymizením reflexe vnitřních norem.

Je třeba podotknout, že SV nemusí být konečným stádiem, ale může se vyvinout v něco ještě závažnějšího (Tošner, Tošnerová 2002).

Nejjednodušším členěním průběhu SV je třífázový model podle Kalwase (Kalwass 2007) nebo Längleho (Längle in Křivohlavý 1998; Jeklová, Reitmayerová 2006):

#### Fáze SV dle **Kalwasse:**

- 1) Prohlubující se vyčerpanost se ztrátou tělesné energie a výkonnosti.
- 2) Znecitlivění či zlhostejnění, prožívání radosti nebo smutku není již tak intenzivní, dochází k emocionálnímu vyprázdnění, spánek a odpočinek nepřináší úlevu.
- 3) Stahování se do ústraní, které přináší sociální izolaci. Jedinec omezuje kontakty s přáteli, spolupracovníky a okolním světem. Dochází ke snížení pracovní výkonnosti, což může mít za následek také snížení kvality poskytované péče.

#### Fáze SV dle **Längleho:**

- 1) Fáze nadšení: člověk má před sebou cíl, život a vykonávaná činnost jsou smysluplné.
- 2) Fáze vedlejšího zájmu: z prostředku se stává cíl, člověk vykonává pracovní činnost, která pro něj měla smysl jenom proto, aby z ní něco získal. Počáteční nadšení pohasíná.
- 3) Fáze popela: jedinec ztrácí úctu a respekt k lidem, postupně si přestává vážit i sám sebe, nic pro něho nemá opravdovou hodnotu. Osoba ztrácí smysl života.

Mezi nejčastěji publikované modely patří čtyřfázový model Christiny Maslachové (in Kebza, Šolcová 2003) a pětifázový model podle Edelwicha a Brodského (in Mallotová 2000):

#### Čtyřfázový model **Maslachové:**

- 1) Idealistické nadšení a přetěžování.
- 2) Emocionální a fyzické vyčerpání.
- 3) Dehumanizace druhých lidí jako obrana před dalším vyčerpáním.
- 4) Terminální stadium: stavění se proti všem a všemu.

#### Pětifázový model podle **Edelwicha a Brodského:**

- 1) Fáze zvýšené angažovanosti a nadšení.
- 2) Fáze stagnace a prvního zklamání, společenský kontakt pouze na pracovní úrovni, profesionální požadavky však začínají obtěžovat.
- 3) Fáze frustrace a pochyb o smysluplnosti práce, doprovázené pocitem bezmocnosti.
- 4) Fáze apatie, zoufalství a rezignace.
- 5) Fáze vyhoření s úplným vyčerpáním organismu (psychickým i fyzickým).

V literatuře lze najít podobné členění jednotlivých fází SV např. u Karavana (1994), Buriske (1989), členitější je např. osmifázový model trojice Golembiewski, Munzenride a Stevenson (1986; in Křivohlavý 1998, in Kebza, Šolcová 1998). Autorem jednoho z nejčlenitějších modelů je zakladatel teorie **Freudenberger** a jeho kolega **North** (in Kraft 2006), kteří proces rozčleňují na dvanáct fází:

- 1) Snaha pozitivně se osvědčit v práci a ukázat své schopnosti: na začátku obvykle spojeno s nadměrnými ambicemi a snahou dokázat své vysoké kvality, které se časem promění v ponuré odhodlání a donucování.
- 2) Snaha zvládnout vše sám: pro naplnění vysokých osobních očekávání a prokázání vlastní nenahraditelnosti se jedinci stanou posedlými a řeší vše sami.
- 3) Nerespektování vlastních potřeb: práce zabírá veškerý čas a ostatní potřeby, jako spánek, jídlo, přátelé, rodina apod., jsou považovány za nedůležité.
- 4) Popírání konfliktu: cíl, úkol nebo plán se stávají tím jediným, na čem záleží. Jedinec si je vědom, že něco není v pořádku, ale nevidí příčinu svých problémů. V této fázi se často objevují první fyzické příznaky.
- 5) Změna hodnot: izolace, snaha vyhnout se konfliktům a popírání základních fyzických potřeb vede ke změně jejich vnímání. Dochází k přehodnocení životních hodnot a kdysi důležité věci (přátelé, koníčky) jsou zcela eliminovány. Jediným měřítkem pro sebehodnocení je práce. V této fázi dochází k citovému otupění.
- 6) Popírání příznaků blížících se problémů: jedinci se stanou netolerantní, vnímají své kolegy jako neschopné, líné, náročné nebo neukázněné. Při společenském kontaktu bývají téměř nesnesitelní, cyničtí a někdy i agresivní. Za narůstající problémy viní časový nátlak a množství práce, které mají, nikoliv způsob, jakým je řeší.
- 7) Izolace, dezorientace, útek od práce, ztráta naděje: sociální kontakt je omezen na minimum, narůstá pocit beznaděje a ztráty směru. Osoby posedle pracují podle očekávání, mnozí však začínají hledat uvolnění prostřednictvím alkoholu nebo drog.
- 8) Radikální změny chování pozorovatelné druhými osobami: oběti přepracování se stávají bojácnými, plachými a apatickými a cítí se stále více bezcenné.
- 9) Depersonalizace: jedinec ztrácí kontakt sám se sebou, nikoho, včetně sebe samého, si neváží a není schopen vnímat své vlastní potřeby. Časová perspektiva je zúžena na současnost a život se skládá pouze z mechanických funkcí.

- 10) Vnitřní prázdnota: pocit marnosti a beznaděje se neúnavně rozšiřují. Na jejich překonání osoba zoufale vyhledává různé, často extrémní, činnosti, jako např. přehnanou sexualitu, přejídání, užívání drog nebo alkohol. Volný čas je pro ni smrtící.
- 11) Deprese: SV odpovídá v této fázi klinické depresi a může být přítomen kterýkoliv její příznak. Postižení jedinci jsou lhostejní, beznadějní a vyčerpaní. Život osoby ztrácí smysl.
- 12) Syndrom vyhoření: stav spojený s totálním vyčerpáním a pocitem naprosté nesmyslnosti. Téměř všechny oběti mají v této fázi sebevražedné myšlenky, jen málo jich skutečně suicidium spáchá. Dochází ke konečnému a celkovému duševnímu a fyzickému zhroucení. Jedinci v této fázi vyžadují okamžitou lékařskou pomoc.

Výše zmíněné fáze na sebe nemusí bezpodmínečně navazovat a někteří jedinci mohou některé kroky úplně přeskočit nebo se u nich mohou některé fáze prolínat, příp. probíhat ve stejnou dobu, některé se mohou dokonce opakovat. Délka trvání každé fáze se navíc může u každého jedince lišit (Kraft 2006).

Specifické dělení použila ve své práci **Stíbalová** (Stíbalová 2010), která rozdělila SV dle délky jeho rozvoje a trvání na:

### **Akutní SV**

- může se objevit jako akutní reakce na nadměrnou pracovní zátěž, třeba i na počátku pracovní kariéry. Typickým příkladem je nadšený pracovník, který má chuť pomáhat a vytvářet nové postupy, je angažovaný. Po krátkém čase zjišťuje, že práce, kterou dělá, se kupí a pracuje více, než by měl. Postupně začíná cítit velkou únavu fyzickou i psychickou, mohou se objevovat sklony k depresi. Fyzický i psychický stav organismu se velmi rychle horší, pracovník již není schopen vykonávat svoji práci tak, aby byl dostatečně prospěšný lidem, začíná se stranit kontaktu s nimi, dochází k dehumanizaci v jeho přístupu k lidem, je vyčerpaný, může pociťovat beznaděj a sociální odcizení. K takovému akutnímu vyhoření může dojít v průběhu několika měsíců. Možnost nápravy je snazší než u chronického SV, většinou postačí intenzivní odpočinek, relaxace nebo delší dovolená.



## **Chronický SV**

- představuje větší problém, který přichází po delší době práce v pomáhající profesi, kdy práce již zevšedněla. Lidé postižení chronickým SV se ptají po smyslu své práce, srovnávají výsledky svého snažení s oceněním, kterého se jim dostává, začne u nich převládat stereotypie, pocit beznaděje a frustrace (Baštecká 2003). To vše vede k tomu, že jednájí podrážděně, cítí se „vysátí“, začnou tedy být necitliví k ostatním, necítí radost z kontaktu s lidmi, dokonce i rodinu a přátele začnou vnímat jako další zátěž.

Akutní i chronický SV mnohem častěji postihuje osoby, které jsou do své práce více zaangažovány, které chtějí druhým pomáhat za každou cenu, jsou perfekcionisté a velmi zodpovědné (Stibalová 2010).

## 4. Příznaky

Základní symptomy SV vychází z již zmíněné mezinárodní klasifikace nemocí, podle níž je SV zařazen do kategorie Z 73.0 nazvané „Problémy spojené s obtížemi v uspořádání života“. Obecně lze říci, že příznaky SV provázejí nejenom jednotlivce samého, ale i kvalitu jeho práce, a zasahují do všech oblastí jeho života. Postižení jedinci bývají náchylnější k nemocem a jejich léčba trvá obvykle déle. Diagnostika tohoto syndromu není jednoduchá a k jeho rozpoznání dochází často až v okamžiku, kdy jej okolí považuje za problém (Tošner, Tošnerová 2002).

Podrobnější studium této problematiky a publikací autorů, kteří se SV zabývají (Křivohlavý 1998; Venglářová 2011; Lucká, Koberle 2002; Čáp, Mareš 2001; Rush 2003; Tošner, Tošnerová 2002) nám umožní získat přehled jednotlivých příznaků SV, které lze členit z různých hledisek:

### 4.1. Symptomy z hlediska přístupu jejich vnímání

#### a) subjektivní příznaky:

- mimořádně velká únava
- snížené sebehodnocení vyplývající z pocitů snížené profesionální kompetence (schopnosti a dovednosti něco dělat)
- nedostatečné soustředění pozornosti
- snadné podráždění a negativismus.

Patří sem i celá řada příznaků stresového stavu při absenci organického onemocnění.

#### b) objektivní příznaky

- snížená výkonnost trvající řadu měsíců
- produktivita práce neroste úměrně s vynaloženou aktivitou
- nárůst rutinního, bezduchého výkonu v profesním chování
- nedostatek času na týmovou práci
- tendence minimalizovat kontakt s lidmi
- tendence pomáhat sebezneuvěřivým způsobem (obětovat se)

- tendence nezabývat se pracovními konflikty a problémy.

Tyto okolnosti jsou dobře diagnostikovatelné členy rodiny, spolupracovníky, kolegy, příjemateli služeb apod.

#### **4.2. Symptomy z hlediska úrovně postižení**

Fyzické vyčerpání se projevuje výrazným snížením energie, chronickou únavou a celkovou slabostí, psychické vyčerpání je vyjádřeno negativním postojem sama k sobě i ke světu. Tyto příznaky se objevují jako důsledek chronické emocionální zátěže spojené s dlouhodobým a intenzivním nasazením v práci, tzn. jednotlivé úrovně postižení se vzájemně prolínají. Ačkoliv SV nepostihuje jen osoby pracující v „pomáhajících profesích“, právě u nich se symptomy projevují nejčastěji a nejnápadněji (Książek 2011; Schultz 2011; Mallotová 2000; Kebza, Šolcová 1998 a 2003; Tošner, Tošnerová 2002).

Z hlediska úrovně postižení tak můžeme příznaky rozdělit na:

##### **a) fyzické příznaky**

Dochází k narušení funkce mnoha orgánových systémů, zejm. gastrointestinálního traktu, kardiovaskulárního a imunitního systému, s následujícími projevy:

- stav celkové únavy organismu, apatie, ochablost
- vegetativní obtíže: bolest u srdce, změny srdeční frekvence, zažívací obtíže, dýchací obtíže
- bolesti hlavy, často nespecifikované
- poruchy krevního tlaku, poruchy spánku, přetrvávající celková tenze
- zvýšené riziko vzniku závislosti všeho druhu
- změny stravovacích návyků, které úzce souvisí se změnami hmotnosti
- zvýšená náchylnost k nemocem
- zvýšené svalové napětí

##### **b) psychické příznaky**

- pocit dlouhého a namáhavého úsilí o něco, který trvá nadměrně dlouho a efektivita tohoto snažení je v porovnání s vynaloženou námahou nepatrná

- výrazný pocit celkového, především duševního a emočního vyčerpání, dále vyčerpání v oblasti kognitivní spolu s výrazným poklesem až ztrátou motivace
- útlum celkové aktivity, spontaneity, kreativity a iniciativy
- převaha depresivního ladění, pocity smutku, frustrace, bezvýchodnosti a beznaděje, tíživě prožívána marnost vynaloženého úsilí a jeho nesmyslnost
- přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti
- projevy negativismu, cynismu a hostility ve vztahu k osobám, jež jsou součástí profesionální práce s lidmi (k pacientům, klientům, zákazníkům) a jejich vnímání jako objektů
- pokles až naprostá ztráta zájmu o témata související s profesí, často negativní hodnocení instituce, v níž je profese vykonávána
- sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání
- redukce činnosti na rutinní postupy, užívání stereotypních frází a klišé

c) sociální

- celkový útlum sociability, nezájem o hodnocení ze strany druhých osob
- výrazná tendence redukovat kontakt s klienty, kolegy a všemi osobami ve vztahu k profesi
- nechť k vykonávané práci a všemu, co s ní souvisí
- nízká empatie (projevuje se často či téměř vždy u osob s empatií původně vysokou)
- postupné narůstání konfliktů - většinou však nikoli v důsledku jejich aktivního vyvolávání, ale spíše v důsledku nezájmu, lhostejnosti a sociální apatie ve vztahu k okolí
- pokles výkonnosti i sebedůvěry

### 4.3. Symptomy dle Rushe

Psycholog M. D. Rush uvádí dva druhy symptomů vyhoření (Rush 2003), a to:

a) vnější symptomy

- skutečnost, že aktivita vzrůstá, ale produktivita zůstává zpočátku stejná
- podrážděnost

- fyzická únava
- neochota riskovat

b) vnitřní symptomy

- ztráta odvahy
- ztráta osobní identity a sebeúcty
- ztráta objektivnosti
- emocionální vyčerpanost
- negativní duševní postoj

## 5. Druhy a protipóly vyhoření

Ve výzkumu SV u ohrožených profesí (učitelů, zdravotníků, sociálních pracovníků apod.) dospěli psychologové k závěru, že lze rozlišit několik typů či obměn, tj. vzájemně se lišících prožitkově-behaviorálních charakteristik syndromu vyhoření (Kebza, Šolcová 2003).

Patří k nim:

- **syndrom obnošení**: charakterizovaný pocitem naprostého vyčerpání u dlouho-trvajícího, stereotypně působícího stresu.
- **syndrom vyhoření**: vyskytující se při pokračujícím, trvalém stresu a současně působícím úbytku obranných sil, např. se zvyšujícím se věkem.
- **syndrom podcenění**: dostavující se v situacích, kdy člověk vykonává delší dobu nestimulující a monotónní práci s nízkou autonomií pracovní činnosti, která je pod úrovní jeho kvalifikace.

Nověji se v odborné literatuře objevují pokusy o hledání a identifikaci pozitivních protipólů různých psychologických konstruktů, mezi něž SV patří. Cílem je vymezit v lidské psychice pozitivní dispozice a procesy, které přispívají k tomu, že lidé vedou plnohodnotný život. Pozitivní psychologie proto považuje za důležité rozvíjet především pozitivní emoce a vztahy k lidem, např. lásku, optimismus, přátelství, vytrvalost, odpovědnost, altruismus, skromnost, toleranci atd. Tuto myšlenku rozpracovává izraelský psycholog A. Shirom, a dále týmy v USA a Kanadě (Ch. Maslachová a M. Leiter) a v Evropě (W. Schaufeli a D. Enzeman). Psychologickým protikladem SV by mohl být psychologický konstrukt nazvaný „*vigor*“ (vitalita, energie) nebo „*engagement*“ (zaujetí, zapálení, angažovanost). SV je podle tohoto modelu založen mj. na nezvládnutém, neproduktivním vztahu k práci, zatímco *engagement* vyjadřuje stav, kdy je člověk plný energie, chuti a nasazení. Zatímco vyhoření může způsobit negativní zdravotní důsledky, zapálenost má vztah především k pozitivním postojům k životu a práci (smysluplnost, vytrvalost, odpovědnost atd.; Kebza, Šolcová 2003).

## 6. Faktory ovlivňující rozvoj syndromu vyhoření

Známa Beckerova koncepce duševního zdraví udává, že riziko onemocnění je vyjádřeno poměrem mezi rizikovými a protektivními faktory, přičemž rizikovými faktory se rozumí především zranitelnost a stresory, protektivními faktory pak kompetence (v uspokojování potřeb, sociální, kognitivní, kompetence zvládat stresové situace apod.) a podpůrné vlivy vnějšího prostředí. Komplex duševního zdraví je navíc doplněn osobní pohodou, tzv. *well-being* (Kebza, Šolcová 2003; Venglářová 2011). Přesto, že SV není nemoc (jedná se o proces), způsobuje škody osobní, na zdraví, v sociální sféře, ale i profesionální, v jejichž důsledku se zhoršuje kvalita poskytovaných služeb (Bartošíková 2006), a proto je na něj nutné, z hlediska prevence, nahlížet jako na nemoc.

Názory na to, zda je tendence k vyhoření více osobnostně podložena, či zda je způsobena hlavně vnějšími podmínkami, se různí (Mallotová 2000; Kebza, Šolcová 1998; Tošner, Tošnerová 2002). Obecně je přijímán názor, že SV je výsledkem střetu určitých osobnostních (psychických) a fyzických dispozic, úrovně sociability a sociální opory, schopnosti čelit stresu a zvládat jej (Bartošíková 2006). Vznik SV je o to pravděpodobnější, čím více rizikových faktorů se u jedince vyskytuje a kumuluje. Většina pracovníků je ve své profesi navíc angažována svou osobností, a tak se do práce promítá i směs osobních motivů, včetně náboženského či neuvědomované snahy léčit si své vlastní problémy a psychotraumata. Dosáhnout pocitu uspokojení je pak samozřejmě obtížnější než v ostatních profesích (Jeklová, Reitmayerová 2006).

Z hlediska rozvoje SV je tedy významné stanovení rizikových a protektivních okolností či faktorů. V literatuře jsou nejčastěji uváděny tyto skupiny faktorů (Jeklová, Reitmayerová 2006; Patrick, Lavery 2007; Kebza, Šolcová 2003; Venglářová 2011; Rush 2003):

## 6.1. Rizikové faktory

### 6.1.1. Vnější rizikové faktory

Za klíčový vnější (sociální) faktor je pokládána sociální opora, tj. systém sociálních vztahů a vazeb, jež člověk jednak produkuje ve vztahu k okolí, jednak z tohoto okolí přijímá. Jedná se o podmínky v zaměstnání, osobním životě i společnosti, ve které žijeme a podmínky, které na nás tato společnost každodenně klade. K nim patří:

- a) Zaměstnání a organizace práce
  - dlouhodobé a opakované jednání s lidmi
  - nedostatek personálu, času, finančních prostředků, odborných zkušeností
  - nedostatek odpočinku a příliš mnoho pracovních úkolů
  - nedostatek ocenění práce, příp. odmítání ze strany vedení či klientů
  - existence náročných soutěživých podmínek na pracovišti
  - příliš náročné pracovní, kvalitativní a kvantitativní požadavky nebo podmínky; dlouhodobé trvání nepříznivých podmínek
  - snížená možnost tvůrčího rozvoje pracovníků, pracovní rutina
  - snaha o postup na profesním žebříčku
  - není věnována pozornost potřebám zaměstnanců
  - zaměstnanci nejsou zacvičeni staršími, zkušenými pracovníky
  - neexistují plány osobního rozvoje
  - chybí supervize
  - přítomnost častých konfliktů
  - je silná byrokratická kontrola chování zaměstnanců
  - je trvale prožíván časový tlak (Jeklová, Reitmayerová 2006).
  
- b) Rodina
  - přehnaná pozornost problémům ostatních
  - neutěšené bytové či finanční podmínky
  - nemoc či jiná zátěž v rodině, zvláště dlouhodobá
  - partnerské problémy a konflikty.



c) Společnost

- soutěživý charakter naší společnosti
- falešný obraz úspěchu – společensky uznávaný úspěšný člověk je ten, který má vysoký příjem, rodinu a prestižní zaměstnání
- tempo společnosti – zrychlující se tempo přísunu informací, dopravy atd., si činí nemalé nároky na jedince žijícího v této společnosti
- snaha nebýt pozadu za ostatními a udržet krok po výkonové i finanční stránce.

**6.1.2. Profesní podmínky vzniku syndromu vyhoření**

tj. příslušnost k profesi, jejíž součástí je práce (ale i pouze kontakt) s lidmi. SV jsou nejvíce postiženi pracovníci tzv. pomáhajících profesí, kteří působí ve složitých životních situacích, v nichž klíčovou roli hraje vztah mezi pracovníkem a další osobou (pacient, klient). Typické charakteristiky pomáhajících profesí jsou vysoká pracovní náročnost, intenzivní kontakt s lidmi a neadekvátní ohodnocení (Bartošíková 2006). Řada autorů (Kebza, Šolcová 2003; Vágnerová 2008; Tošner, Tošnerová 2002; Křivohlavý 1998) uvádí celou škálu profesí, které jsou rozvojem SV ohroženy nejvíce. Patří k nim zejména:

- lékaři, zdravotní sestry a další zdravotničtí pracovníci (ošetřovatelky, sanitářky, laboranti)
- psychologové a sociální pracovníci
- pedagogové na všech stupních vzdělávání a typů škol
- pracovníci pošt, dispečeři, dispečerky (záchranné služby, dopravy), policisté (v přímém výkonu služby, kriminalisté, posádky motorizovaných hlídek)
- právníci
- pracovníci věznic
- politici a manažeři, poradci a informátoři, úředníci v bankách a úřadech
- příslušníci ozbrojených sil (armáda, letectvo)
- duchovní a řádové sestry, ale také lidé v tzv. nezaměstnanecké kategorii (umělci, sportovci, osoby samostatně výdělečně činné).

SV lze však zaznamenat i u jedinců, jejichž profese nepatří mezi rizikové, a přesto podmínky, ve kterých jedinec pracuje, jeho rozvoj podporují. V takovém případě je chyba zejména v organizaci a řízení daného pracovního prostředí. Nejrizikovější pracoviště jsou ta, kde „výdej“ převažuje nad „příjmem“, kde zaměstnanci pracují s vysokým osobním a emočním nasazením a dostává se jim jen málo ocenění a uznání nebo výsledky jejich práce jsou málo uspokojivé (viz kapitola 6.1.1. a).

### **6.1.3. Vnitřní rizikové faktory**

Za vnitřní klíčový faktor, který ovlivňuje rezistenci člověka vůči negativním účinkům stresu, je pokládána osobnost jedince. Osobnostní charakteristiky se v podmínkách stresu promítají do procesů zvládnání stresu, a to tak, že rozhodujícím způsobem ovlivňují hodnocení stresogenních situací a výběr strategií k jejich zvládnutí, a tím i následné psychické procesy (např. emoce) a jejich neuroendokrinní složku. Určité osobnostní charakteristiky tak predisponují k určitému stylu hodnocení a zvládnání stresu a mohou být vysvětlením odlišné zranitelnosti různých osob vůči stresu (Kebza, Šolcová 2003).

Mezi osobní charakteristiky, které mají vliv na rozvoj SV, patří:

- přílišné nadšení pro práci
- vnitřní tendence k soutěživosti, ke srovnávání s druhými
- subjektivní vnímání obtížnosti vlastních životních podmínek
- špatné vnitřní sebehodnocení, silné vnímání neúspěchu
- špatný fyzický stav
- nepravidelný denní biorytmus, snaha udělat si všechno sám
- nízká úroveň zdravé asertivity, neschopnost říci „ne“
- nezvládnání konfliktů
- potřeba mít vše pod kontrolou
- neschopnost aktivního i pasivního odpočinku či relaxace
- přílišná odpovědnost a pečlivost
- kladení příliš vysokých nároků na sebe sama

- chronické přesvědčení o neadekvátním společenském uznání a ekonomickém hodnocení vykonávané profese.

## **6.2. Protektivní faktory**

Nebezpečí rozvoje SV lze redukovat zahrnutím protektivních faktorů jako součást životního stylu. Kupka uvádí tyto hlavní faktory prevence SV:

1. nalezení smysluplné pracovní činnosti
2. získání a převzetí profesionální autonomie a opory
3. vytváření přirozeného vztahu k práci (poznání přínosu, jenž práce přináší člověku a člověk práci) a dalším životním aktivitám (Kupka 2008).

Prevenici SV lze rozdělit dle úrovně přístupu na prevenci na úrovni jednotlivce a na úrovni organizace (Hennig, Keller 1996; Bartošiková 2006):

### **6.2.1. Prevence na úrovni jednotlivce**

Tento přístup představuje vytváření si zdravého systému sebedopory, tj. postarat se o vlastní smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní život mimo roli pomáhajícího, podporovat aspekt péče o sebe sama a hledat způsoby prevence vyhoření. K dalším krokům, které snižují riziko rozvoje SV z hlediska osoby - jedince, patří:

- snížit příliš vysoké nároky na sebe i na druhé. Zbavovat se nejasností – vymezení kompetencí; ujasnit si, co se po mně chce. Neklást si nesplnitelné úkoly.
- nepropadat syndromu pomocníka, tj. vyhnout se nadměrné citlivosti k potřebám druhých lidí.
- nenechat se přetěžovat. Myslet také na sebe. Dovolit si říkat „ne“.
- nepřebírat zodpovědnost za všechny a za všechno, vyvarovat se negativnímu myšlení.
- předcházet komunikačním problémům. Vyhybat se ukvapeným rozhodnutím, planým slibům i výhrůžkám.

- v kritických okamžicích zachovat rozvahu, udělat si čas a prostor na konstruktivní analýzu.
- naučit se rozumně zacházet se svým časem.
- stanovit si priority.
- vytvořit a udržet reálný postoj a rozdělit si rovnoměrně práci.
- dělat přestávky a umět doplňovat energii.
- zajímat se o své zdraví a žít zdravě; udržovat se v dobré tělesné kondici.
- vyjadřovat otevřeně své pocity, hledat emocionální i věcnou podporu (Hennig, Keller 1996).
- rozlišovat pracovní prostředí od domácího.
- sebezpoznavat se a myslet na své vlastní potřeby.
- vytvářet dostatek prostoru na svůj život, koníčky, zájmy.
- využívat nabídek pomoci (Bartošíková 2006).
- pěstovat dobré mezilidské vztahy, vytvářet sociální sítě. Výhodou je udržovat si přátelství s lidmi různých profesí, zájmů i životních stylů, což umožňuje vzájemně se obohacovat, poskytovat nové nápady, zprostředkovávat nové pohledy.
- celoživotně se vzdělávat - jedná se o zvyšování kvalifikace v profesi nebo studium cizích jazyků či rozvíjení dalších dovedností (Lucká, Koberle 2002).

Čáp a Mareš radí mezi důležité opěrné body prevence následující:

- dobré a detailní ujasnění si životních cílů a smyslu vlastní práce; vědomí, že plnění drobných, každodenních profesních povinností má význam pro druhé i pro mne.
- adekvátní mnohostranný životní styl, střídání práce s odpočinkem, zájmovými činnostmi a zábavou (opak workoholismu).
- zlepšení komunikace v rodině i ve škole.
- sociální podpora blízkých lidí, rodiny a kolegů, osob vystavených stejnému riziku.
- postup vedení organizace i celé společnosti ve směru zlepšování podmínek, profesní perspektivy a společenského postavení (Čáp, Mareš 2001).

### 6.2.2. *Prevence na úrovni organizace*

Předcházení SV u pracovníků je vyjádřením zájmu organizace o podřízené, kteří v důsledku neztrácejí svojí výkonnost a sebedůvěru. Vzhledem k tomu, že se SV promítá i do postojů a způsobů chování souvisejících s pracovní činností (absence, snížené pracovní nasazení, vyšší nemocnost apod.), má jeho prevence i ekonomické důsledky (Bartošíková 2006; Patrick, Lavery 2007).

Mezi preventivní opatření na úrovni organizace patří:

#### - **odpovídající organizace práce**

- co nejpřesněji stanovit, co se od koho očekává, definovat práva a povinnosti na jednotlivých úrovních organizace.
- zadávat pracovní úkoly s ohledem na možnosti realizace, např. z hlediska přiměřených nároků, kompetencí a snaha nedostávat se pod časový tlak.
- provádět zpětnou vazbu.
- umožňovat pracovní flexibilitu, dodržovat potřeby a specifity jednotlivce.
- kompletizace, tj. možnost provedení celé práce až do konce a vidět výsledek svého díla.
- vyjadřovat adekvátní společenské a ekonomické uznání a hodnocení.

#### - **úprava pracovních podmínek**

- uvolnění napětí zejména u osob, jejichž práce je fyzicky, psychicky i citově náročná – je nutné zabezpečit vhodné podmínky pro jejich odpočinek či relaxaci (např. odpočinková místnost, poukaz ke sportovní aktivitě).
- oproštění od administrativy a byrokracie, omezení „papírování“ prováděného na úkor odborné činnosti.
- zjednodušení příliš složitých pracovních postupů.
- obohacení práce ve smyslu zpestření monotónní činnosti, zvýšení společenského soužití.
- spolupráce a sociální opora jako nástroje k podpoře dobrých vzájemných vztahů, neagresivního a dobrého jednání.

### - **podpora týmové spolupráce**

Dobrá týmová práce patří mezi jednu ze základních podmínek úspěšné a produktivní ošetrovatelské péče. Týmová práce je nejen efektivnější, než je součet jednotlivých výkonů, ale společná zaměřenost a sdílené výsledky a radost, jsou také zdrojem motivace celého týmu (Bartošíková 2006). V dobře fungujícím týmu lidé vědí, co dělají, k čemu jejich práce slouží, a kam patří. Atmosféra je obvykle neformální, členové týmu mají pocit sounáležitosti a užitečnosti. Každý zná a nese svoji zodpovědnost za práci i za případnou chybu, nesouhlas v týmu se nepotlačuje, ale řeší. Ten, kdo má pocit sounáležitosti, pracuje efektivněji a s větší motivací. Navíc jedinec, který cítí, že může svým kolegům nabídnout něco potřebného a ceněného (schopnosti, vědomosti, zkušenosti), se pak cítí být akceptován a užitečný.

Mezi základní charakteristiky týmu lze zařadit:

- sdílení společné vize a cíle, které jsou respektovány.
- angažovanost pro věc a nadšení, které zvyšují ochotu pracovat.
- spolehlivost vůči členům v týmu a smysl pro závazky.
- vzájemná důvěra a respekt.
- prostor pro otevřenou komunikaci, konfrontaci, pochvalu i přiznání chyby.
- jasně stanovené pravomoci a zodpovědnosti, vč. vedení týmu.

Na kvalitní spolupráci sester by měl být kladen velký důraz, protože bylo prokázáno, že zdravotní sestry jsou produktivnější a výkonnější, pokud pracují jako tým. Vzniká tak důvěra v kolektiv a sestry jsou motivovány k poskytování lepší péče (Bartošíková 2006).

- **úprava pracoviště** z hlediska jeho velikosti, členění, hluku, přístupu světla, tepelné pohody, klidu a individuálních potřeb a vkusu jedince (Křivohlavý 1998).

### **6.3. Neutrální faktory**

Za neutrální faktory z hlediska vzniku a rozvoje vyhoření jsou považovány inteligence a hlavní demografické charakteristiky jako jsou věk, stav, vzdělání, délka praxe v oboru. Názory se poněkud liší, pokud jde o délku práce na úrovni jedné pozice nebo vliv intersexuálních diferencí. Někteří autoři ji považují za irelevantní, jiní naopak za podstatnou z hlediska rozvoje SV. Jak ve své práci uvádí autoři Kebza a Šolcová tyto nesrovnalosti jsou pravděpodobně ovlivněny nedostatečným množstvím dostupných dat nebo demografickými parametry populačních vzorků (řada výzkumů je prováděna na typicky feminizovaných profesních skupinách - zdravotní sestry, učitelky, lékařky atd.; Kebza, Šolcová 2003).

## 7. Profese zdravotní sestry v léčebně dlouhodobě nemocných

### 7.1. Základní role sestry v ošetrovatelství

Povolání zdravotní sestry prochází, podobně jako většina profesí, řadou změn zejména v závislosti na měnících se společenských, kulturních a ekonomických podmínkách. Každé období rozvoje ošetrovatelství s sebou přináší řadu pozitivních situací, které dokážou jedince zainteresované do problematiky pozitivně uspokojit, motivovat a dodat pocit uspokojení z dobře vykonané práce. Stejně tak se však objevují i situace nepříznivé a stresující, např. v podobě nedostatku prostředků k poskytování péče, nedostatek odborných informací, setkávání se s bolestí, smrtí a utrpením (Zábojníková 2010). S rozvojem ošetrovatelství se navíc postupně mění role sestry. V moderní době se sestra stále více stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu schopnou samostatné práce; postupně se také mění její kompetence a obsah její práce (Staňková 2002).

Základní role sestry lze rozdělit na role:

- **sestra – pečovatel**, která je spojená s poskytováním základní ošetrovatelské péče.
- **sestra – edukátor** nemocného a jeho rodiny, při níž sestra vzdělává při upevňování zdraví, rozvoji soběstačnosti, předcházení komplikacím a nácvičku potřebných praktických dovedností (ošetrování ran, self-monitoringu, aplikace léků apod.).
- **sestra – obhájce** nemocného, zejména v situaci, kdy pacient není schopen projevit své potřeby, problémy nebo přání. Sestra má možnost tyto situace při procesu ošetrování poznat a dodat tak pacientovi pocit bezpečí a jistoty.
- **sestra – koordinátor** při plánování a realizaci ošetrovatelské péče. V této roli úzce spolupracuje s ostatními kolegy ošetrovatelského a zdravotnického týmu, a dále aktivně zapojuje pacienta a jeho rodinu.
- **sestra – asistent**, ve které se podílí na diagnosticko-terapeutické péči.



Plnění profesionálních rolí sestry v praxi v zásadě popisuje jejich každodenní činnost. Jednotlivé role se často prolínají a slouží k objasnění různých povinností sestry, která by ve své profesi měla umět chránit, udržovat, navracet a podporovat zdraví osob a skupin, jejich autonomii, soběstačnost v oblasti tělesných a psychických životních funkcí s ohledem na individualitu postižených osob.

Zdravotní sestry musí být dále schopné zavádět a realizovat opatření pro zlepšení zdraví a zabránění vzniku nemoci, převzít zodpovědnost za vlastní ošetrovatelskou činnost, vzájemně spolupracovat při ošetřování, informovat a vést klienty, studenty i kolegy a kolegyně, sledovat výzkumné a vývojové práce, spolupracovat na nich a využívat je, plánovat svoji práci, řídit a kontrolovat pracovní tým, spolupracovat s jinými odborníky v rámci multidisciplinární spolupráce.

## **7.2. Rizikové faktory v profesi zdravotní sestry**

Vzhledem k neustálému kontaktu s lidmi, nutnosti rozhodovat se a reagovat, vysoké zodpovědnosti a vysokému pracovnímu tempu patří zdravotní sestry do skupiny profesí, které jsou z hlediska nebezpečí rozvoje SV nejohroženější. Mezi rizikové faktory, které se u sester podílí na jeho vývoji, patří (Ptáček 2011; Bartošíková 2006):

### ***Fyzické zatížení:***

- vysoké statické zatížení (např. operační sál)
- narušení spánkového rytmu (pracovní doba v několikasměnném systému)
- nepravidelná strava
- kontakt s léky, dezinfekcí, chemikáliemi, radiací apod.
- vysoké riziko infekce.

### ***Psychické zatížení:***

- vysoké pracovní tempo
- vysoká zodpovědnost
- nutnost neustále a rychle reagovat
- kontakt s utrpením, bolestí, smrtí

- nutnost komunikace s pacientem a jeho rodinou
- špatné ohodnocení
- vysoké nároky na pracovní výkon
- časté nebo neefektivní organizační změny
- nízká podpora profesního růstu, profesní nejistota
- nárůst neefektivní administrativní zátěže
- zevní rušivé vlivy, např. telefonáty
- nároky týmové práce a interpersonálních problémů.

### **7.3. Protektivní faktory v profesi zdravotní sestry**

Ochranné faktory umožňují zdravotním sestřám nacházet uspokojení v práci, posilují motivaci a podílejí se na jejich spokojenosti. Lze k nim zařadit:

- styk s různorodými lidmi a pestré lidské seskupení
- zájem dozvídat se něco nového o různých oborech lidských činností, o zážitcích nebo životních příbězích
- snaha porozumět životním hodnotám pacientů, poznat jejich způsob „boje“ s bolestí a nemocí, které mohou vést k přehodnocení vlastních postojů
- bezprostřední ocenění vlastní práce ve formě pochvaly od pacienta nebo jeho rodinného příslušníka, ve formě viditelných pokroků v léčení nebo při záchraně života; samotný pocit uspokojení z dobře vykonané práce také přináší pohled na spokojeného pacienta
- získávání nových zkušeností a dovedností zvyšují pocit osobní kompetence a zlepšují komunikaci s mnoha typy lidí v různých situacích
- využívání zkušeností z práce v osobním i společenském životě, v domácnosti či při výchově dětí
- uvědomování si vysokého společenského statutu této profese, její smysluplnosti a zaujetí pro práci
- schopnost organizovat (si) práci a čas
- nadprůměrná znalost týkající se zdraví a jeho ochrany (Bartošíková 2006; Kebza, Šolcová 2003).

#### 7.4. Charakteristika pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných

Hlavním cílem práce sestry v léčebně je péče o seniory. Vysoký věk pacientů lze považovat za jeden z nejdůležitějších rizikových faktorů odpovídajících za rozvoj SV u ošetřujícího personálu. Z vývojového hlediska je stáří považováno za poslední vývojovou etapu, která je oproti ostatním stádiím charakteristická involučními procesy, tedy snížením či ztrátou některých funkcí namísto jejich rozvoje. Stáří je charakterizováno jak biologickými (fyziologickými i tělesnými), tak i psychologickými a sociálními znaky a změnami (Pospíšilová 2011). Přináší nadhled, moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu konci. Je obdobím relativní svobody, ale i dobou kumulace nevyhnutelných ztrát ve všech oblastech (Vágnerová 2007).

Stáří lze tedy chápat jako biologický proces, který je neodvratný, univerzální a nezvratný, zakončený selháním organismu. Modernější pojetí definuje člověka jako starého tehdy, považují-li ho za starého ostatní členové společnosti (Mlynářová 2007). Stáří je tedy spíše sociálně než biologicky konstruovaný status, který je významně určován účastí, resp. neúčastí na pracovním trhu (Pospíšilová 2011).

Jak již bylo řečeno, se stářím je spojováno množství ztrát, zátěží a změn. Obecně můžeme z tohoto pohledu stáří charakterizovat následovně (Smékal 2011; Minibergerová, Dušek 2006; Venglářová 2007):

##### Časté psychické změny ve stáří

- změny kognitivních funkcí
- projevy onemocnění, včetně duševních
- změny v hodnotách
- rigidita ve vztazích
- zhoršení úsudku
- podezřavost a nedůvěra vs. často nepochopitelná naivita
- témata komunikace jsou převážně negativní a opakující se
- problémem je duševní přijetí věkem daných omezení, a též definitivnosti života
- změny v citových prožitcích, které jsou méně bezprostřední a snižuje se jejich intenzita

- zhoršená adaptace na změny a schopnost rozhodnout se
- zhoršená paměť, zejména krátkodobá
- pokles psychomotorického tempa

#### Časté sociální změny ve stáří

- pocity osamocení a opuštěnosti
- zvyšování závislosti starších lidí
- proměny sociálních rolí (jejich redukce)
- odchod dospělých dětí z rodiny (syndrom opuštěného hnízda)
- změny v partnerském vztahu (vliv odchodu do důchodu jednoho či obou partnerů, vliv zhoršení zdravotního stavu jednoho z manželů či obou na manželství)
- smrt partnera, vrstevníků, přátel
- změna bydlení (přestěhování), případně odchod do zařízení pro seniory
- finanční obtíže

#### Časté zdravotní změny ve stáří

- pokles řady fyziologických funkcí (snížená tvorba žaludeční či pankreatické šťávy, pokles funkčnosti střev, srdce, plic, nervového systému apod.)
- změna vzhledu
- zhoršení smyslů (především zraku, sluchu)
- potíže s rovnováhou
- potíže s hybností – osteoporóza
- inkontinence
- pokles funkční tkáně ve svalové oblasti (úbytek aktivní svalové tkáně - sarkopenie)
- zhoršení zdravotních potíží zanedbávaných v předchozích obdobích – revmatismus, diabetes

Výše uvedené změny v prožívání, spojené s fyzickou nepohodou a zhoršenou schopností komunikovat (v závislosti na zhoršení sluchu a zraku), vedou k tomu, že se starý člověk může ocitnout v sociální izolaci, doprovázené pocity osamělosti a méněcennosti. Péče o

takového pacienta je pro zdravotníky velmi náročná a stresující, a má negativní vliv nejen na psychickou, ale i sociální kondici ošetřujícího personálu a může přispět k rozvoji SV.

### **7.5. Syndrom vyhoření u zdravotních sester pečujících o seniory**

Přístup ke stáří a péči o stárnoucí pacienty by měl vycházet ze soudobých znalostí této problematiky a zaměření na specifiku seniora, jako jednu z hlavních priorit civilizované společnosti (Minibergerová, Dušek 2006). Jedním ze zařízení pečujícím o seniory je léčebna dlouhodobě nemocných, ve které pracuji, a kterou jsem si vybrala pro studium podmínek rozvoje SV u zdravotních sester. Léčebna dlouhodobě nemocných je definována jako lůžkové zdravotnické zařízení nebo část zdravotnického zařízení pro umístění pacientů s chronickým onemocněním, kteří již nevyžadují akutní péči, ale nemohou být propuštěni do domácí péče. Hospitalizace by neměla trvat déle než tři měsíce (Vondráček 2009).

Práce se staršími pacienty prochází mnoha změnami. Mění se tradiční pojetí rolí pomáhajících, hledají se nové cesty, které směřují k větší autonomii pacientů. Na pracovníky je kladen velký nárok, poskytují péči z medicínského hlediska nesmírně rozmanité skupině osob. Jedním z hlavních úskalí v péči o seniory je navázání vztahu s pacientem, který je pro poskytnutí kvalitní péče nezbytný. Ne vždy a ne všichni pacienti jsou nám však sympatičtí, je nutné zapojit profesionalitu a vůli a překonat úskalí, aby vztah fungoval, což je citově náročné. Navázání kontaktu se seniory navíc obvykle trvá dlouho, pacienti jsou nedůvěřiví a bojí se zklamání. Při projevech paranoidity je vlivem psychických poruch téměř nemožné vztah navázat a udržet. Pokud se k běžné péči o pacienta přidají ještě další faktory, jako např. konflikt mezi profesionalitou a požadavky pacienta nebo jeho rodiny, stává se pracovní prostředí velmi stresujícím (Venglářová 2007). K tomu, aby byla pracovní zátěž přiměřená a vyvážená, musí existovat rovnováha mezi výkonovou kapacitou člověka na jedné straně a požadavky a podmínkami, za kterých se uskutečňuje, na straně druhé (Komačková 2009). Často je však ve hře také pojetí pomáhajícího v očích společnosti a sebe samého. Již v průběhu přípravy k výkonu profese vzniká přesvědčení, že kdo chce opravdu dobře pomáhat druhým, musí umět potlačit své vlastní potřeby, rychle se adaptovat na zátěž a nedávat na sobě nic znát. Citlivější jedinci mají pochybnosti, zda jsou dobrými pracovníky, jestliže nedokáží vydržet velký stres. V

takovém případě se i velmi přetížení profesionálové obávají přijmout profesionální podporu, např. formou supervize. Mezi důvody, proč tomu tak je, patří (Venglářová 2007):

- velká očekávání, která máme sami od sebe
- společnost, která podporuje obraz silného pomáhajícího profesionála
- organizace preferující bezproblémového a silného pracovníka
- osobní problémy s přijímáním pomoci od druhých lidí
- projevují se vlivy rodinné a profesní výchovy.

Jeden z přístupů, jak omezit riziko rozvoje SV při práci se seniory, uvádí ve své publikaci Rheinwaldová (Rheinwaldová 1999) a zahrnuje tyto kroky:

- stát pevně na zemi a být vyrovnaný
- připomínat si vlastní životní cíle lišící se od cílů dezorientovaných seniorů (neztotožňovat se s nimi)
- uvědomovat si realitu, tedy situaci, že dezorientované osoby žijí ve svém vlastním světě fantazie, dovedou se vcítit do jejich myšlení a jednání
- nevnucovat svoji realitu s vědomím, že senioři mají svoji a jinou nedokážou pochopit
- nepoučovat
- nikdy nic nepředstírat, protože stáří je moudré a intuicí pravdu vycítí
- uvědomit si, že přesto, že se senioři chovají dětinsky, nejsou to děti a podle toho se k nim chovat
- respektovat pacienty; staří lidé jsou schopni rozpoznat třeba i kvalitu doteku (tj. ponižující poplácání vs. vřelý dotek)
- vyvarovat se pokynů “měl byste”, “musíte”
- nikoho neodsuzovat
- nevyvolávat strach, netrestat a nezastrašovat
- nepotlačovat v druhých city, ale ani je nevynucovat
- chovat se důvěryhodně.

Další zajímavý přístup uvádí recentní publikace (Honzák 2013) jako “Desatero sester z anglických hospiců”, tedy pracovišť s vysokým rizikem SV:

- Buď sama k sobě laskavá a vlídná.
- Uvědom si, že tvým úkolem je pomáhat změnám, ne násilně měnit.
- Najdi si své „útočiště“ - místo klidu.
- Buď druhým oporou, neboj se je pochválit, nauč se to přijímat od nich.
- Uvědom si, že v situaci, v níž jsi, jsou zcela oprávněné občasné pocity bezmoci.
- Snaž se obměňovat své pracovní postupy a neupadnout do stereotypu.
- Najdi rozdíl mezi naříkáním, které přináší úlevu, a naříkáním, které tě ničí.
- Když jdeš domů, soustřeď se na dobré věci.
- Snaž se sama sebe posilovat a povzbuzovat.
- Využívej posilujících prvků přátelství.
- Ve volném čase nehovoř o práci.
- Plánuj si chvíle oddechu a odpočinku.
- Nauč se říkat „rozhodla jsem se“ namísto „musím“.
- Nauč se říkat NE; za co stojí každé tvé ANO, když nikdy neumíš říci NE.
- Netečnost a rezervovanost ve vztahu k druhým je nebezpečnější, než připustit si myšlenku, že se nedá nic dělat.
- Raduj se, směj se a hraj si.

## II. EMPIRICKÁ ČÁST

### 8. Cíle výzkumu

Ve své bakalářské práci jsem si stanovila tyto cíle:

- Cíl 1:** Pokusit se pomocí rozhovorů zmapovat podmínky, které pozitivně ovlivňují, tj. snižují riziko rozvoje SV.
- Cíl 2:** Pokusit se pomocí rozhovorů zmapovat podmínky, které negativně ovlivňují, tj. podněcují rozvoj SV.
- Cíl 3:** Pokusit se pomocí rozhovorů zmapovat reakce zdravotních sester na psychickou i fyzickou zátěž.

### 9. Výzkumné otázky

**Otázka č. 1:** Co se sestrám líbí v rámci jejich pracovních podmínek?

**Otázka č. 2:** Co se sestrám nelíbí v rámci jejich pracovních podmínek?

**Otázka č. 3:** Jak sestry reagují na pracovní zátěž a jak se s ní vyrovnávají?

### 10. Struktura rozhovoru

Ke zjišťování a sběru dat jsem použila metodu částečně strukturovaného rozhovoru. Strukturu rozhovoru tvořily tři (základní) otevřené otázky:

1. “Co se ti na této práci líbí?”
2. “Co se ti na této práci nelíbí?”
3. “Jak se vyrovnáváš s negativními věcmi, které na tebe v práci dopadají?”



## 11. Charakteristika výzkumného vzorku

Soubor respondentů se skládá z pěti sester pracujících v léčebně v Hradci Králové. Dotazování pracujících v jednosměnném i dvousměnném provozu. Pouze v ranních službách pracují dvě sestry, tři sestry pracují ve dvousměnném provozu, tedy střídají se ve dvanáctihodinových denních a nočních službách. Respondenti byli zastoupeni pouze v ženském pohlaví s rozdílnou délkou praxe.

Výzkumnou část bakalářské práce jsem se rozhodla provést na svém pracovišti. V léčebně pracuji již čtvrtý rok a dle mého názoru je nutné věnovat více pozornosti právě podmínkám, které mohou rozvoj SV ovlivnit. Léčebna se skládá ze dvou stanic (oddělení); každé oddělení má padesát lůžek. Jedna stanice je pouze pro ženy, druhá je rozdělena na dvě části pro mužské a ženské pacienty. Výzkum jsem zde prováděla se souhlasem vrchní sestry Mgr. Zdeny Václavíkové.

**Tabulka č. 1: Charakteristika výzkumného vzorku**

| <b>Respondentky</b> | <b>Délka praxe</b> | <b>Délka pracovního poměru v léčebně</b> | <b>Pracovní doba</b> |
|---------------------|--------------------|--|----------------------|
| Rozhovor č. 1       | 9 let              | 7 let                                    | Jednosměnná          |
| Rozhovor č. 2       | 8 let              | 5 let                                    | Dvousměnná           |
| Rozhovor č. 3       | 15 let             | 15 let                                   | Jednosměnná          |
| Rozhovor č. 4       | 20 let             | 1 rok                                    | Dvousměnná           |
| Rozhovor č. 5       | 10 let             | 8 let                                    | Dvousměnná           |

## **12. Použitá výzkumná metoda**

Pro své výzkumné cíle jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Tato forma výzkumu klade důraz na prozkoumání jevu do hloubky, umožňuje poznání širšího kontextu jevů, které badatele zajímají, a jejich poznání v přirozených podmínkách. Při analýze získaných údajů můžeme odhalit nové jevy. V kvalitativním výzkumu mají údaje charakter textu a probíhá na místech, které mají pro výzkumníka ustálený smysl (Kutnohorská 2009).

K realizaci výzkumu jsem zvolila metodu rozhovorů. Při získávání dat jsem se souhlasem dotazovaných použila diktafon. Zvukové záznamy jsem následně doslovně přepsala. Přepisy jsou součástí příloh této práce. Jedná se o polostrukturovaný rozhovor zaměřený na subjektivní hodnocení pracovních podmínek v léčebně. Tímto způsobem jsem chtěla soustředit pozornost na subjektivní názory a pocity jednotlivých sester. Po celou dobu rozhovorů jsem se snažila nechat dotazované co nejpřirozeněji vyprávět a příliš do rozhovorů nevstupovat a nepřerušovat je.

## **13. Zpracování dat**

K třídění dat jsem použila nejdříve obsahovou analýzu, která předcházela následnou metodu otevřeného kódování, pomocí kterého jsem převedla získané informace do srovnatelných pojmů a seřadila do přehledných tabulek.

## 14. Výsledky

U všech rozhovorů byla provedena jejich obsahová analýza a aplikováno otevřené (axiální) kódování. Získaná data byla zaznamenána do tabulek. Analýzou dat byly rozlišeny pozitivní a negativní podmínky uváděné jednotlivými respondentkami, které mohou mít vliv na rozvoj SV, a dále byl do tabulek zaznamenán způsob reakce sester na příp. zátěž (tabulky č. 2 – 6). Součástí hodnocení každého rozhovoru je také slovní komentář získaných odpovědí rozčleněný na jednotlivé parametry. Na závěr bylo ze zaznamenaných referencí provedeno porovnání pozitivních podmínek všech rozhovorů (tabulka č. 7), negativních podmínek (tabulka č. 8) a reakcí jednotlivých respondentek na zátěž (tabulka č. 9). Souhrnné odpovědi všech sester vč. frekvence zastoupení jednotlivých parametrů jsou zobrazeny v tabulce č. 10.

### Vyhodnocení rozhovoru č. 1

První rozhovor mi poskytla sestra pracující 9 let ve zdravotnictví. V léčebně pracuje 7 let. Po celou dobu rozhovoru na mě působila klidným a vyrovnaným dojmem. Na otázky odpovídala ochotně, stručně a výstižně.

**Tabulka č. 2: Vyhodnocení rozhovoru č. 1**

| <b>Pozitivní podmínky</b>    | <b>Negativní podmínky</b> | <b>Reakce</b>     |
|------------------------------|---------------------------|-------------------|
| Pracovní doba                | Pomluvy v kolektivu       | Relaxace hudbou   |
| Délka dovolené               | Komunikace                | Odpočinek spánkem |
| Sociální výhody (OČR, nemoc) |                           |                   |
| Finance                      |                           |                   |
| Možnost sebevzdělávání       |                           |                   |
| Vstřícnost vrchní sestry     |                           |                   |
| Společné společenské akce    |                           |                   |

**Pozitiva:**

Pozitivně hodnotí možnost práce na jednu směnu, délku dovolené a vstřícnost v případě potřeby ošetřování člena rodiny (OČR) a doprovodu dítěte k lékaři. Toto vše ji umožňuje vedle práce zvládat i roli matky a manželky. Dále velmi kladně hodnotí i finanční ohodnocení, pravidelnost výplatního dne je pro ni důležitá. Oceňuje přístup vrchní sestry, jak v otázce sebevzdělávání, tak i v případě různých osobních potíží. Velmi si chválí možnost odreagování se při formálních akcí pořádaných zaměstnavatelem.

**Negativa:**

Negativně hodnotí pracovní kolektiv, kde ji nejvíce vadí pomluvy ostatních kolegyň. I probírání problémů v kolektivu za zády lidí, kterých se to týká. A v případě řešení daného problému jí vadí to, že se nikdo nechce přímo a upřímně k dané věci vyjádřit. Zároveň poukazuje na nedostatečnou komunikaci vedení léčebny s ostatními zaměstnanci. Má pocit, že vedení nedostatečně informuje personál o dění v léčebně. I když chápe jejich důvody, myslí si, že větší komunikace ze strany vedení by zamezila případným domněnkám ze strany personálu. I přes tato negativa je v práci spokojená.

**Reakce:**

Uvědomuje si plně psychickou i fyzickou zátěž své práce. Pro relaxaci volí poslech své oblíbené hudby. Pro načerpání fyzických sil používá odpolední spánek.

**Vyhodnocení rozhovoru č. 2**

Souhlas s rozhovorem č. 2 jsem dostala od sestry pracující 8 let ve zdravotnictví, z toho 5 let v léčebně. I tato sestřička na mě během rozhovoru působila klidným dojmem. Na mé otázky odpovídala ochotně, rozhovor měl dobrý spád, odpovědi dotazované působily utříděně.

**Tabulka č. 3: Vyhodnocení rozhovoru č. 2**

| <b>Pozitivní podmínky</b>                    | <b>Negativní podmínky</b> | <b>Reakce</b>          |
|--|---------------------------|------------------------|
| Pracovní doba                                | Pomluvy v kolektivu       | Rozhovor s manželem    |
| Délka dovolené                               | Nespolupráce v týmu       | Problém v práci neřeší |
| Finance                                      | Nespolupráce s lékaři     | Čas strávený s dětmi   |
| Možnost výměny služeb                        | Pracovní pomůcky          |                        |
| Zaměstnanecké výhody<br>(parkování v areálu) | Stres                     |                        |
| Práce s lidmi                                | Dokumentace               |                        |
|  | Vedení neřeší problémy    |                        |

**Pozitiva:**

Na zaměstnání se jí líbí práce s lidmi. Velmi pozitivně hodnotí možnost práce pouze na poloviční úvazek, délku dovolené a možnost výměny služeb v případě potřeby. Toto vše jí umožňuje skloubit práci a rodinu dohromady. Dále vidí klady i v oblasti financí, kde jí těší příspěvek na dovolenou. V poslední řadě jí vyhovuje i možnost parkování v areálu zaměstnavatele, neboť dojíždí do práce autem, a tudíž nemusí řešit problémy s parkováním.

**Negativa:**

Nelíbí se jí nespolečenská práce v týmu, hlavně neplnění si svých povinností a přenechávání určitých prací další směně. Záporně hodnotí i kolektiv, kde jí nejvíce vadí pomluvy ostatních kolegyň a závist ohledně počtu služeb, svátků a víkendů. Negativně hodnotí i spolupráci s lékaři, kde jí nejvíce schází uznání sester jako pracovních partnerů. Velký problém vidí v přístupu vedení k problémům. Připadá jí, že vzniklé potíže nikdo neřeší. Nedostatky vidí i v pracovních pomůckách, které jsou podle ní nedostatečné. Vadí jí shon v práci, někdy až zbytečné spěchání, které pak přináší stres. A v poslední řadě vidí problém i s novou dokumentací, která nyní vyžaduje od sester velkou pozornost a spoustu času při jejím vyplňování.

**Reakce:**

Relaxaci hledá hlavně ve své rodině, v rozhovoru s manželem a časem stráveným s dětmi. Její další obranou reakcí je to, že si problémy z práce nepřipouští a neřeší je, i díky polovičnímu úvazku.

**Vyhodnocení rozhovoru č. 3**

Třetí rozhovor mi poskytla sestra pracující 15 let ve zdravotnictví a celou tu dobu v léčebně. Nemá tudíž možnost srovnání s jiným oddělením. Na mnou kladené otázky odpovídala velmi ochotně a výpravně. Zpočátku jsem se obávala možných rušivých elementů (protože jsme se k rozhovoru sešly v restauraci), ale během rozhovoru se ukázalo, že jsme se nenechaly ničím vyrušit.

**Tabulka č. 4: Vyhodnocení rozhovoru č. 3**

| Pozitivní podmínky | Negativní podmínky          | Reakce              |
|--------------------|-----------------------------|---------------------|
| Věk pacientů       | Pomluvy v kolektivu         | Rozhovor s manželem |
| Práce s lidmi      | Komunikace                  |                     |
|                    | Nespolupráce s lékaři       |                     |
|                    | Stres                       |                     |
|                    | Dokumentace                 |                     |
|                    | Vedení neřeší problémy      |                     |
|                    | Málo času na pacienty       |                     |
|                    | Problém organizace práce    |                     |
|                    | Přístup pomocného personálu |                     |

**Pozitiva:**

Na práci zdravotní sestry v léčebně velmi pozitivně hodnotí věkové složení pacientů. Vnímá stáří a nemoc přirozeně, kdežto u mladých lidí jí jejich onemocnění velmi sužuje. Má ráda práci s lidmi.

**Negativa:**

Respondentce velmi vadí to, že nemá na pacienty dost času, neboť velkou prioritou je dokumentace a ta je podle ní velmi časově náročná. I když má k dispozici pomocný personál vadí jí jeho nechuť do práce. Spolupráce s lékaři hodnotí na vlastní (osobní) škále 1 – 10 číslem 5. S některými se jí spolupracuje lépe, s některými hůře. Poukazuje i na, někdy až vulgární, přístup lékařů k ostatním kolegyním. Nelíbí se jí to, ale vlastní zkušenost tohoto typu nemá. Nicméně by uvítala větší spolupráci. Řešení pro tento problém vidí na straně lékařů, kteří by si měli uvědomit jak je důležitá souhra se sestrou. Velmi negativně hodnotí komunikaci v celém týmu. Uvědomuje si důležitost komunikace. Schází jí provozní schůze, kde by se pravidelně řešily různé vzniklé problémy a novinky. Nedostatky vidí i v řešení problémů. Záporně hodnotí také celý systém práce. Myslí si, že specifika tohoto oddělení si žádají i speciální přístup k práci a dokumentaci. Kolektiv vidí v poslední době hůře než dřív. Přisuzuje to celkové době, práci i stresu. Myslí si, že by se vztahy v kolektivu upravily, pokud by se sestry občas sešly i po zaměstnání a popovídaly si. I zde poukazuje na nedostatečnou komunikaci.

**Reakce:**

Pokud jí něco trápí, řešení hledá v rozhovoru s manželem, který ji pomůže podívat se na celou věc z jiné stránky.

**Vyhodnocení rozhovoru č. 4**

V pořadí čtvrtý rozhovor jsem prováděla se setrou pracující přes 20 let ve zdravotnictví. V léčebně pracuje 1 rok, tudíž má možnost srovnání s jiným oddělením. Vzhledem ke krátké době působení v léčebně má ještě na paměti své začátky zde. Na mnou kladené otázky odpovídala ochotně a výpravně. Při některých probíraných tématech se až dokázala rozohnit. Bylo znát, že jí některé věci skutečně velmi trápí.

**Tabulka č. 5: Vyhodnocení rozhovoru č. 4**

| <b>Pozitivní podmínky</b> | <b>Negativní podmínky</b>   | <b>Reakce</b>                 |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Pracovní doba             | Pomluvy v kolektivu         | Relaxace při práci na zahradě |
| Spolupráce s lékaři       | Nespolupráce v týmu         |                               |
| Tolerance vedení          | Vedení neřeší problémy      |                               |
| Přístup staniční sestry   | Problém organizace práce    |                               |
| Organizace práce          | Přístup kolegyň k pacientům |                               |
|                           | Kritika kolegyň             |                               |

**Pozitiva:**

Velmi kladně hodnotí pracovní dobu, vyhovuje jí dvousměnný pracovní provoz. Chválí si také toleranci vedení ke kuřákům. Je ráda, že si může pracovní dobu přerušit na oblíbenou cigaretu. Dále, jako jediná z dotázaných, pozitivně hodnotí spolupráci s lékaři. A v poslední řadě si velice chválí práci nové staniční sestry. S nadšením vítá usměvavost, schopnost a chuť řešit potíže na oddělení. Je ráda, že jí staniční sestra poděkuje za dobře odvedenou práci a v případě jakékoliv žádosti umí poprosit. Toto jí zde dříve velice scházelo. Velmi pozitivně hodnotí také změny v organizaci práce.

**Negativa:**

Dotazovaná negativně hodnotí přístup personálu k pacientům. Vadí jí, že některé kolegyně neberou svou práci jako poslání, nejsou dostatečně empatické a některé jsou podle ní dokonce hrubé k pacientům. Poukazuje též na nesmyslnost některých úkonů v systému práce. Dále jí velice vadí přístup vedení k problémům, které podle ní neřeší. Záporně hodnotí i spolupráci v týmu. Zdá se jí, že chybí určitá pravidla, kdo má co dělat. Během rozhovoru také vzpomíná na své začátky zde v léčebně, které dle ní nebyly vůbec jednoduché. Velmi jí vadila kritika od ostatních kolegyň, které ovšem ty samé chyby dělají také. Celý pracovní kolektiv hodnotí jako špatný, plný pomluv a neupřímnosti.



**Reakce:**

Plně si uvědomuje psychickou náročnost svého zaměstnání. Určité pracovní problémy se naučila přecházet, ovšem je toho velmi co jí v práci vadí. Vzhledem k tomu, že se snaží při péči o pacienta se plně vžívat do jeho situace, potřebuje též plnohodnotnou možnost odreagování se. Nyní je to však pro ni velmi těžké. Doma se stará o nemocné rodiče, v práci se snaží vše dělat naplno. Pro sebe nenachází v poslední době vůbec čas a o relaxaci to platí taktéž. Sama sebe hodnotí tak, že se necítí dobře. Svěřovat se jí se svými starostmi nikomu nechce. Myslí si, že s příchodem jara, slunce a možnosti relaxace na zahrádce se vše upraví.

**Vyhodnocení rozhovoru č. 5**

Jako poslední mi rozhovor poskytla sestra pracující ve zdravotnictví 10 let. V léčebně působí již osmý rok. Na mnou kladené otázky odpovídala ochotně a výpravně. Rozhovor probíhal v klidném a přátelském duchu.

**Tabulka č. 6: Vyhodnocení rozhovoru č. 5**

| <b>Pozitivní podmínky</b> | <b>Negativní podmínky</b>  | <b>Reakce</b>         |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------|
| Práce s lidmi             | Stres                      | Rozhovor s manželem   |
| Uniforma                  | Dokumentace                | Přímé řešení problémů |
| Pomoc od kolegyň          | Finance – nízké ohodnocení |                       |
|                           | Špatný kolektiv            |                       |
|                           | Možnost výměna služeb      |                       |
|                           | Kritika kolegyň            |                       |
|                           | Málo času na pacienty      |                       |

**Pozitiva:**

Na otázku, co se jí v práci líbí, dlouho hledala odpověď. Dříve v práci nacházela více pozitivních faktorů, jako dobrá parta, scházení se s kolegyněmi i po práci. Pozitivně hodnotí možnost práce s lidmi. Je velmi ráda, že v práci nosí uniformu, a tudíž ji odpadá nutnost mít větší množství oblečení. V poslední řadě si chválí pomoc od kolegyň.

**Negativa:**

Negativně hodnotí čas na pacienty. Vadí ji, že při spoustě práce a dokumentace, nemá čas si s pacienty popovídat o jejich potížích. Celý den v práci spěchá a to ji způsobuje velký stres. Další zápor vidí ve špatném kolektivu, který ovlivňuje množství služeb a žádné mzdové motivace. To vše se odráží ve vztazích mezi sestrami. Vadí ji i neochota od kolegyň vyměnit jí službu, když to skutečně potřebuje. I kritika od kolegyň a neustále hledání chyb té druhé ji v práci vadí. V poslední době se do práce vůbec netěší. Představa, že bude sloužit s kolegyní, se kterou se jí dobře spolupracuje, věří, že to bude v práci hezké. Celkově na ni ale práce působí velmi uspěchaně. Je to neustálý shon a stres.

**Reakce:**

Problémy v práci řeší přímo s konkrétní osobou. Je pro to, vše si vyříkat. A pokud ji něco trápí, pomáhá jí rozhovor s manželem.

**Tabulka č. 7: Souhrn pozitivních podmínek k rozhovorům č. 1 - 5**

| <b>Rozhovor č. 1</b>            | <b>Rozhovor č. 2</b>                         | <b>Rozhovor č. 3</b> | <b>Rozhovor č. 4</b>    | <b>Rozhovor č. 5</b> |
|---------------------------------|--|----------------------|-------------------------|----------------------|
| Pracovní doba                   | Pracovní doba                                |                      | Pracovní doba           |                      |
| Délka dovolené                  | Délka dovolené                               |                      |                         |                      |
| Sociální výhody<br>(OČR, nemoc) |  |                      |                         |                      |
| Finance                         | Finance                                      |                      |                         |                      |
| Možnost sebevzdělávání          |  |                      |                         |                      |
| Vstřícnost vrchní sestry        |  |                      |                         |                      |
| Společné společenské<br>akce    |  |                      |                         |                      |
|                                 | Možnost výměny služeb                        |                      |                         |                      |
|                                 | Zaměstnanecké výhody<br>(parkování v areálu) |                      |                         |                      |
|                                 | Práce s lidmi                                | Práce s lidmi        |                         | Práce s lidmi        |
|                                 |  | Věk pacientů         |                         |                      |
|                                 |  |                      | Spolupráce s lékaři     |                      |
|                                 |  |                      | Tolerance vedení        |                      |
|                                 |  |                      | Přístup staniční sestry |                      |
|                                 |  |                      |                         | Uniforma             |
|                                 |  |                      |                         | Pomoc od kolegyň     |
|                                 |  |                      | Organizace práce        |                      |

**Tabulka č. 8: Souhrn negativních podmínek k rozhovorům č. 1 - 5**

| <b>Rozhovor č. 1</b> | <b>Rozhovor č. 2</b>   | <b>Rozhovor č. 3</b>        | <b>Rozhovor č. 4</b>        | <b>Rozhovor č. 5</b>       |
|----------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Pomluvy v kolektivu  | Pomluvy v kolektivu    | Pomluvy v kolektivu         | Pomluvy v kolektivu         |                            |
| Komunikace           |                        | Komunikace                  |                             |                            |
|                      | Nespolupráce v týmu    |                             | Nespolupráce v týmu         |                            |
|                      | Nespolupráce s lékaři  | Nespolupráce s lékaři       |                             |                            |
|                      | Pracovní pomůcky       |                             |                             |                            |
|                      | Stres                  | Stres                       |                             | Stres                      |
|                      | Dokumentace            | Dokumentace                 |                             | Dokumentace                |
|                      | Vedení neřeší problémy | Vedení neřeší problémy      | Vedení neřeší problémy      |                            |
|                      |                        | Málo času na pacienty       |                             | Málo času na pacienty      |
|                      |                        | Problém organizace práce    | Problém organizace práce    |                            |
|                      |                        | Přístup pomocného personálu |                             |                            |
|                      |                        |                             |                             | Špatný kolektiv            |
|                      |                        |                             |                             | Nemožnost výměny služeb    |
|                      |                        |                             | Přístup kolegyň k pacientům |                            |
|                      |                        |                             | Kritika kolegyň             | Kritika kolegyň            |
|                      |                        |                             |                             | Finance – nízké ohodnocení |

**Tabulka č. 9: Souhrn reakcí k rozhovorům č. 1 - 5**

| <b>Rozhovor č. 1</b> | <b>Rozhovor č. 2</b>   | <b>Rozhovor č. 3</b> | <b>Rozhovor č. 4</b>          | <b>Rozhovor č. 5</b>  |
|----------------------|------------------------|----------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Relaxace hudbou      |                        |                      |                               |                       |
| Odpočinek spánkem    |                        |                      |                               |                       |
|                      | Rozhovor s manželem    | Rozhovor s manželem  |                               | Rozhovor s manželem   |
|                      | Problém v práci neřeší |                      |                               |                       |
|                      | Čas strávený s dětmi   |                      |                               |                       |
|                      |                        |                      | Relaxace při práci na zahradě |                       |
|                      |                        |                      |                               | Přímé řešení problémů |
|                      |                        |                      |                               |                       |

**Tabulka č. 10: Vyhodnocovací souhrnná tabulka k rozhovorům č. 1 – 5**

| Pozitivní podmínky               |                | Negativní podmínky          |                | Reakce                        |                |
|----------------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|-------------------------------|----------------|
| Typ                              | Počet odpovědí | Typ                         | Počet odpovědí | Typ                           | Počet odpovědí |
| Pracovní doba                    | 3              | Pomluvy v kolektivu         | 4              | Rozhovor s manželem           | 3              |
| Práce s lidmi                    | 3              | Stres                       | 3              | Odpočinek spánkem             | 1              |
| Délka dovolené                   | 2              | Dokumentace                 | 3              | Relaxace hudbou               | 1              |
| Finance                          | 2              | Vedení neřeší problémy      | 3              | Problém v práci neřeší        | 1              |
| Možnost sebevzdělávání           | 1              | Komunikace                  | 2              | Čas strávený s dětmi          | 1              |
| Vstřícnost vrchní sestry         | 1              | Nespolupráce v týmu         | 2              | Relaxace při práci na zahradě | 1              |
| Společné společenské akce        | 1              | Nespolupráce s lékaři       | 2              | Přímé řešení problémů         | 1              |
| Možnost výměny služeb            | 1              | Kritika kolegyň             | 2              |                               |                |
| Zaměstnanecké výhody (parkování) | 1              | Málo času na pacienty       | 2              |                               |                |
| Věk pacientů                     | 1              | Problém organizace práce    | 2              |                               |                |
| Sociální výhody (OČR, nemoc)     | 1              | Přístup pomocného personálu | 1              |                               |                |
| Spolupráce s lékaři              | 1              | Přístup kolegyň k pacientům | 1              |                               |                |
| Tolerance vedení                 | 1              | Pracovní pomůcky            | 1              |                               |                |
| Přístup staniční sestry          | 1              | Finance – nízké ohodnocení  | 1              |                               |                |
| Uniforma                         | 1              | Špatný kolektiv             | 1              |                               |                |
| Pomoc od kolegyň                 | 1              | Nemožnost výměny služeb     | 1              |                               |                |
| Organizace práce                 | 1              |                             |                |                               |                |

Na otázku: „**Co se ti na práci líbí?**“ sestry uváděly tyto podmínky:

**3x** pracovní doba, práce s lidmi

**2x** délka dovolené, finance

**1x** sociální výhody, možnost výměny služeb, možnost sebevzdělávání, společné společenské akce, vstřícnost vrchní sestry, tolerance vedení, přístup staniční sestry, zaměstnanecké výhody, uniforma, věk pacientů, spolupráce s lékaři, pomoc od kolegyň, organizace práce.

Na otázku: „**Co se ti v práci nelíbí?**“ sestry uváděly tyto faktory:

**4x** pomluvy v kolektivu

**3x** stres, dokumentace, vedení problémy neřeší

**2x** komunikace, nespolupráce v týmu, nespolupráce s lékaři, kritika kolegyň, málo času na pacienty, problém organizace práce

**1x** pracovní pomůcky, přístup pomocného personálu, přístup kolegyň k pacientům, nízké finanční ohodnocení, špatný kolektiv, nemožnost výměny služeb.

Na otázku: „**Jak se vyrovnáváš s negativními věcmi v práci?**“ sestry uváděly tyto způsoby:

**3x** rozhovor s manželem

**1x** čas strávený s dětmi, relaxace hudbou, relaxace při práci na zahradě, odpočinek spánkem, přímé řešení problémů, neřešení problémů v práci.

### **Axiální kódování podmínek**

Při posuzování výsledků mého výzkumu jsem odhalila určité oblasti faktorů, které ovlivňují SV. Pro přehlednost jsou seřazené v tabulkách č. 11 a 12. Z referencí dotazovaných jsem zjistila pozitivní faktory, které spolu souvisí ve specifických oblastech (sociální podmínky, vztahy, atd.), vesměs představují protektivní faktory na úrovni organizace. Dále jsem zmapovala oblasti reakcí sester na zátěž, z nichž vyplývá, že se jedná o strategie, které patří do oblasti protektivních faktorů na úrovni pracovníka. Tyto dvě oblasti působí preventivně na rozvoj SV. Další, mnou zjištěnou, oblastí jsou negativní faktory, které se mohou podílet na rozvoji SV. Z výpovědí respondentek jsem zjistila skupiny negativních podmínek, které jsou zaměřené zejména na vnější oblast, organizaci. Negativní faktory na úrovni pracovníka byly zjištěny ze spontánní reference jedné dotazované. Cílený výzkum oblastí negativních faktorů na úrovni pracovníka, by mohly být tématem dalšího výzkumu.



**Tabulka č. 11: Oblasti pozitivních podmínek**

| <b>Pozitivní podmínky</b>      |                       |                     |                     |
|--------------------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|
| <b>Organizace</b>              |                       | <b>Pracovník</b>    |                     |
| Sociálně právní výhody         | Pracovní doba         | Sociální opora      | Sdílení s manželem  |
|                                | Délka dovolené        |                     | Čas trávený s dětmi |
|                                | Možnost OČR           | Relaxace            | Práce na zahradě    |
|                                | Možnost výměny služeb |                     | Poslech hudby       |
| Zpětná vazba                   | Finance               | Řešení problémů     | Přímá konfrontace   |
|                                | Pochvala              |                     | Neřešení problémů   |
| Možnost seberozvoje pracovníka | Sebevzdělávání        | Fyzický odpočinek   | Spánek              |
|                                | Neformální akce       | Osobní postoje      | Práce s lidmi       |
| Pozitivní vztahy na pracovišti | Pomoc kolegyň         |                     |                     |
|                                | Dobré vztahy k vedení | Spolupráce s lékaři |                     |
| Vstřícnost vrchní sestry       |                       |                     |                     |
| Přístup staniční sestry        |                       |                     |                     |
| Drobné výhody                  | Tolerance vedení      |                     |                     |
|                                | Parkování             |                     |                     |
| Organizace práce               | Uniforma              |                     |                     |
|                                |                       |                     |                     |

**Tabulka č. 12: Oblasti negativních podmínek**

| Negativní podmínky        |                             |                       |                             |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Organizace                |                             | Pracovník             |                             |
| Špatné vztahy v kolektivu | Pomluvy                     | Neschopnost relaxovat | Nedopřeje si odpočinek      |
|                           | Kritika                     | Stres                 | Kumulace problémů           |
|                           | Přístup sestry k pacientovi |                       | Nezvládnání řešení problému |
| Nespolupráce týmu         | Nespolupráce lékařů         |                       |                             |
|                           | Nemožnost výměny služeb     |                       |                             |
|                           | Přístup pomocného personálu |                       |                             |
| Komunikace                | V kolektivu                 |                       |                             |
|                           | S vedením                   |                       |                             |
| Stres                     | Málo času na pacienty       |                       |                             |
|                           | Dokumentace                 |                       |                             |
| Pracovní podmínky         | Problém organizace práce    |                       |                             |
|                           | Pracovní pomůcky            |                       |                             |
| Nízké finanční ohodnocení |                             |                       |                             |
| Neschopnost vedení        | Vedení neřešení problémy    |                       |                             |

### III. DISKUZE

Povolání zdravotní sestry prošlo od 19. století, kdy se ošetřovatelství stalo studijním oborem, mnoha změnami. Přes péči poskytovanou v klášterech a při nich vznikajících chudobincích, o nemocné zde pečovaly jeptišky a příslušnice řádů, péči na válečných bojištích, kde se o raněné vojáky staraly již školené ošetřovatelky, až po dnešní poskytování vysoce odborné ošetřovatelské péče, které dostává obor zdravotnictví na vrcholné postavení mezi tzv. pomáhajícími profesemi (Zábojníková 2010).

**Cíl 1:** Pokusit se pomocí rozhovorů zmapovat podmínky, které pozitivně ovlivňují, tj. snižují riziko rozvoje SV.

Dnešní ženy pracující ve zdravotnictví nejsou pouze zdravotní sestry, ale také manželky a matky. Práce ve směnách a o víkendech velice zasahují do rodinného života sester. Je pro ně velice důležité, aby dokázaly najít rovnováhu mezi prací a rodinným životem. I mnou dotazované nejčastěji uváděly mezi pozitivní podmínky, tj. v literatuře uváděné protektivní faktory, podmínky, které jim toto umožňují. Patří mezi ně **pracovní doba**, kterou zmiňovaly sestry nejčastěji. Tento faktor je velice individuální. Některé vyhovuje dvousměnný dvanáctihodinový provoz, kdy má více volných dní. Jiná naopak uvádí jednosměnný provoz, který ji umožňuje mít pravidelný denní (týdenní) režim. Také délka dovolené (v dané léčebně je to 30 dní), možnost využití ošetřování člena rodiny (OČR) i ochota ostatních kolegyně vyměnit si službu, umožňuje dotazovaným sestrám lépe kombinovat pracovní povinnosti a rodinu. Bartošíková uvádí, že pokud se setra dostane do konfliktu rolí, snaží se upřednostnit potřeby druhých před svými. Dochází k pocitům viny vzhledem k nedostatku času tráveným s rodinou, tzv. konflikt mezi pečováním o vlastní a cizí (Bartošíková 2006).

Dalším v rozhovorech velmi často zmiňovaným faktorem je **práce s lidmi**. Pro spokojenost zaměstnance je důležité, aby ho práce bavila. Jedná se o subjektivní podmínku. Naopak SV vede k dehumanizaci postojů k pacientům, zdravotník není schopen empatie. Pacient se stává předmětem péče, pouhou diagnózou (Bartošíková 2006). Spokojený zdravotník, který rád pracuje s lidmi je schopen spoluprožívat s pacienty, reagovat na jejich potřeby a práce je pro něj zdrojem prožitku radosti.

Jedna sestra uvedla mezi pozitivními podmínkami **věk pacientů**. Snadněji se vyrovnává s onemocněním u starých lidí, než u pacientů v dětském věku. Onemocnění u seniorů předpokládáme, ale u dětí vnímáme nemoc jako ohrožení. Potřeba dítě chránit je pro nás přirozená. I když jsem původně předpokládala, že vysoký věk pacientů bude z důvodu charakteristických změn ve stáří sestrami zařazen do podmínek negativních, vůbec v této kategorii nebyl zmiňován.

Dotazované zařadily do kategorie pozitivních podmínek také **ohodnocení pracovníka**. Dvě sestry poukázaly na výhodu pravidelných finančních odměn a příspěvků na dovolenou. V době probíhajícího výzkumu došlo na oddělení k výměně staniční sestry. Jedna z dotazovaných uvedla přístup nové staniční sestry k problémům na oddělení, ale i jednotlivým zaměstnancům, mezi pozitivní podmínky. Poukázala hlavně na slova uznání a díky při dobře odvedené práci. Odměna za práci patří mezi protektivní faktory rozvoje SV. Nespokojenost s uznáním a oceněním může vést k frustraci. Možnost motivace zaměstnanců může být finanční, která motivuje silně, avšak její efekt je krátkodobý. Další možností je motivace formou pochvaly a vyjádření uznání za odvedenou práci. Tento způsob motivace přináší mnohem dlouhodobější efekt a umožňuje také vytváření dobrých vztahů na pracovišti.

S nástupem nové staniční sestry došlo také ke změnám v **organizaci práce**. Jedna z dotazovaných sester velmi kladně hodnotila způsob úpravy práce, která jim umožnila lépe kombinovat práci u lůžka pacienta a administrativní činnost.

Na naší spokojenosti v práci se podílí také naši nadřízení. Sestry uváděly vstřícnost a **toleranci vedení** k různým osobním potížím, ale i umožnění sebevzdělání mezi pozitivní podmínky. Jedenkrát byla uváděna spolupráce s lékaři. Jinak se téma **spolupráce s lékaři** objevovalo opakovaně v negativních podmínkách. **Pomoc od ostatních kolegyň** zmiňovala rovněž pouze jedna sestra (více viz negativní faktory).

Někdy sestrám vyhovují a práci usnadňují, na první pohled, **drobné výhody**. Například možnost parkování v areálu léčebny. Při ranním shonu odpadá stres s parkováním a naopak při nočních službách se nemusí o své vozidlo obávat. Jedna sestra zmínila možnost nošení uniformy. Tyto zdánlivé drobnosti však pomáhají vytvářet pohodu zaměstnance.

Prevence rozvoje SV ze strany zaměstnavatele je velmi důležitá. Různé **společenské akce** umožňují zaměstnancům lépe se poznat a je to příležitost popovídat si o jiných než pouze pracovních záležitostech. Tento faktor uvedla pouze jedna sestra. Možnost zúčastnit se těchto

neformálních akcí mají všechny dotazované. Je otázkou, proč tuto výhodu uvedla pouze jedna sestra. To, jak sestry hodnotí tuto možnost kulturního i společenského vyžití, by mohlo být tématem dalšího zkoumání.

V rámci Cíle 1 z referencí dotazovaných jsem zjistila následující oblasti:

**Sociálně právní výhody**, mezi které patří pracovní doba, délka dovolené, možnost OČR, možnost výměny služeb.

**Ohodnocení (zpětná vazba) pracovníka**, mezi které patří finance a pochvaly staniční sestry.

**Možnost sebezvoje pracovníka**, mezi které patří neformální akce a sebevzdělávání.

**Pozitivní vztahy na pracovišti**, mezi které patří pomoc od kolegyň a spolupráce s lékaři.

**Dobré vztahy k vedení léčebny**, mezi které patří vstřícnost vrchní sestry, přístup staniční sestry a tolerance vedení.

**Drobné výhody**, mezi které patří parkování v areálu a nošení uniformy.

**Organizace práce**

**Osobní postoje**, mezi které patří záliba v práci s lidmi a vyrovnávání se s věkem pacientů. (ostatní podmínky se týkají organizace, tyto ukazují na vnitřní podmínky zaměstnance. Budou zařazeny do kapitoly Cíl 3).

Výše zmiňované faktory, s výjimkou osobních postojů, poukazují na prevenci rozvoje SV na úrovni organizace. SV má vliv na postoj a chování sestry, může ovlivnit přístup a vztah k pacientům, a tím zhoršit kvalitu poskytované péče. Zaměstnavatel by měl prevenci rozvoje SV věnovat značnou pozornost, neboť SV je jedním z hlavních důvodů odchodu ze zaměstnání (fluktuace) a změny místa v zaměstnání ve zdravotnictví (Křivohlavý 1998). Mnou zjištěné informace mohou sloužit zaměstnavateli jako vodítka, ve kterých oblastech prevence rozvoje SV může působit. Jejich velkou výhodou je to, že zjištěné faktory pochází přímo od zaměstnanců samotných.

**Cíl 2:** Pokusit se pomocí rozhovorů zmapovat podmínky, které negativně ovlivňují, tj. podněcují rozvoj SV.

V předešlé kapitole jsem se věnovala pouze faktorům, které ovlivňují prevenci rozvoje SV. Nyní se budu věnovat podmínkám, které se mohou podílet na rozvoji SV, tzv. rizikovým faktorům.

Křivohlavý ve své knize uvádí, že vzájemné vztahy mezi lidmi při práci co nejnvýrazněji ovlivňují pracovní spokojenost a nespokojenost (Křivohlavý 1998). Z referencí dotazovaných sester jsem zjistila, že vnímají **špatné vztahy na pracovišti** velmi intenzivně. Každá z dotazovaných se při rozhovoru vyjadřovala negativně při hodnocení vztahů v pracovním kolektivu. Bartošíková říká, že kolektiv vytvářejí především lidé sami, závažnost diagnóz pacientů ani pracovní prostředí v tom nehrají významnou roli (Bartošíková 2006). Mnou dotazované sestry si nejčastěji stěžovaly na pomluvy vznikající v kolektivu. Jedna kolegyně pomlouvá druhou, avšak při možnosti přímého vyřikání si problému s konkrétní sestrou nic neřeší. Zde se objevuje opět syndrom pomocníka, na který upozorňuje Schmidbauer, projevující se právě neschopností řešit problémy přímo (Schmidbauer 2008). Dále poukazovaly na častou kritiku své práce od kolegyň, které také často chybují. Jedna sestra dokonce poukazovala na ne zcela správný přístup některých kolegyň k pacientům. SV vede k dehumanizaci přístupu k pacientům, nabízí se proto myšlenka, zda kritizovaný přístup není způsoben právě vyhořením.

Celkově hodnotily kolektiv velmi špatně, chybí jim hlavně upřímnost a ochota pomáhat si. Jedna sestra dokonce uvedla problém při prosbě o výměnu služby, kolegyně jí nechtějí vyhovět. Od problémů a špatné celkové atmosféry v kolektivu se odvíjí celá řada dalších negativ. Sestry si stěžují na **nespolupráci v týmu**. Týmová práce je jednou ze základních podmínek efektivní ošetrovatelské péče. Sestry pracující ve fungujícím týmu jsou daleko úspěšnější a produktivnější. Výsledkem takové práce je kolektivní atmosféra důvěry a sounáležitosti. Týmová práce přináší radost a sdílená radost je zdrojem motivace celého týmu. Práce se poté stává zážitkem, ne pouze povinností (Bartošíková 2006). Dobře fungující týmová práce vede ke zkvalitnění poskytované péče, je formou sociální opory a tím působí v prevenci proti rozvoji SV. Podpora a rozvoj týmové spolupráce by měla patřit k základním činnostem managementu léčebny.

**Špatný přístup pomocného personálu k práci** je podle dotazovaných sester způsoben odpovědností za provedené úkoly. Za odvedenou práci pomocného personálu odpovídá zdravotní sestra, neboť jejím úkolem je mimo jiné organizovat práci sobě i svým podřízeným na svém úseku a provedenou činnost kontrolovat. Sestry si stěžují, že kontrolu jimi provedených úkolů nejsou schopné z časových důvodů zvládnout. Byly by rády, kdyby si každý pracovník plnil své úkoly dobře. Dle jejich názoru by případný hrozící postih za špatně odvedenou práci pomohl tuto situaci vyřešit.

Dotazované sestry poukazovaly také na **nespolupráci lékařů**. Spolupráce je charakteristikou dobrých vzájemných vztahů, je živnou půdou klidných, protistresových pracovních podmínek, a tím prevencí psychického vyhoření (Křivohlavý 1998). Vtahu mezi sestrami a lékaři jsou jedním z důležitých aspektů atmosféry na pracovišti. Sestry přikládají těmto vztahům velký význam. Tyto vztahy jsou mnohdy velmi komplikované. Rozvoj moderního ošetrovatelství a vzdělávání zdravotníků způsobil, že současné sestry vyvíjejí tlak na rozšíření svých kompetencí. Tyto změny nebyly jediným důvodem pro zvýšení napětí mezi sestrami a lékaři, způsobily však nárůst nespokojenosti sester.

Dalším faktorem zmiňovaným sestrami, který velmi úzce souvisí se vztahy v kolektivu i týmovou prací je **komunikace**. Je nezbytná při práci s lidmi a provází sestru ve všech pracovních činnostech. Každá zdravotní sestra by měla velmi dobře zvládat komunikační dovednosti, aby mohla plnit všechny své základní role. Také komunikace vedení s podřízenými zaměstnanci je velice důležitá. Informace o nových skutečnostech, které se v organizaci objevují, jsou pro zaměstnance podstatné a snižují případné napětí způsobené nevědomostí a strachem, co bude dál. Pracovní porady jsou vhodnou možností osobního styku pracovního týmu včetně nadřízených pracovníků. V uvedené léčebně se začínají pořádat tzv. provozní schůze asi poslední dva měsíce.

Další věcí vytýkanou dotazovanými sestrami je skutečnost, že **vedení léčebny neřeší problémy** vzniklé na oddělení, i když je o nich opakovaně informováno. Tyto problémy se týkají konkrétního zaměstnance a krádeží. Sestry by uvítaly rychlejší a snad i radikálnější řešení těchto problémů. Tento problém může být pouze zdánlivý, způsobený právě nedostatečnou komunikací mezi vedením léčebny a sestrami. Sestry nejsou mnohdy informovány, zda a jak jsou určité problémy řešeny.

Sestry velmi často uváděly mezi negativa **stres**. Dle jejich názoru je způsoben převážně nedostatkem času, velkým množstvím povinností i narůstající administrativou. Pocit nedostatku času na péči o pacienty a popovídání si s nimi sestry značně stresuje. Počet pacientů i personálu zůstává stále stejný, ovšem množství výkonů prováděných u pacientů stoupá. I množství dokumentace narůstá. Bartošíková uvádí, že časový stres nastává, pokud musíme udělat mnoho práce v krátkém časovém úseku. Pokud jde o nárazovou práci, je nutné napsat všechny síly, ale potom musí nastat odpočinek. Při chronickém časovém stresu je na místě pokusit se jinak zorganizovat práci, požádat někoho o pomoc, nebo využít různých pomůcek pro usnadnění

práce (Bartošíková 2006). **Problém v organizaci práce** i používaných pomůckách vidí také některé mnou dotazované sestry. Při organizaci práce je důležité co nejpřesněji ujasnit, co se od koho očekává, pracovní úkoly si stanovit s ohledem na možnosti realizace a neopomínat zpětnou vazbu (Křivohlavý 1998).

**Ohodnocení pracovníka** je velmi důležité. Jedna z dotazovaných poukázala na problémy s nízkým finančním ohodnocením. Dle jejího názoru to způsobuje značnou rivalitu mezi sestrami. Bojují mezi sebou o každou lépe placenou službu, kontrolují počty odsloužených svátků a víkendů. Čím je větší rozdíl mezi množstvím sil, které věnujeme práci a finančnímu ohodnocení, tím větší frustraci můžeme prožívat (Bartošíková 2006). Výši platů zdravotních sester nezměníme. Finance však nejsou jedinou možností jak sestru odměnit, aby měla radost z odvedené práce. Pochvala a uznání nic nestojí. Zároveň je dlouhodobě motivujícím faktorem, jak jsem zmínila v kapitole Cíl 1.

Příčiny vzniku SV je třeba hledat jak v konkrétních pracovních podmínkách, tak také v osobnostních podmínkách daného jedince (Bartošíková 2006). Můj cíl pokusit se zmapovat podmínky, které se mohou podílet na rozvoji SV, se mi podařilo splnit. Z výpovědí dotazovaných vyplynuly negativní podmínky zaměřené zejména na vnější oblast, organizaci. Bylo by zajímavé v dalším výzkumu uvažovat o specifickém rozlišení mezi negativními podmínkami vnějšími a vnitřními. Prvním krokem pro takový výzkum by bylo formulovat otázky tak, aby nepůsobily jako kritika či zpochybňování osobní charakteristiky dotazovaného.

Dle referencí dotazovaných jsem zjistila následující oblasti zvyšující riziko rozvoje SV:

**Špatné vztahy v kolektivu** – pomluvy, kritika, přístup sestry k pacientovi

**Nespolupráce v týmu** – přístup pomocného personálu, nespolupráce s lékaři, nemožnost výměny služeb

**Komunikace** – v kolektivu, s vedením

**Vedení neřeší problémy**

**Stres** – málo času na pacienty, dokumentace

**Pracovní podmínky** - organizace práce, pomůcky

**Nízké finanční ohodnocení**



Mnou zjištěné skupiny rizikových faktorů rozvoje SV mohou být cennou informací pro vedení léčebny. Ukazují na oblasti, které je nutné řešit, aby se zvýšila spokojenost zaměstnanců, a tím snížilo riziko rozvoje SV. Tyto informace by mohly využít i zcela nově vznikající organizace jako upozornění, čeho se vyvarovat a čemu se snažit předcházet.

**Cíl 3:** Pokusit se pomocí rozhovorů zmapovat reakce zdravotních sester na psychickou i fyzickou zátěž.

V kapitole Cíl 1 jsem uvedla pozitivní faktory na úrovni organizace a nyní jsem zjistila, že reakce na stres představují vesměs vnitřní pozitivní faktory.

Stres je jedním z hlavních rizikových faktorů rozvoje SV. Zdravotní sestry na otázku, jak se vyrovnávají se stresem, nejčastěji uvedly **rozhovor s manželem**. Rodina a naslouchající prostředí jsou pro ně velice důležité. Již stará zkušenost říká, že sdělená radost je dvojnásobná radost a sdělený bol je poloviční bol (Křivohlavý 1998). Sociální opora je jedna z nejdůležitějších faktorů v prevenci i zvládnání SV, má hlavní zdroje v rodině a přátelích (Bartošíková 2006). Také čas strávený s dětmi je jedním ze způsobů, jak se odreagovat od psychického napětí v práci.

Jedna respondentka uvedla, že upřednostňuje přímé **řešení problémů**, tzv. vyříkat si z očí do očí, co jí trápí. Tento postoj není dle Schmidbauera pro pomáhajícího typické. Naopak reakce jiné sestry ukazuje na typické znaky syndromu pomocníka, a tím je právě neřešení problému, vypouštění jich a zdánlivý únik. Syndrom pomocníka tkví právě v neschopnosti a obavách projevit vlastní city a potřeby (Schmidbauer 2008).

**Relaxace** představuje jednu ze strategií prevence a zvládnání SV. Mezi způsoby relaxace lze zařadit i hobby a koníčky. Sestry uváděly poslech hudby nebo práci na zahradě. Poslech hudby je druhem pasivního odpočinku, naopak práce na zahradě aktivním odpočinkem. Obě tyto činnosti nevyžadují soustředění. Pouze jednou byl zmiňován spánek jako odpočinek k nabrání fyzických sil. Předpokládám však, že takto odpočívá a relaxuje většina sester. V rozhovoru se sestry zaměřily spíše na psychickou únavu než fyzické vyčerpání. Z výše uvedeného vyplývá, že psychická únava je horší a více si ji uvědomujeme než fyzické vyčerpání. Překvapivě žádná z dotazovaných nevedla mezi způsoby relaxace sport. Dnešní doba nabízí mnoho způsobů sportovního vyžití. Sportování se dokonce stalo velmi moderní

záležitostí. Myslím si, že důvodem, proč sestry nerelaxují při sportu, je právě fyzická únava. Dlouhé nemocniční chodby a velké množství pacientů působí fyzickou zátěž.

V jedné referenci zazněly i vnitřní negativní faktory. Každá z dotazovaných má nějaký způsob, jak se vyrovnat se stresem a nepříjemnými situacemi v práci. Jedna z respondentek uvedla, že nyní je pro ni velice obtížné čelit všem nepříjemnostem. I z důvodu rodinných obtíží, kdy se musí starat o nemocné rodiče, se dostala do poměrně náročného období. Práce a starosti doma ji nedovolují se ani na chvíli odreagovat. Myslím si, že je u ní velmi vysoké riziko rozvoje SV. Zde je vidět důležitost rovnováhy mezi prací a odpočinkem. Negativní vnitřní faktory byly zjištěny ze spontánní výpovědi dotazované. Bylo by zajímavé, položit si otázku, jak by se zjišťovaly cíleně.

V rámci Cíle 3 se mi podařilo zjistit, jak zdravotní sestry reagují na psychickou zátěž. Reakce na fyzickou zátěž se mi zmapovat nepodařilo. Při rozhovorech jsem se specificky neptala na fyzické faktory. V dalším výzkumu by bylo zajímavé zaměřit se na specifické rozlišení mezi psychickými a fyzickými faktory.

Dle výpovědí dotazovaných jsem zjistila následující oblasti prevence na úrovni pracovníka:

**Sociální opora** formou sdílení problémů s blízkou osobou a časem tráveným s dětmi.

**Relaxace** aktivní prováděná při práci na zahradě a pasivní při poslechu hudby.

**Řešení problémů** v kolektivu způsobem přímé konfrontace a naopak formou úniku od problému.

**Fyzický odpočinek.**

**Osobní postoje** – záliba v práci s lidmi, vyrovnání se s věkem pacientů (tyto faktory jsou uváděny v kapitole Cíl 1. Svojí charakteristikou však spadají do oblasti vnitřních pozitivních faktorů).

Výše zmiňované způsoby vyrovnávání se se stresem a pracovními problémy mohou být vodítkem pro začínající pracovníky ve zdravotnictví i pro pedagogy, kteří připravují sestry na své budoucí povolání. Velká emocionální zátěž, s níž se v praxi budou setkávat, je může nepříjemně překvapit. Malá připravenost zdravotníka zabývat se sám sebou, svými potřebami vede k narůstajícímu napětí. Pečovat o sebe, myslet na své potřeby a odpočívat je způsob, jak účinně předcházet rozvoji SV.

Dalším možným způsobem prevence rozvoje SV je **supervize**. Je rozšířena především v nestátních organizacích, ve státních zařízeních je vyhledávána minimálně a je poskytována většinou vedoucím pracovníkem. Cílem supervize je zlepšení pracovních podmínek a atmosféry na pracovišti a je orientována na podporu kvality práce (Bartošíková 2006). V dané léčebně supervize není poskytována. Dotazované sestry v reakcích na zátěž nejčastěji uvádějí potřebu sdílet své problémy, a proto si myslím, že by možnost rozhovoru s externím supervizorem uvítaly.

## ZÁVĚR

Každé období rozvoje ošetrovatelství a sesterské profese s sebou přináší mnoho pozitivních okamžiků. Vědomí pomoci pacientům v rámci daných možností dokáže zdravotníky a ošetrovatele plně uspokojit. Také schopnost chránit, navracet a podporovat zdraví vede k pocitu, že jejich práce přináší užitek a není zbytečná. Bezprostřední ocenění a pocit uspokojení při záchraně života nebo při pohledu na spokojeného pacienta tak řadí profesi zdravotní sestry mezi krásné a zajímavé povolání, které je zároveň velmi náročné a stresující.

Mezi nepříznivé faktory této profese patří nejen fyzické, ale zejména psychické zatížení. Vysoké statická námaha, nepravidelná strava a narušený spánkový režim, stejně jako nedostatek informací, času i prostředků k poskytování ošetrovatelské péče patří mezi rizikové faktory podílející se na rozvoji syndromu vyhoření. Stresové situace představuje také péče o staré, příp. nevléčitelně nemocné a pacienty trpící bolestí, setkávání se se smrtí, konflikty se samotnými nemocnými, ale i narůstající administrativa a obrovská zodpovědnost při poskytování péče.

Z toho vyplývá, že v dobách dřívějších, stejně jako dnes, patřilo povolání zdravotní sestry do skupiny profesí, které jsou z hlediska nebezpečí rozvoje syndromu vyhoření nejohroženější. Dle mého názoru se problematika stresu, a s ním úzce souvisejícího syndromu vyhoření, dostává do povědomí lidí až s rozvojem techniky a doby, ve které žijeme. Zátěž v práci zdravotních sester se zvyšuje z důvodu používání nových léčebných postupů, narůstající administrativy i právních a etických tlaků. Uvědomění si rizikových a protektivních faktorů nám umožní více poznat danou problematiku a účinně se před rozvojem syndromu vyhoření chránit. Rizikové i protektivní faktory se vyskytují jak na úrovni organizace, tak na úrovni pracovníka. Pro účinný boj se syndromem vyhoření je důležité rozlišovat, co je v kompetenci vedení organizace (např. vztahy na pracovišti, organizace práce, pracovní podmínky), a co může ovlivnit sám pracovník (např. dostatečný odpočinek, péče o sebe, možnost sdílení zkušeností).

# ANOTACE

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>Autor:</b>         | Lucie Jirásková   |
| <b>Instituce:</b>     | Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové<br>Oddělení ošetrovatelství   |
| <b>Název práce:</b>   | Podmínky ovlivňující rozvoj syndromu vyhoření u zdravotních sester v LDN  |
| <b>Vedoucí práce:</b> | PhDr. Mariana Štefančíková, Ph.D. et Ph. D.   |
| <b>Počet stran:</b>   | 93  |
| <b>Počet příloh:</b>  | 5   |
| <b>Rok obhajoby:</b>  | 2013  |
| <b>Klíčová slova:</b> | syndrom vyhoření, zdravotní sestra, rizikové faktory, protektivní faktory, léčebna dlouhodobě nemocných, senioři, kvalitativní výzkum |

Bakalářská práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření u zdravotních sester v LDN a podmínkami, které ovlivňují jeho rozvoj. Teoretická část se věnuje historii, definici a fázím tohoto fenoménu. Dále zahrnuje příznaky syndromu vyhoření a faktory, které ovlivňují jeho rozvoj. Důraz je kladen na specifika profese zdravotní sestry a vybranou skupinu pacientů (senioři). Praktickou část práce tvoří výsledky kvalitativního šetření pozitivních (protektivních) a negativních (rizikových) podmínek, které ovlivňují rozvoj syndromu vyhoření u zdravotních sester pracujících v LDN a jejich reakce, kterými se se zátěží vyrovnávají. Výzkum proběhl formou polostrukturovaného rozhovoru, data zpracována otevřeným kódováním.

**Author:** Lucie Jirásková  
**Institution:** Department of Social Medicine  
Charles University - Faculty of Medicine in Hradec Kralove  
Devison of Nursing  
**Title:** Conditions influencing the development of burnout syndrom in palliative care nurses.  
**Supervisor:** PhDr. Mariana Štefančíková, Ph.D. et Ph. D.  
**Počet stran:** 93  
**Počet příloh:** 5  
**Rok obhajoby:** 2013  
**Key words:** burnout syndrome, nurse, risk factors, protective factors, palliative care, seniors, qualitative research

This bachelor thesis deals with the problem of burnout syndrome among palliative care nurses and conditions influencing its development. The theoretical portion covers the history, definition and phases of this phenomenon. It also includes symptoms of burnout and the factors that influence its development. Emphasis is placed specifically on this profession and a selected group of patients (seniors). The practical part consists of the results of a qualitative survey of positive (protective) and negative (risk) conditions that influence the development of burnout among nurses working in a palliative care unit and their responses that they use to cope with stress. The research was conducted through semi-structured interviews and data was processed by open coding.

## POUŽITÁ LITERATURA

BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9

BAŠTECKÁ, B. a kol. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. 420 s. ISBN 80-7178-735-3

ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001. 656 s. ISBN 80-7178-463-X

FREUDENBERGER, H. J. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. Malden (USA): Wiley-Blackwell. ISSN 0022-4537. 1974, roč. 30, č. 1, s. 159-165

HAVRÁNKOVÁ, O. *Syndrom profesního vyhoření*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů, 2004. ISBN 80-7013-390-2

HENNIG, C., KELLER, G. *Antistresový program pro učitele*. 1. vyd. Praha: Portál, 1996. 99 s. ISBN 80-7178-093-6

HONZÁK, R. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2013. 240 s. ISBN 80-7429-331-3

JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 99 s. ISBN 978-80-7387-179-6

JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32 s. ISBN 80-86991-74-1

KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál, 2007. 144 s. ISBN 80-7367-299-7

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ I. Burnout syndrom – teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. *Československá psychologie*. Praha: Academia. ISSN 0009-062X. 1998. roč. 5, č. 42, s. 429-448.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7

KOMAČEKOVÁ, D. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404. 2009. roč. 19, č. 7–8, str. 26–28

KRAFT, U. Burned Out. *Scientific American Mind*. New York (USA): Scientific American Inc. ISSN 1555-2284. 2006, roč. 17, č. 3, s. 28-33

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 131 s. ISBN 80-7169-551-3

KSIĄŻEK, I. a kol. Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: a cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*. Amsterdam (Holandsko): Elsevier. ISSN 1462-3889. 2011, roč. 15, č. 4, s. 347-50

KUBALČÍKOVÁ, K. Služby pro seniory závislé na pomoci jiné osoby. *Sociální studia*. Brno: Katedra sociologie FSS MU. ISSN 1214-813X. 2000. roč. 0, č. 5. s. 143-151

KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 80-247-2713-4

LUCKÁ, Y., KOBERLE, L. *Syndrom vyhoření, práce s ním a jeho prevence*. In VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7367-342-8



MALLOTOVÁ, K. Burn-out neboli syndrom vyhoření. *Psychologie dnes*. Praha: Portál. ISSN 1212-9607. 2000. roč. 6, č. 2, s. 14-15

MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4

MLYNÁŘOVÁ, P. *Cesta k příběhu svého stáří*. Magisterská diplomová práce obhájená na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně v r. 2007. 73 s. Depon in: Archiv Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně.

PATRICK, K., LAVERY, J. F. Burnout in nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing*. Kingston (Australia): Australian Nursing Federation. ISSN 0813-0531. 2007, roč. 24, č. 3, s. 43-8

PINES, A. M., ARONSON, E., KAFRY, D. Burnout. From Tedium to Personal Growth. *New York: Free Press*. 1981. In WAUGH, C. K., JUDD, M. R. *Trainer Burnout: The Syndrome Explored*. *Journal of Career and Technical Education*. Virginia (USA): Virginia Polytechnic Institute and State University ISSN 1533-1830. 2003, roč. 19, č. 2, s. 47-57.

POSPÍŠILOVÁ, J. *Bezmoc stáří a právo. Sociálně-psychologické a právní problémy*. Diplomová práce obhájená na Právnické fakultě Masarykovy univerzity v Brně v r. 2011. 99 s. Depon in: Archiv Právnické fakultě Masarykovy univerzity v Brně.

PTÁČEK, R., ČELEDOVÁ, L. a kol. *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011. 118 s. ISBN 80-246-1998-9

RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8

RUSH, M. D. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2003. 129 s. ISBN 80-7255-074-8

SCHMIDBAUER, W. *Syndrom pomocníka*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 240 s. ISBN 80-7367-369-7

SCHULZ, M. a kol. Work-related behaviour and experience pattern in nurses: impact on physical and mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Danvers (USA): Blackwell Publishing. ISSN 1351-0126. 2011, roč. 18, č. 5, s. 411-17

SMĚKAL, V. Kvalita života ve stáří. In *Současnost a perspektiva sociální péče ve společnosti 21. století II.: soubor příspěvků vydaných při příležitosti 2. mezinárodního semináře* [on-line]. s. 18-23. [cit. 2011-02-23]. [Dostupné z www: <http://www.litomysl.cz/php/documents/konference\\_soc\\_pece\\_2008/prezentace/prof\\_phdr\\_vladimir\\_smekal\\_csc\\_-\\_kvalita\\_zivota\\_ve\\_stari.ppt>](http://www.litomysl.cz/php/documents/konference_soc_pece_2008/prezentace/prof_phdr_vladimir_smekal_csc_-_kvalita_zivota_ve_stari.ppt)

STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11. Sestra – reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6

STIBALOVÁ, K. Co je to Burnout syndrom. *Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISSN 1803-7348. 2010. roč.10, č.1, s. 20. -21

STOCK, C. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 112 s. ISBN 80-247-3553-5

TOŠNER, T., TOŠNEROVÁ, J. *Syndrom vyhoření – pracovní sešit pro účastníky kurzů*. Praha: Hestia, 2002. 16 s.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 870 s. ISBN 80-7367-414-4

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. 299 s. ISBN 80-246-1318-5

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematická situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 80-247-2170-5

VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 80-247-3174-2

VONDRÁČEK, J. *Medicínsko - právní terminologie: příručka pro právní praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s, 2009. 101 s. ISBN 978-80-247-3151-3

ZÁBOJNÍKOVÁ, Z. *Syndrom vyhoření u zdravotních sester*. Bakalářská práce obhájená na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně v r. 2010. 93 s. Depon in: Archiv Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

# SEZNAMY

## Seznam tabulek

|  |    |
|--|----|
| Tabulka č. 1: Charakteristika výzkumného vzorku.....                     | 41 |
| Tabulka č. 2: Vyhodnocení rozhvoru č. 1.....                             | 43 |
| Tabulka č. 3: Vyhodnocení rozhvoru č. 2.....                             | 45 |
| Tabulka č. 4: Vyhodnocení rozhvoru č. 3.....                             | 46 |
| Tabulka č. 5: Vyhodnocení rozhvoru č. 4.....                             | 48 |
| Tabulka č. 6: Vyhodnocení rozhvoru č. 5.....                             | 49 |
| Tabulka č. 7: Souhrn pozitivních podmínek k rozhovorům č. 1 - 5.....     | 51 |
| Tabulka č. 8: Souhrn negativních podmínek k rozhovorům č. 1 - 5.....     | 52 |
| Tabulka č. 9: Souhrn reakcí k rozhovorům č. 1 - 5.....                   | 53 |
| Tabulka č. 10: Vyhodnocovací souhrnná tabulka k rozhovorům č. 1 – 5..... | 54 |
| Tabulka č. 11: Oblasti pozitivních podmínek.....                         | 57 |
| Tabulka č. 12: Oblasti negativních podmínek.....                         | 58 |

## Seznam příloh

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| Příloha č. 1: Rozhovor č. 1..... | 77 |
| Příloha č. 2: Rozhovor č. 2..... | 80 |
| Příloha č. 3: Rozhovor č. 3..... | 82 |
| Příloha č. 4: Rozhovor č. 4..... | 86 |
| Příloha č. 5: Rozhovor č. 5..... | 90 |

# PŘÍLOHY

## Příloha č. 1: Rozhovor č. 1

**1. „Nejprve se tě zeptám, zda souhlasíš s poskytnutím rozhovoru a s tím, že tyto informace použiji pouze pro účely mé bakalářské práce?“**

„Ano, souhlasím.“

**2. „Jak dlouho pracuješ ve zdravotnictví?“**

„Devět let.“

**3. „A tady v léčebně?“**

„Sedm let.“

**4. „Co se ti na této práci líbí?“**

„Vzhledem k tomu, že jsem nastoupila na jednu směnu, a od začátku pracuji na jednu směnu, tak to je úplně úžasný pro mě jako pro matku dvou dětí. Na směnách bych nebyla schopna fungovat, na to nemám rodinné zázemí. Co oceňuji, tak je délka dovolené. Co nesmírně oceňuji, tak je přístup k matce, která má nemocné dítě. Prostě, když potřebuji odejít s nemocným dítětem k lékaři, tak si vezmu propustku a jdu. Nikdo mě nikdy v životě nedělal problémy kvůli tomuhle, což si myslím, že v soukromém sektoru by byl problém. Co mně vyhovuje, a co zatím fungovalo, je to, že výplata je daná, výplatní den je daný a výplata je v určený den na účtu. Takže doufám, že se to nepokazí, a že to tak zůstane. Co oceňuju, tak je přístup vrchní sestry, která je přístupná. Když člověk něco potřebuje, něco se kazí, tak se vždy snaží vyjít vstříc. Tedy alespoň mně ano. Nebo doufám, že i ostatním. Ať už se to týká prohlubování studia, vzdělání, vždycky se snažila vyjít vstříc tak, abych já mohla studovat, a aby jim to vyhovovalo jako zaměstnavateli. Co se týče třeba nenadálých katastrofických situací v rodině, tak taky vždy byla ochotna pomoci, tak abych já mohla zůstat pracovat a přitom zvládala vše, co potřebuji. Myslím si, že toto je tady dobře nastavený. Práce tady je těžká fyzicky i psychicky, a je potřeba nějakým způsobem se odreagovat. Což doposud se konaly hromadné odreagovávací akce alespoň jednou, dvakrát do roka. Otázka je, jestli to bude i nadále z hlediska financování ze

strany zaměstnavatele možné, myslím si, že už ne. No a jinak takový ten ventil odreagování si bude muset každý hledat sám.“

##### **5. „Co se ti tady nelíbí?“**

„No, myslím si, že to vychází z toho, že jsme velký a převážně ženský kolektiv. A co se mně nelíbí, to asi odbourat nejde. Šušká se za zády o kolegyních, které zrovna nejsou přítomny. Pak se něco probírá bokem a stranou o situacích, o kolegyních, které momentálně nejsou. A tomu zabránit asi nejde, na to je ten kolektiv hodně velký. A když se potom chce něco řešit, tak třeba každý drží pusku a neřekne se to, co se probírá bokem. Ale to si myslím, že je problém nejen našeho velkého ženského kolektivu, ale tyhle ty problémy jsou všude. Co je takový trošku horší tady, že neprobíhá úplně ideálně komunikace vedení a personálu na oddělení. Na jednu stranu rozumím tomu, že když se řeší něco nepříjemného, tak je snaha si to vyřešit na svém vlastním písečku, protože čím víc lidí o tom ví, tím je větší šance, že se to dostane ven za brány a rozprskne se to do světa. A když se řeší negativní věci, tak to samozřejmě bude poškozovat jméno tohoto zařízení. Na druhou stranu zase, když cítí personál, že se něco špatného děje, a to personál vycítí, a neví přesně co, vznikají fámy a domněnky, a nedělá to dobrotu. Každá mince má dvě strany. Je to o tom říct to hodně lidem a riskovat, že se to dostane ven. Nebo to neříct, a riskovat fámy a domněnky už od personálu. Je to takový dvousečný. Jinak jsem spokojená teď teda díky tomu, že jsem dva týdny, tři týdny postoupila na pozici staniční sestry, tak z toho mám hlavu trošku zamotanou, člověk se snaží. Údajně mi to zatím docela jde, uvidíme, kdy to naběhne tak, že to půjde samo. Zatím je to o tom, že se musím hodně hlídat. Třeba říkám své zástupkyni, co všechno má hotový, jestli mám ještě něco dodělat. Tak uvidíme.“

##### **6. „Jak se vyrovnáváš s negativními věcmi, které na tebe dopadají? Říkala jsi, že je to práce těžká?“**

„Ano, je to psychicky těžká práce. Člověk se na to snaží nemyslet, ale ono to tam někde v podvědomí hlodá, a někdy to vyleze. Ale každopádně mám spoustu starostí doma, takže prostě musím přepnout z programu: jsem v zaměstnání, do programu: jsem doma matka a manželka. No a takový ty ventily, který člověk hledá, pro mě je to převážně hudba. Když potřebuju, tak si ráda pustím svoje písničky a u nich si relaxuju. Po tý fyzický stránce je to náročný. Jako mladá jsem nedokázala pochopit moje rodiče, kteří si po obědě chodili dát šlofika

a dobít baterky. A už je chápu, protože teda jako gaučink odpolední alespoň půl hodinky někde, když člověk může složit tělo a odpočinout si, je báječná věc. Takže dospat, poslouchat hudbu, a docela to funguje.“

## **Příloha č. 2: Rozhovor č. 2**

**1. „Nejprve se tě zeptám, zda souhlasíš s poskytnutím rozhovoru a s tím, že tyto informace použiji pouze pro účely mé bakalářské práce?“**

„Ano, souhlasím.“

**2. „Jak dlouho pracuješ ve zdravotnictví?“**

„Osm let.“

**3. „A tady v léčebně?“**

„Pět let.“

**4. „Co se ti na této práci líbí?“**

„Mně se na mé práci líbí práce s lidmi. Myslím si, že je stále ještě fajn pomáhat lidem, i když to mnohokrát není jednoduchý. Jako další klad vidím i to, že mohu pracovat pouze na poloviční úvazek, a tím se mohu věnovat více svojí rodině. Myslím si, že další pro mě dost podstatnou výhodou, je délka dovolené. Bez problémů pokreju prázdniny dětí a zbyte mně i čas pro sebe. A řeknu ještě jednu výhodu, kterou vidím v příplatku na dovolenou. Pravda, je pidi, ale stále ještě je. Jako výhodu vidím i to, že mně i ostatním zaměstnancům léčebny zaměstnavatel umožnil parkovat v areálu léčebny, a tím odpadá stres při ranním hledání místa a noční stres o poškození nebo ukradnutí auta. A i to, že v případě jakéhokoli problému jako nemocné děti, manželova nepřítomnost doma, má časté služebky, tak mi vždy vyjdou vstříc, co se týká výměny služeb.“

**5. „A co se ti na této práci naopak nelíbí?“**

„Hlavně, co se mi nelíbí, je to, že při náročnosti naší práce si to nesnažíme ulehčit, ale navzájem si to děláme těžší. Že prostě, co si má splnit jedna směna, si nesplní a přehodí na směnu následující, nebo povinnosti, který má pomocný personál si nesplní, a následky si pak, odskáčeme my sestry, protože naší povinností je mimo jiné tu jejich práci kontrolovat, a vlastně zodpovídáme za to, že ta jejich práce je provedená tak, jak má být. Myslím si, že by ta práce byla snazší, kdyby si každý plnil své povinnosti, tak jak má. Dále se mi nelíbí vztahy mezi



kolegyněmi. Je to prostě babinec, kdy jedna drbe druhou, šeptanda neskutečná, závist o služby, počítání každého víkendu, svátku. A na druhou stranu stěžování si, kolik mají služeb. Jedna na druhou neustále hledá nedostatky, každá se cejtí jako ta největší hvězda, a přitom by stačilo, kdyby si zametly před svým vlastním prahem. A jako velký problém vidím to, že se nedostatečně vedení věnuje prokazatelným problémům některých kolegyň a stále si hrajeme na to, že se vlastně nic neděje a vše je v klídku. Ale myslím si, že až skutečně dojde k problému, tak vedení bude dělat mrtvého brouka, a zase to skončí u nás u sester, které máme tečku a své kolegyně si máme hlídat. Pak další, co mně tam vadí, je spolupráce s lékaři. Pro jejich někdy zbytečnou buzeraci a dokazování si, že oni jsou ty vysokoškolsky vzdělaný a nás někdy berou jako pomocný personál a ne jako kvalifikované středoškolsky vzdělané partnery. Dále bych chtěla říct, že pracovní pomůcky, to je teda opravdu bída, nakupuje pro nás jakási firma, která to kupuje nejlaciněji, a tudíž nejhroznější vybavení, rukavice a další věci běžné potřeby. Někdy se mi taky nelíbí ten zbytečný stres, který si samy vytváříme tím, že zbytečně spěcháme. Protože my nejsme urgentní oddělení, tak si myslím, že je v podstatě jedno, jestli ten převaz udělám teď, anebo za půl hodiny. Pravdou je, že práce okolo pacientů přibylo, ale někdy spěcháme zbytečně, jak se říká: "Spěchej, abys mohl čekat, a čekej, abys" musel spěchat." A co se týká dokumentace, tak to je nyní velký oříšek. Zavedla se úplně nová a některé kolegyně těžko přijímají nové věci, a protože je to pro nás nové, déle nám trvá, než všechny papíry vyplníme a ubírá nám to čas na pacienty. Ale věřím, že bude líp, až se vše zaběhne.“

## **6. „A jak se tímto vyrovnáváš?“**

„Celkem dobře. Hlavně tím, že mám klidné rodinné zázemí. Práci beru jako spíše koníček. A také tím, že mám poloviční úvazek, tak si to tak nepřipouštím. Chodím do práce odsloužit si tu směnu, ve které se snažím udělat si svou práci dobře hlavně pro pacienty a ostatní věci se snažím moc neřešit. Když mě něco naštvě nebo zamrzí, tak si o tom doma popovídám s manželem a je to lepší. Mám doma dvě malá sluníčka a vedle nich zapomenu na starosti v práci, které stejně nijak neovlivním.“

### **Příloha č. 3: Rozhovor č. 3**

**1. „Nejprve se tě zeptám, zda souhlasíš s poskytnutím rozhovoru a s tím, že tyto informace použiji pouze pro účely mé bakalářské práce?“**

„Ano, souhlasím.“

**2. „Jak dlouho pracuješ ve zdravotnictví?“**

„Patnáct let.“

**3. „A tady v léčebně?“**

„Patnáct let.“

**4. „Co se ti na této práci líbí?“**

„Za prvý: vyhovuje mi, jak bych to řekla, složení pacientů. Vím, že třeba na dětském, bych dělat nemohla ani nechtěla. Prostě mi vyhovuje ten stav těch lidí. Beru to tak, že jsou starší a nemocný, a že ten problém k tomu patří, že to prostě tak jako беру s nadhledem. Nemyslím si, že nemoc patří pouze starým, ale u mladých by mě to více bralo u srdce. Asi jsem se s tím již vyrovnala. Měla jsem možnosti odejít, ale asi jsem se utvrdila v tom, že to takhle má být. Neříkám, že na furt, ale část asi jo. Tak samozřejmě se mi líbí práce s lidma, protože práce s lidma mě vždycky bavila. Na léčebně jako takový to беру tak, že to tak je. Ten systém je, jak to je, ale něco bych určitě změnila. Třeba to, že s těma lidma seš málo, že jo a od toho se odvíjí ta péče. Na ty lidi je málo času, ty lidi v podstatě znáš a neznáš. Přečteš si papíry, znáš je, a když si je nepřečteš, tak je znáš málo.“

**5. „Čím si myslíš, že je to způsobené?“**

„Prostě priorita je dokumentace. Chápu, že musí být, ale musí být uzpůsobena chodu oddělení, stavu pacientu a počtu pacientů. A když prostě máš, nevím jaká je norma na jednu sestru pacientů, a když jich máš třeba na té noční na jednu sestru dvacet lidí, nebo ve dne. Záleží taky na stavu pacientů, když máš dvanáct ležících pacientů s komplexní ošetrovatelskou péčí 24 hodin, tak mně přijde, že na ně máš málo času. Potřebuješ i někoho, kdo by ti šel pomoci.“

Pomocný personál by měl být kvalitní a vzdělaný a měl by mít chuť se vzdělávat v ošetrovatelské péči.“

#### **6. „A máš při práci k ruce nějaký ošetrovatelský personál?“**

„Mám, mám, mám, určitě mám. Na někoho se spolehnu víc, na někoho míň. Ono by to šlo spolehnout se víc, ale museli by být víc zasvěcený do té ošetrovatelský péče. Do práce, kterou mají dělat, aby pochopili, že to tak má bejt a musí bejt, aby to byla jednoznačně prioritou pro ně, že to tak musí bejt. Prostě bez nějakých servítek říkat: “Tak to udělej, prostě takhle to je zavedený, je to interní předpis, musíme to vykonat, protože to tak má bejt.“ A tak to cítí doufám i lékaři. S lékaři relativně vycházím. Jdou za problémem stejně jako sestra. Samozřejmě s některýma se sneseš víc a s některýma míň. A to je věc názoru a člověka. Ale víceméně třeba na klinice, kde jsem byla na praxi, tak tam na ty lidi mají taky málo času. Tam se zase řeší hodně papírů, lidi je nechápu a je na vše málo času. Protože jim to třeba špatně vysvětlej, a oni ten svůj problém nechápu a nevědí ani třeba, že jdou k nám. S lékaři, se kterými musím spolupracovat tady v léčebně, to hodnotím z deseti pět. A nezbyvá mi nic jiného než s nimi vyjít, i když samozřejmě mám na to jiný názor. Ale on je lékař, a co mi napíše, to musím jako sestra splnit a nediskutovat, protože mi to nepřísluší. Myslím si, že ve spolupráci s námi, by nás mohli víc respektovat a uvědomit si, že máme práci náročnou, s těma lidma jsme pořád v kontaktu, a tak je velice dobře známe, prostě jaké mají problémy. A všimla jsem si, že třeba k některým kolegyním nemají sympatie a nechovají se k nim hezky, to už je potom někdy i vulgární, netaktní. Ke mně si to ale ještě nedovolili. Myslím si, že těch 50 % s nimi lze vyjít, ale jinak spíš o tom moc nepřemýšlím a beru to tak, jak to je. Dělán si svoji práci a přihlížím samozřejmě na jejich práci. Byla bych ale spokojenější, kdyby s námi víc spolupracovali a brali v potaz naše názory. Musíš na to mít ale střízlivý pohled, jinak se z toho zblázníš.“

#### **7. „Myslíš si, že se s tím dá něco dělat?“**

„S některýma doktorama jo. Jsou doktoři, který tě chápou jako zdravotní sestru, respektují tvoji práci, ví, že máš náročnou práci, že to není práce se strojem, ale s lidma. To jsou tady u nás ale externisti, a tak s nimi přijdeš do styku málokdy. A ty naši, no, já si myslím, že je to věc stránky člověka, když lékař z pozice titulu ti dá najevo, že on má pravdu a ty jsi vedlejší kolejk. Myslím si, že musíme být v kontaktu, musíme spolupracovat, a pokud se respektovat nebudem, tak

spolu nevyjdem. Dalo by se s tím dělat, těžko říct, ale to budou muset asi oni trošku s námi vycházet, protože nás potřebují. My jsme jejich pravá ruka, a měli by si uvědomit, že od nás čerpají veškeré informace, co se týká pacienta, že jsme s nimi furt. I holky z noční nám předávají, co se dělo.“

### **8. „Vadí ti na té práci ještě něco, chtěla bys něco změnit?“**

„Změnila bych trochu systém práce, a to se zatím daří. Máme novou staniční, která trochu zavádí takové novinky, začíná to trochu vyhovovat, uvidíme, jak to bude dál. Myslím si, že by nám prospěly pravidelné konzultace, pravidelné provozní schůze. Aby se vědělo o problémech, aby se dalo zavčas řešit a předešlo se případnému konfliktu. Pravidelně procházet kompetence, aby všichni věděli, co mají dělat. Prostě tu práci brali tak, že to musej vykonat, rozumně a v klidu. A pak ta dokumentace. Je to prioritá, je to pro pojišťovnu, oni z toho čerpaj, tudíž chápu, že to splnit musím. Ale když dělám od šesti do půl třetí, tak já na ty lidi mám málo času. Je vidět vlastně, že informace čerpáš z dokumentace, když děláš zápis toho svého procesu, ale je na ně málo času. Jako změnit trochu systém, za těch patnáct let, co tady jsem, je ten systém pořád nastavený jako, že prostě furt je co pilovat. Víc to vedení by mělo s námi konzultovat problémy, které my vidíme dennodenně, a oni by na nás měli víc dát a udělat s námi rozumnou dohodu. Všechno jde interně, nemůžem se rovnat jinde třeba fakultce, atd., atd., tam jsou jiné problémy. Náš problém by se měl řešit na místě, veškerý věci abychom věděli. No prostě z těch provozních porad, co mají staniční, s vrchní atd., a zaměřit se na rizikový lidi a personál, který má problém s tím tady bejt a pořádně pracovat. Ještě mi tady vadí nedostatek komunikace. Komunikace je důležitá, rozumně, slušně, stručně, věcně, aby to každej vzal za svou povinnost, že to tak má bejt. Komunikace je důležitá s lidma, samozřejmě jak v práci, tak všude, doma. Bohužel nevím, jestli to je i dobou, asi, ale i lidma. Ta komunikace vážne, vím, že jí je málo. Nevím no, ta komunikace je důležitá s lidma, to určitě. A co se týče kolektivu, nemáme dobrý kolektiv. Samozřejmě s někým se ti slouží líp, s někým hůř. Je to i vzájemná sympatie. S někým řešíš úplně všechno a s někým nic. A taky si myslím, že dobrý kolektiv nejsme, samozřejmě je to kolektiv ženský, tedy převážně. A možná by se vztahy mohly upravit tím, že bychom si třeba někde poseděli, popovídali, nebo já nevím. Ale přijde mi, že ten kolektiv je horší, než byl. Nevím, jestli to mám přisoudit době, nebo tý práci, nebo stresu. Může tam být i stres, protože ta práce je náročná. A s lidma vůbec, a kor s nemocnýma. Vždycky se to nakupí

ten stres, takový moment, kdy maroděj sestry omarodí personál, přijde nová dokumentace, nový papíry, nový lidi, nové informace, a je najednou atak ze všech stran. Fakt hlavou zed' neprorazíš, musíš si vytvořit na to zdravěj náhled.“

**9. „Jak se s tím tedy vyrovnáváš?“**

„Vypovídám se z toho.“

**10. „A máš někoho, komu se můžeš vypovídat?“**

„Mám. Mám manžela, i když o zdravotnictví nic neví, je to prostě prakticky laik. Ve zdravotnictví nikdy nedělal. Někdy se mi zdá, že tomu nerozumí, ale povídám, povídám. Já jsem prostě extrovert, vypovídám se a je mi líp. Určitý problémy ti třeba v hlavě ležej, je to třeba tvoje kolegyně, nechceš se do toho problému nějak zamotávat, a tak se z toho prostě vypovídáš. A pak si vytvářím ten nadhled, a to tím, že mi řekne i svůj názor ten člověk, a já si z toho něco přeberu, a vlastně je mi líp, že se vypovím, a můžu jít dál. Ale držet v sobě bych nedokázala, nejsem tip, který by to dokázal spolknout a držet v sobě, řadu let a toho člověka bych neměla ráda. Chce to zvážít svůj racionální přístup jak k práci, tak ke kolegyním, tak k personálu a ke všemu. Samozřejmě si zanádvám taky někdy, pochopitelně, to je vše.“

#### **Příloha č. 4: Rozhovor č. 4**

**1. „Nejprve se tě zeptám, zda souhlasíš s poskytnutím rozhovoru a s tím, že tyto informace použiji pouze pro účely mé bakalářské práce?“**

„Ano, souhlasím.“

**2. „Jak dlouho pracuješ ve zdravotnictví?“**

„Přes dvacet let.“

**3. „A tady v léčebně?“**

„Jeden rok.“

**4. „Co se ti na této práci líbí?“**

„Tak to jsi mě zaskočila! Protože, co se mi tady líbí? Asi určitě mi vyhovují směny. No, jinak jsem si to představovala úplně jinak. Takže už se nedá říct, že by mně tady něco vyhovovalo, co se týče péče o pacienty. Jinak, co se týče vedení, jsem tady krátce, ale za tu dobu, co jsem poznala, tak si myslím, že jsou docela tolerantní, oproti co jsem poznala dříve, tam teda po nás šlapali hodně.“

**5. „Tolerantní k čemu?“**

„No, třeba k nám kuřákům. Umožňují nám kuřácké pauzy, to jinde třeba vůbec není. Myslím si, že to tady docela chápou, že když je někdo kuřák, tak si jde zakouřit, že jo a nějak vyloženě prostě to nehlídaj, ty kuřácký pauzy. No, jinak se mi tady líbí hlavně ty služby, a jinak asi nic.“

**6. „A co se ti na této práci naopak nelíbí?“**

„Co mi tady vadí, je přístup k pacientům. Ne ode všech, jsou to jenom jednotlivý kolegyně, a to mně hodně vadí. Jejich přístup, že ty holky to berou jako práci, a ne jako poslání, protože práce zdravotní sestry je poslání a ne práce. A ani se nedokážou vžít do toho pacienta, jak mu může být, co prožívá, jak se cítí, to vůbec neberou v potaz. A nelíbí se mně, že někteří jenom samozřejmě, že dokážou být i hrubý, to se mně nelíbí. Potom se mně nelíbí teda naše prevence.“

To jako od samého začátku, co jsem nastoupila, nemůžu pochopit. Protože naopak ty naše prevence způsobují dekubit, kterej by se tam třeba ani nevytvořil. Ono balit nohy, když je venku třeba 30 stupňů Celsia, tak vázat nohy prostě do fáčů a balit je do ponožek, to se prostě zapaří, a je to nesmyslněj úkon, kterej tady děláme. Jsou jiné prostředky a jiné možnosti, jak tady tomu předejít. Co se mi tady ještě nelíbí o léčbě, nemůžu to posoudit, nejsem doktor, ale někdy úplně zůstává rozum stát, ale to nemůžu moc komentovat. Dál vedení je pro mě problém. Vedení dělá mrtvého brouka, to se mi nelíbí, nedokážou nic řešit, když se naskytne problém. Přijít a vyřešit to teď hned, a ne potichounku. A to je také ta jejich tolerance. Může bejt někde, ale nemůže bejt tam, kde v určitejch místech je problém, a ten problém se musí vyřešit. Já nechápu, jak někdo tady může prostě neřešit například tu kolegyni, o níž se všeobecně ví, tady se čeká na to, až někomu ublíží nebo si ublíží sama. A taky nemůžu brát to, že když se tady oficiálně ví, že se tady krade, a neřeší se to. To je problém vedení, od staniční až po ředitele, ty by to okamžitě měli řešit, a ne to vyřešit tím dát si kabelky do šatny. To je řešení, ano, taky takové, které oni nemusej nic a vy si to zaříďte. A ten někdo tady prostě je, nevíš, kdo to je a jsou prostředky, jak se to dá zjistit, jenom chtít. A tady jako radši opravdu dělat toho mrtvého brouka, a bejt od všech problémů hodně daleko, to je to, co se mi tady fakt nelíbí. A co se týká vedení, tak to hodnotím tak, že je pozitivní to, že máme novou staniční. Je ve funkci opravdu chvíli a byla hozena do různých průšvihů tady a hodně bylo teď nemocí, a prostě neschopenek a ona dokázala vše řešit s úsměvem, nebyla na nikoho naštvaná, zpruzená. Jako měla bývalá staniční, že ti položila telefon, a tak. Nová staniční ten problém vzala a vyřešila, jakýmkoli způsobem, ale prostě vyřešila. Do práce chodí s úsměvem, dokáže přijít během dne a říct „prosím tě a děkuju“, to jsem tady dřív neslyšela. To si myslím, jestli jí to zůstane a bude dál pokračovat v úpravách, tak bude dobrá staniční. Opravdu si myslím, jak to pozoruju na holkách, že do práce choděj tak nějak jinak, tak jako klidnějc. Dřív jsme přišli do práce a nevěděli jsme, co přijde. Staniční dokonce vymyslela, že nám dala od osmi do devíti papíry a doktoři nám sem nepřijdou. Tady máme hodinu na to, abychom dělali svoji práci u papírů. A v devět je vizita a doktoři si vezmou papíry a po obědě si to my můžeme dodělat. Nepletem se tady, neberem si papíry z ruky, je větší klid, i oddělení funguje ve větším klidu, není v nepořádku, celkem to funguje a dá se to v klidu. Je to na tý organizaci, zatím to začíná takhle dobře. A co se týče spolupráce s doktorama, tak já si nemůžu stěžovat. Vždycky se s nima domluvím. Hlavně teda fakt jako opravdu, když vím, že některý holky si na ně stěžují, že třeba jsou snad i nějaké

naschvály mezi nima. Nevím, ale mně se to ještě nestalo za celý rok, co jsem tady, že by někdo slušně nepožádal anebo nepoděkoval. Na druhou stranu ty ordinace, s tím mám problém, ale o tom jsem už mluvila, to nemá cenu řešit. Cejtím někdy, že se doktor nebo doktorka nemá s někým ráda, ale vůči mně jsou všichni v pohodě. A co se mně ještě tady nelíbí, tak je spolupráce v kolektivu. Například staniční by si měla uvědomit, že tu všichni dělají všechno, a nikdo nic. Že by tady prostě měly být určitá pravidla, sanitáři mají to a to, a tomu se budou věnovat, ošetřovatelky se budou věnovat tomu, čemu mají. Takže ti přijde třeba ošetřovatelka, a řekne ti: „Máte tam někoho pokaděného, běžte si ho převlíct!“ To je přece i jejich práce a ne pouze naše, my máme odbornou práci a tady to je tak, že ty jseš tady pro všechno. Někdy mi to připadá tak, že my jsme tady ty poskoci, co tady udělají všechno. Samozřejmě ano, ale na tu odbornou práci, papíry, ale i ty zadky a oni ti budou diktovat, co máš a co nemáš. To je taky jedna z věcí, která se mi tady nelíbí a je to asi tím, že by se mělo sednout a říct: „Ne, vy budete dělat to a vy tohle!“ A to si myslím, že tohle by se mělo rozdělit, protože tady nikdo neví, co dělá levá a pravá ruka. To je takový. A že ty, co do toho mají co nejmíň mluvit, tak ty do toho mluvěj nejmíň. To by vůbec prostě nemělo být.“

#### **7. „A jak se s tímto vyrovnáváš?“**

„No, ze začátku, nějaký čtyři měsíce, jsem docela jako jezdila domů s takovým zvláštním pocitem a s obavami, se strachem, jestli jsem někde neudělala chybu, nezapomněla razítko nebo podpis. Protože jsou tady kolegyně, který hledají, co jsem zapomněla, a co nejmíň to kritizují, kde jakou čárku, křížek a podobně, ale svoje chyby neviděj. Tak ty čtyři měsíce byly krušný, protože jsem bála víc toho, že mi vyčtou nějakou čárečku, než toho, že jsem zapomněla udělat něco u pacienta. No, a potom jsem to začala vypouštět. A vždycky, když někdo něco kritizuje, tak si myslím svoje a je mi to fuk, a jedu si podle svého. Myslím si, že třeba tohle není lehká práce, je psychicky náročná, a že bychom měli mít mezi sebou lepší vztahy. Já se snažím nějak tak u každého pacienta trošku nějak tak vžít do jeho situace, a prostě ho nějak pochopit.“

#### **8. „Tak to si myslím, že je to hodně náročné pro tebe jako pro sestřičku. A jaký máš potom takový ten ventil?“**

„Hodně to vyčerpává. Dřív jsem jela na zahradu a dělala na zahradě, kyticíky, záhonky a takový, a tam jsem to vypouštěla. Ale u mě byl teď takový problém, že jsem si přenášela práci domů a



z domu starosti do práce a byla jsem v jednom kole, díky tomu, že jsem se starala o ty moje nemocný rodiče. Dneska nemůžu říct, že jsem úplně v pohodě. Všechno se mi motá hlavou, co třeba jsem mohla líp udělat doma, a to samý se mi motá doma hlavou, co jsem u toho určitýho pacienta mohla udělat líp. Prostě, co jsem mu měla říct, abych ho uklidnila. Furt se mi v tý hlavě motá a nemám teď žádný způsob, jak to ze sebe dostat, jak to vybít, nemám ani čas ani chuť jít za kýmkoli a svěřovat se mu.“

### **9. „Ty jsi mluvila o tom, že jsou tu špatné vztahy?“**

„Já jsem poznala horší vztahy, ne všude samozřejmě. Ale vzhledem k tomu, jaká tady je ta práce, a v čem děláme, je to fakt náročný. Tak si myslím, že bychom měly mít k sobě trochu blíž a nemělo by tady docházet k pomluvám. A myslím si, že ty vztahy tady nejsou upřímný, že tady se každéj staví do očí, ale ten dotyčnej potom odejde a v tu chvíli je pomluvenej. Zas neříkám všechny, všechny takový nejsou, ale je jich tady dost. Jak ze sester, tak i sanitáři a prostě všichni, a to si myslím, že by nemělo bejt. Ale těším se na jaro, protože brzy vyjde sluníčko a já půjdu na zahradu mezi kytičky a bude líp.“

## **Příloha č. 5: Rozhovor č. 5**

**1. „Nejprve se tě zeptám, zda souhlasíš s poskytnutím rozhovoru a s tím, že tyto informace použiji pouze pro účely mé bakalářské práce?“**

„Ano, souhlasím.“

**2. Jak dlouho pracuješ ve zdravotnictví?**

„Deset let.“

**3. „A tady a v léčebně?“**

„Osm let.“

**4. „Co se ti na této práci líbí?“**

„Tak co mě těší v práci, to je těžká otázka. Tak musím říct, že toho asi moc není. Vždycky jsem se do práce těšila, byla tam dobrá parta. Scházely jsme se i po pracovní době na kafe, na bowling jsme chodily, a teď teda nevím, jestli něco najdu. Pěkný je, když je člověk v kontaktu s těma lidma, a po těch pokojích, že jim pomáhám. Ale bohužel zase nemám čas, si s pacientama moc povídat. Je málo času, člověk musí běžet na další zvoneček. Člověk by s nimi rád promluvil, ale tebe čas tlačí, protože je moc práce a málo lidí. Pacient chce řešit, co doma, co děti. A už vidím, končím ten rozhovor, protože musím běžet na další pokoj nebo příjem nebo jinou práci. Řeknu, že přijdu a už cejtím, že to nedopadne, a že si nedoposlechnu, co ten pacient chtěl říct.“

**5. „Myslíš si, že je to způsobeno tím, že máš hodně pacientů?“**

„No, že ta sestra má hodně práce za ten den, a že to nestihne udělat za tu směnu. Musí obejít s lékařem celý oddělení, a už dávat jídlo, tak nemůže zůstat a povídat si s jednou pacientkou. To je jasný, že by nestihla udělat do 11 hodin odběry, kdyby seděla s těma lékama a dávala je celou dobu. No, a tak co by se mi mohlo líbit? Líbí se mi práce v uniformě, že nemusím řešit každé den, co si vezmu na sebe, že nemusím mít tolik strojení. Uniforma to je jedna výhoda sester.“

**6. „Vidím, že těžko hledáme, co se ti v práci líbí. Tak se zkusím zeptat, co se ti v práci nelíbí?“**

„Co se mně v práci nelíbí? Nelíbí se mně, nevím, asi to cejtím tak, že je to strašná honička. Honička, časovej pres, nic nestíhám. Hodně služeb, i na těch holkách to je vidět. Teď právě po těch Vánocích se to tak vyhrotilo, kdo sloužil svátky, kdo byl v práci kolikrát. Kdo měl víc peněz, komu se píšou jaký služby. Teďka asi každěj toho měl hodně, s těma Vánocema doma, a ještě to chození do práce. Tak teď zrovna ta nálada není jako nejlepší. A svátky byly na oddělení hektický, plno pacientů a málo personálu, denní personál měl dovolenou. Teďka to vůbec není nic hezkýho.“

**7. „Takže ti vadí taková ta rivalita mezi sestrami?“**

„To mi vadí. Už to není takový jako dřív, že bychom si v pátek zašly někam na bowling. Ani náhodou, každěj se na sebe kouká.“

**8. „A čím myslíš, že to je způsobené?“**

„Já nevím. No, myslím si, že každěj toho má asi moc nebo co. Přitom pacienty máme rozdělený, dalo by se říct, že každěj si dělá u těch svejch pacientů, nemusím prostě táhnout za ty ostatní, když někdo nestíhá. Já nevím no.“

**9. „Myslíš, že té práce dřív bylo méně?“**

„Jako určitě bylo míň. Určitě o moc, i prostě s lékárnou, odběrama, žádný papíry se nevyplňovaly. Teď jen ten příjem, těch papírů, podpisů, to je úplně nesčetně, na všechno podepsat, informovat. Určitě je těch papírů děsně. To se nedá stíhat to vyplňovat, a teďka ještě to trvá, než se to těm lidem vysvětlí, a nejde to.“

**10. „A to oddělení, kde pracuješ, je pořád stejně velké, máš na starostí stále stejný počet pacientů?“**

„Je pořád stejně pacientů, ale víc výkonů. Když jsem tam nastupovala, tak se dalo říct, že braunila byl luxus, a dneska má infúzi kdekdo, přibylo léků. Dřív měl pacient dvě tři tabletky a

dneska jich je spousta, a to nejen tabletek, ale i výkonů, které se dříve běžně nedělaly. Pacientů i sester je zhruba stejně, ale práce přibylo.“

### **11. „A je někdo, kdo by v práci mohl pomoci?“**

„Myslím si, že ne, že tam pracujou všichni. Pravdou je, že když se nestíhá ani vizita, tak jde i vrchní a pomůže nám s papírama, ale ví, že věci z denní rutiny nezvládá. Ona řekne: “Šla bych vám pomoci s infúzemi, ale já už to snad ani neumím píchnout.“ Jo, jako že pomůže s papírama. Jako já nevím, víš sama, jak to zdržuje, když máš pacienta doprovodit na záchod, jenom to a nejde to nejrychleji. Když vezmu tu bačkoru a hůl a jdete a jdete, nechceš na toho pacoše tlačit a dát na vědomí, že spěcháš. Tak jako já to cejtím, jako že vlastně já vnitru spěchám, takže já jsem z toho úplně nervózní a on jako jde a jde a já mu nemůžu říct, dělejte, já támhle potřebuju, že jo. Samo mě to úplně svírá, já spěchám uvnitř a jen aby to nepocítil ten pacient, a já nemůžu ten časový stres prezentovat navenek. Pravda je, že si s holkama na oddělení pomůžeme, na to si fakt stěžovat nemůžu. Třeba při polohování. Nevím, co se stalo, my si v práci pomůžem, a když třeba chci, aby mě vzaly službu, tak to už je problém. Nevím prostě, proč to je. Možná, že to je penězi. Nejsou žádné odměny, žádný mzdový motivace, jak se dřív říkalo 13. a 14. platy, takže třeba ta řezba o ty směny, protože to jsou pro ty holky peníze. Jako strašný, ale myslím si, že to tak je. Ona vidí, že tys měla dva svátky a máš šest víkendů a ona má víkendů jen pět, pro ni to jsou peníze, tak se s tebou nebude bavit. Já nevím, možná celková nálada ve společnosti a ta rivalita se potom přenáší i do práce. To i ty směny se takhle střídaj. Dřív když jsme se střídaly ve směně, jsme si sedly, daly jsme si kafe a popovídaly, co doma. A dnes se jenom hledá, jestli je to vyplněný a podepsaný, a rozdaly jste to, a hledá se, oni nevyplnily toto nebo ono. I tohle může být ta vada mezi střídáním těch směn. Nedej bože, abys někde zapoměla razítko nebo podpis. To i vrchní. Vidí, že celej den děláme a děláme, já třeba jdu po své straně oddělení napíchnout infuze, a ona je schopna mi otevřít choráky a říct: “Ty to tady nemáš zapsaný!“ Já se teprve vracím a já bych si to zapsala, ale jak to mám zaspát, když doktor nade mnou stojí: “Tady to píchnete!“ Tak já lítám, a ona chce, abych to píchl a ve stejnou dobu to zapsala do dokumentace. Jak to mám udělat technicky? Na rukách mám rukavice a hned běhat zpátky a zapisovat, jestli to má v levý nebo v pravý ruce, a jestli jsem to zavedla v 9 nebo 9,15. To je hrozný. Spíš vidím, že toho je víc, toho co se mi v práci nelíbí. Kolikrát se mi stalo, že to vidějí na těch sestřách i pacienti, že to jako poznají, že

to jako není pohoda. Ale vždycky to není takový, to víš, že někdy se udělá i sranda, že není tolik práce, a že je nějaký mrtvější den. No jo, takový stresový situace. Teď se ani na tu službu netěším. Hledám mezi těma službama, s kým sloužím, napíšu si, s kým ten víkend mám, a těším se, že to bude dobrý. Je zajímavý, že třeba takový dvě tři kolegyně, s kterými si to uděláme pěkný a užijem si tu sobotu, takže člověče, i když je jako práce plno, tak i tak se to dá. Pak si řeknem, co jsme toho stihly a dá se taky v klidu.“

## **12. „Jak se s tím vším vyrovnáváš?“**

„Já jsem teda asi stresor, já to hned řeším a nechci brečet někde na záchodě, jak to je hrozný. Ale já jdu třeba za tím, kdo na mě huláká, a taky se ozvu. Ale to jsem našťvaná, to pak nadáváme všichni, a já pak nadávám ještě doma, kde to řeknu manželovi, jaký to bylo hrozný, a kdo co řek. Nevím, myslím, že si popovídáme, já mu řeknu, mluvím jenom já a někdy mám pocit, že mě ani nevnímá. Ale stačí mně to, že poslouchá.“