



**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2015**

**Hana Zámková**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Veřejné zdravotnictví B 5347

**Hana Zámková**

Studijní obor: Asistent ochrany a podpory veřejné zdraví 5346R007

**SYNDROM VYHOŘENÍ U OŠETŘUJÍCÍHO PERSONÁLU  
V DOMOVECH PRO SENIORY V PLZNI**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: MUDr. Květuše Zikmundová, CSc.

PLZEŇ 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. 5. 2015

.....  
vlastnoruční podpis

Děkuji MUDr. Květuši Zikmundové, CSc. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji zaměstnancům v Seniorenheimu ve Waldmünchenu za povolení průzkumného dotazníkového šetření.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Zámková Hana

Katedra: Katedra záchranářství a technických oborů

Název práce: Syndrom vyhoření u ošetřujícího personálu v Domovech pro seniory v Plzni

Vedoucí práce: MUDr. Květuše Zikmundová, CSc.

Počet stran: číslované 60, nečíslované 36

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: vývoj, definice, příznaky, fáze, výskyt, prevence syndromu vyhoření, stres a deprese, mentální hygiena, supervize

Souhrn:

Práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření na obecné úrovni a dále se konkretizuje na ošetrovatelství.

Teoretická část je zaměřena na syndrom vyhoření na obecné úrovni, jeho historii a vývoj, definice, příznaky, fáze, výskyt, jeho prevenci na úrovni jednotlivce a na úrovni organizace. Dále se soustředíme na mentální hygieny a supervizi jako jednu z možností prevence burnout. V praktické části jsou vyhodnoceny výsledky kvantitativního výzkumu realizované metodou průzkumného dotazníkového šetření zaměřeného na výskyt rizika syndromu vyhoření a kvalitu prevence u nelékařského zdravotnického personálu (osob v přímé péči) v pobytových zařízeních pro seniory, konkrétně v domovech pro seniory.

## **Annotation**

Surname and name: Zámková Hana

Department: Department of Paramedical rescue work and Technical studies

Title of thesis: Burn out syndrome of nursing personnel in Seniors Home in Pilsen

Consultant: MUDr. Květuše Zikmundová, CSc.

Number of pages: numbered 60, nonnumbered 36

Number of appendices: 8

Number of literature item used: 30

Key words: development, definition, symptoms, phase, occurrence, prevention of burnout syndrome, stress and depression, mental hygiene, supervision

Summary:

This thesis concerns problems of the burnout syndrome on the general level, further specifies a nursing care.

The theoretical part is focused on the burnout syndrome in general, its history and development, definition, symptoms, phases, occurrence as well as its prevention on the both individual and organizational levels. Further the mental hygiene and supervision are concerned as one of the possibilities of preventing from so called burnout.

In the practical part results of the quantitative research are evaluated. This investigation was put into the practise by a method of exploratory survey focused on the danger of occurrence of the burnout syndrome and the quality of prevention by a nonmedical health care provider (a person in direct care) in homes for the elderly.

# OBSAH

ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST .....	14
1 OSOBNOSTNÍ PŘEDPOKLADY PRO PRÁCI V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH.....	15
1.1 Temperament .....	15
1.2 Vlastnosti přispívající k syndromu vyhoření .....	16
2 SYNDROM VYHOŘENÍ OBECNĚ .....	18
2.1 Historie a vývoj syndromu vyhoření .....	18
2.2 Definice syndromu vyhoření.....	20
2.3 Příznaky syndromu vyhoření .....	21
2.4 Stadia vývoje vyhoření .....	22
3 KDE SE SETKÁVÁME SE SYNDROMEM VYHOŘENÍ.....	25
3.1 Příklady zaměstnání, kde se burnout vyskytuje nejvíce .....	25
3.2 Přehled rizikových profesních skupin.....	26
3.3 Okolnosti pro burnout příznačné .....	27
4 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ .....	28
4.1 Prevence syndromu vyhoření na úrovni jednotlivce.....	28
4.2 Prevence syndromu vyhoření ze strany organizace.....	31
4.2.1 Povinnosti zaměstnavatele .....	33
5 STRES A DEPRESE PŘÍBUZNÉ JEVY BURNOUT .....	34
5.1 Podobnost se stresem .....	34
5.1.1 Stresující faktory při práci se seniory .....	35
5.2 Podobnost s depresí .....	36
6 MENTÁLNÍ HYGIENA A SUPERVIZE V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI ..	38
6.1 Supervize .....	40
6.1.1 Kdo supervizi provádí? .....	41



6.1.2	Formy supervize.....	42
6.1.3	Balintovská skupina .....	43
6.1.4	Supervizní zakázky v domovech pro seniory .....	43
	PRAKTICKÁ ČÁST .....	44
7	CÍLE PRÁCE .....	45
8	HYPOTÉZY.....	46
9	ZKOUMANÝ VZOREK .....	47
10	METODIKA.....	50
11	SBĚR DAT .....	51
12	VYHODNOCENÍ DAT .....	52
12.1	Interpretace MBI dotazníku .....	52
12.1.1	Stupeň vyhoření za ČR v Plzni .....	52
12.1.2	Stupeň vyhoření za SRN ve Waldmünchenu.....	56
12.1.3	Srovnání procentuálního poměru vyhoření v ČR a SRN.....	59
12.2	Interpretace informativní části dotazníku za ČR v Plzni.....	60
12.2.1	Věková struktura vyhořelých v jednotlivých oblastech.....	60
12.2.2	Délka praxe v zařízeních u vyhořelých respondentů v jednotlivých oblastech.....	62
12.2.3	Směnný provoz u vyhořelých v jednotlivých oblastech .....	63
12.2.4	Možnost konzultace s psychologem na pracovišti.....	65
12.2.5	Četnost supervize konaná na pracovišti .....	65
13	DISKUZE .....	67
	ZÁVĚR.....	72
	BIBLIOGRAFIE	
	SEZNAM ZKRATEK	
	SEZNAM TABULEK	
	SEZNAM GRAFŮ	

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník Syndrom vyhoření

Příloha č. 2 das Fragebogen, das Thema: “Burnout“ I. - Maslach Burnout Inventory (MBI)

Příloha č. 3 Klíč k vyhodnocení MBI dotazníku

Příloha č. 4 Žádosti o povolení průzkumného dotazníkového šetření od různých institucí

Příloha č. 5 Ich – die Praktikantin im Seniorenheim in Waldmünchen

Příloha č. 6 Informační leták – Syndrom vyhoření a možnosti jeho prevence

Příloha č. 7 Studie kresby rukou

Příloha č. 8 Studie kresby rukou (návrhy do letáku)

## ÚVOD

Termín burnout (vyhoření) byl původně používán pro označení stavu jedinců, kteří zcela propadli závislosti na alkoholu a o vše další ztratili definitivně zájem. Později se tento termín začal používat i pro toxikomany, pro stav, ve kterém se nacházeli, kdy jejich zájem byl výlučně směřován jen na konkrétní drogu a vše v okolním světě jim bylo zcela lhostejné. Až poté se termínu burnout začalo používat i pro osoby, které byly tak zaujaty svou prací, že je nic jiného nezajímalo. Práce byla smyslem, posláním života. Definoval se pro ně termín „workoholici“, který poukazoval na pojem alkoholiků. I u nich nastávala apatie a při výskytu překážek, těžkostí a neúspěchů docházelo ke stranění se druhých lidí, depresím, vyčerpanosti, únavě, osamění a lhostejnosti. (1)

Klíčový moment, kdy pojem burnout začal vzbuzovat pozornost, se datuje na přelom 70. a 80. let ve spojitosti s výčtem povolání, u kterých lze přítomnost této problematiky očekávat. Burnout syndrom se dneska vyskytuje jako relativně novodobý úkaz. (2)

Téma své bakalářské práce „**Syndrom vyhoření u ošetřujícího personálu v domovech pro seniory v Plzni**“ jsem si vybrala z důvodu praxe vykonané v BRK Senioren- Wohn- und Pflegeheim in Waldmünchen. Ve zmiňované instituci jsem působila jako praktikantka péče a hygieny se seniory. Byla jsem jednou z ošetřujícího personálu a starala jsem se o seniory. Bedlivě jsem sledovala ošetřovatelství, práci se seniory, jak personál přistupuje ke klientům i sám k sobě. Personál v přímé péči jsem shledávala velmi milým, starostlivým, pečlivým a empatickým. Zamyslela jsem se nad tím, zda je věnována stejně tak „dobrá“ péče jak seniorům, tak ošetřujícímu personálu. Mohla jsem na vlastní kůži poznat, jaké je to se starat o jinou osobu než o sebe samu, o osobu nemohoucí, starou a bezbrannou. Přemýšlet nad svým přístupem ke klientům, nad svým chováním, s jakou náladou chodím do práce, zda mě to naplňuje a seberealizuje. Na druhou stranu zda i já sama se cítím v bezpečí a zda přináší mi to zpětnou vazbu či ne.

Jsem názoru, že lidé si velmi často neuvědomují, že jsou v počáteční fázi ohrožení syndromem vyhoření. A když už o riziku vědí, často s tím nic nedělají. Každý z nás se může ocitnout ve stavu syndromu vyhoření, a proto bychom se měli více touto problematikou zabývat. V pomáhajících profesích se burnout vyskytuje masivněji než v ostatních zaměstnáních, proto na něj musí být brán větší zřetel.

V teoretické části se zaměřím na obecné poznatky týkající se syndromu vyhoření, konkrétně na historii a vývoj, definice, příznaky, stadia vývoje, nejrizikovější pracoviště a rizikové profese syndromu vyhoření.

Dále se budu zabírat osobnostními předpoklady pro práci v pomáhajících profesích, příbuznými jevy burnout jako stres a deprese, mentální hygienou a supervizí v ošetrovatelské praxi. V poslední řadě se budu zabírat prevencí syndromu vyhoření po stránce jednotlivce a ze strany organizace.

Hlavním cílem mé praktické části práce je zjistit míru vyhoření, a zda je v zařízeních uplatňována prevence syndromu vyhoření formou návštěv psychologa na pracovišti a konáním supervize. Jako výzkumný vzorek k této problematice jsem zvolila nelékařský zdravotnický personál v domovech pro seniory v Plzni v porovnání se Seniorenheimem ve Waldmünchenu. V Plzni jsem vybrala pět institucí, a to domovy Sv. Jiří, Sv. Alžběty, Sv. Aloise, Sv. Zity a Longevita senio. Zvolila jsem formu dotazníkového šetření určeného ošetrujícímu personálu v přímé péči o seniory. V Domově u Sv. Aloise v Plzni jsem byla na exkurzi pod vedením paní ředitelky. Mohla jsem tedy srovnat prostředí mezi domovem v ČR a domovem, kde jsem vykonávala v létě 2014 praxi.

## **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 OSOBNOSTNÍ PŘEDPOKLADY PRO PRÁCI V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH

*„Při pohledu na osobnostní profil výkonných dřičů, nadšenců pro svoji práci je nesnadné si ujasnit, že jejich nejhoršími nepřáteli jsou oni sami. Jejich osobnostní a povahové rysy jsou hlavní příčinou vzniku SYNDROMU VYHOŘENÍ.“ (Rush, 2003)*

Každý člověk je nejen svou výchovou a inteligencí, ale také charakterem významně předurčen ke svému budoucímu povolání. Zatímco se inteligence a sociální inteligence během života mění v závislosti na zážitcích a zkušenostech, základní povahové rysy nás provází téměř beze změny. I z tohoto důvodu je důležité nepřehlížet temperament při výběru profese. (3)

## 1.1 Temperament

Temperament je souhrn vrozených rysů osobnosti, jež ovlivňují naše chování, jednání i prožívání. Tyto základní rysy osobnosti se mohou dělit dle sdílnosti k našemu okolí na extraverci a introverzi. Pohotovost a síla reakcí na vnější prostředí pak určuje psychickou stabilitu (vyrovnanost), případně labilitu (nevyrovnanost). Samotný temperament se dle Hippokratova učení člení na čtyři typy.

Prvním typem je **melancholik – labilní introvert**, který si nechává věci pro sebe, příliš se nikomu nesvěřuje, převažuje u něho pesimismus, je vážný, se stálými a hlubokými city, je citlivý, dlouhodobě prožívá emoce, má nízké sebevědomí, je bojácný, smutný. K práci zaujímá zodpovědný přístup, je svědomitý, v činnostech se rychle unaví, je nedůtklivý, urážlivý, vztahovačný, lítostivý. Druhým typem **cholerikem – labilním extravertem** myslíme osobu, která unáhleně vyjadřuje názory i pocity. Silně si za nimi stojí, domáhá se svého. Reaguje s výraznou mimikou, vášnivě, živě, pracuje samostatně, rychle, intenzivně, koná energicky, jedná rychle, jednoduše se prosazuje. Nevýhodou jsou prudké reakce, hněv, zvýšená dráždivost, netrpělivost, rychlé citové vzplanutí, agresivita, vzdorovitost, nedostatek sebeovládání. Předposledním typem zvaným **flegmatik – stabilní introvert** je člověk vytrvalý, rozvážný, dlouhodobě vydrží u jedné činnosti, pracuje rovnoměrně. Je přátelský, snášenlivý, dobře se ovládá, přizpůsobí se, ale bývá pomalejší, pracuje stereotypně, pasivní, s těžkostí obměňuje naučené chování, těžce se přizpůsobuje

změnám, preferuje plány, denní řád. Je rozvážený, nedává najevo své pocity, hodně vydrží, zdržuje se komentářů a vše sleduje většinou zpozzdálí. Posledním typem myslíme **sangvinika – stabilního extraverta**. Popisuje se jako veselý, společenský, optimistický. Zajímá se o nové věci, rád je zkouší, je až nerozvážený, nelpí na detailech. Jedná rozhodně, někdy až zbrkle, snadno se přizpůsobuje změnám. Při stresu dokáže nabýt rovnováhu, je nekonfliktní. Upovídaný, povrchní, sebekritika není jeho silná stránka, je až příliš odvážný. (3)

## 1.2 Vlastnosti přispívající k syndromu vyhoření

Ti, kteří mají k vyhoření nejbliže, jsou převážně výkonní lidé, jež pojí řada společných znaků. Mezi tyto znaky patří:

**Pevná vůle a odhodlanost**, jedna ze stěžejních znaků pro typického dřiče. Je pro ně nepředstavitelné, že by měli přiznat chybu, s nepříliš velkým nadšením se vzdávají, z čehož velmi často nastávají problémy a konfliktní situace na pracovišti s kolegy a nadřízenými. (3) S tímto se úzce váže i **perfekcionismus**. Perfekcionista je člověk, který se snaží vše dělat co nejpřesněji. Tzv. „kariériste“ stanovují sobě samým až příliš vysokou laťku, ale vyžadují ji i u druhých. (4) Práci, kterou vykonávají, vyžadují dokonale odvedenou, inklinují k vizi stát se tím nejlepším. Z vlastního podnětu jsou pod neustálým tlakem, aby se posouvali dál za hranice svých možností a uspěli. (3) **Workoholizmus** je termín odkazující na alkoholismus (drogu), lidé, jež nepřetržitě fungují, pracují na „120%“, práce je jim závislostí. Často je jim i jejich koníčkem, což zapříčiňuje, že tráví svůj volný čas, určený k odpočinku, spánku, relaxaci, pracovně, profese se promítá do osobního života. (4) To může být závažným problémem i pro jejich okolí, v našem případě pro pacienty, v důsledku únavy, vyčerpání a následně vyhoření se mohou dopustit závažné chyby. (3)

**Přecitlivělost** ve formě problémů na pracovišti. Ty jsou jim přítěží a citově jim přikládají větší váhu, než je běžné. Ve spoustě záležitostí si přidělávají zbytečně starosti. **Přehnaná empatie**, kvůli níž se příliš vžívají do problémů svých nemocných pacientů a nejsou schopni (a někdy ani nechtějí) určit si své emoční hranice. Mají **snížené sebevědomí**, odpracované úkoly po sobě několikrát denně kontrolují, čímž se jim prodlužuje pracovní doba a jsou „ve skluzu“, narůstá jim práce, kterou musí odkládat kvůli

časové tísní. Tu nabírají svým stihomamem nízkého ega, že někde určitě v průběhu vyřizování zadaného úkolu udělali nějakou chybu.

**Značná cílevědomost**, která je nutí dosáhnout jejich velkých, většinou nereálných cílů. Život se upíná pouze tímto směrem. Mají stanovené priority, nemají pochopení pro chaos a zmátek. Jejich příliš vysoké cíle jim imponují i přesto, že se ve snaze dosáhnout jich přepínají a tím odstartují zdravotní problémy. **Nadměrná zodpovědnost**, jež je pohlcuje. Jejich mysl se neustále upíná k myšlence, aby náhodou nezklamali, neudělali nějakou katastrofickou chybu, která by znamenala prohru a poškodila by druhou osobu, v našem případě máme na mysli pacienta.

**Sklony k soběstačnosti**, které jim vnucují myšlenku, že jen oni jsou schopni udělat vše na výbornou. Jen od nich je práce stoprocentní. Raději si udělají všechno sami, než aby se spoléhali na druhé, ztráceli čas vysvětlováním a předáváním informací druhé osobě. Pak se stává, že se zaobírají malichernostmi, detaily, o které se může starat jiná osoba, pověřená a vyškolená pro tuhle činnost. Neumí přiznat svoji neznalost v určitém bodě, na který narazí. Než aby si nechali poradit, protože by to pro ně bylo značně ponižující, ztrácejí čas, dokud na to nepřijdou. Čas, o který se připraví a dostane je do tísně, se snaží dohnat. K tomu však musí zapojit ještě více síly a energie, aby úkol splnili samy bez cizího přičinění a cítili se hrdě.

**Ambice vítězit**, soutěživost, být tím nejlepším je pro ně „životní pokrm“. Udělají cokoli a kdykoliv pro vítězství, slávu a úspěch. V pracovním týmu nejsou příliš oblíbenými, spíše problémovými, nesympatickými a nejsou schopni se angažovat v týmové spolupráci. **Žijí z úspěchu a uznání, které z něho pramení**. Neustálá a značná potřeba dosahovat kladných výsledků pramení z nedostatku sebedůvěry. Na úspěchu potom staví své kladné sebehodnocení a svou smělost.

**Nejsou zrovna těmi, kteří by se s chutí řídili pravidly**. Pokud je musí dodržovat, cítí se obvykle sklíčeně a pod neustálým tlakem. Flexibilita a možnost improvizace je charakteristické pro postup jejich práce. Nejsou zvyklí, aby jim někdo říkal, co mají dělat, neradi plní příkazy, s nevelkým nadšením se podřizují organizačním pravidlům, což postupně přispívá v ošetrovatelství k nedodržování denního režimu a standardních ošetrovatelských postupů na pracovišti. (3)



## 2 SYNDROM VYHOŘENÍ OBECNĚ

Pojem „burnout“ je jedním z novějších termínů v oboru psychologie člověka. Jedná se o psychický stav naprostého vyčerpání ve všech oblastech lidského bytí. (2)

### 2.1 Historie a vývoj syndromu vyhoření

Poprvé byl zmíněn v odborné publikaci H. Freudenbergerem v jeho stati, publikované v časopise „Journal of Social Issues“ roku 1974, a to v podstatě v rozsahu soudobé koncepce. (2)

Freudenberger ve své knize Burnout: The Cost of High Achievement prvně použil pojem burnout a definoval syndrom vyhoření jako vyhasnutí motivace a stimulujících podnětů v situaci, kde péče o jedince a neuspokojivý vztah jsou příčinou, že práce nepřináší očekávané výsledky. Jako první bylo popisováno vyhoření u personálu „alternativních“ léčebných zařízení, jakými byly například „Free Clinics“, existující mimo etablované léčebny a závislé na obětavé pomoci dobrovolníků. Krátce na to se ukázalo, že tento koncept lze uplatnit i u kladně finančně ohodnoceného personálu ve vyšších pozicích, jako jsou lékaři, psychiatři, zdravotní sestry, sociální pracovníci i učitelé. (5)

Klíčový moment, kdy pojem burnout začal vzbuzovat pozornost, se datuje na přelom 70. a 80. let ve spojitosti s výčtem povolání, u kterých lze přítomnost této problematiky očekávat.

Dle určitých objemných přehledových studií autorů, jako jsou např. M. Leiter, D. Kleiber, D. Enzmann a další, lze předpokládat, že v poslední době je k dispozici již více než pět tisíc anglicky psaných publikací na téma syndrom vyhoření.

Burnout syndrom se v současnosti jako relativně novodobý úkaz vyskytuje především v oblastech procházejících od přelomu 80. a 90. let 20. století změnami a vývojem ve výzkumu stresu a jeho zvládnutí. Pojem Burnout syndrom rozšiřuje oblast zkoumání a tím dává nové podněty ke vzniku nových diagnostických metod i metod léčby.

V České republice bylo na dané téma zatím uveřejněno jen velmi málo děl. Problematika byla většinou pouze okrajově popisována v publikacích na téma psychoterapie, psychologie zdraví apod., ale nikdy nebyla systematicky zpracována.

Nejobsáhleji byl syndrom vyhoření rozpracován v knize J. Křivohlavého „Jak neztratit nadšení“ z roku 1998, která byla jedinou monotematickou prací v porovnání s orientačním článkem H. Haškovcové z roku 1994 v časopise „Sestra“. Dále se čím dál častěji vyskytují bakalářské a diplomové práce na zmiňované téma burnout a narůstají různé odborné konference a semináře směřované v diskuzích na tuto problematiku.

Za posledních 30 let bádání v problematice burnout se objevila řada pojetí, vymezení a definic. Většina se shoduje v následujícím: (2)

Jde převážně o psychický stav, prožitek vyčerpání; syndrom vyhoření se uvádí v souvislostech s výkonem povolání „práce s lidmi“ (6) a je spojován se specifickými profesemi, které jsou definovány jako rizikovější, např. zdravotníci (7); největší podíl symptomů je tvořen oblastí psychickou, částečně oblastí fyzickou a sociální; hlavní složka syndromu je vyčerpání především po stránce emoční, dále kognitivní a často i celková únava; všechny hlavní složky syndromu jsou projevem dlouhodobého a nadměrného stresu. (5)

Vyčerpání, únava, pasivita, nezáměr a zklamání napovídající syndromu vyhoření je projevem nadměrného dlouhodobého stresu, víceméně pracovního. (6)

Kdežto „vyhoření“ popřípadě „vyhasnutí“ bývá líčeno jako stav citového vyčerpání vzešlé v důsledku nadměrných, nepříjemných psychických a citových nároků. Zprvu byl vylíčen u některých zaměstnaneckých skupin pracujících s jinými lidmi, např. u lékařů, zdravotních sester, policistů, kantorů, ale vyskytuje se také v dalších oborech. Za jednu ze stěžejních příčin burnout syndromu lze považovat následek chronického stresu vázaného zvláště na pracovní prostředí. (8)

V České republice syndrom vyhoření není klasifikován jako nemoc z povolání, kdežto v Británii se k diagnostice vyhoření užívá dotazník Maslach Burn-Out Inventory – MBI a dotazník Tedium Scale. (8) Dotazník Maslach Burnout Inventory – MBI (**Příloha 1 – I. část anonymního dotazníku**) vypracovaly autorky C. Maslachová a S. Jacksonová. Je tvořen celkově 22 otázkami, které jsou rozděleny do tří oblastí. Těmi jsou citové vyčerpání, odosobnění a osobní uspokojení. (1)

## 2.2 Definice syndromu vyhoření

Definice o syndromu vyhoření je celá škála. V literatuře o syndromu vyhoření se odrážejí rozmanitá pozorování, odlišné úhly pohledu a rozličné prvky tohoto jevu, rovněž jejich nedostatečně přesné popisy a definice. (5) Některé definice jsou pojaté ze široka, jiné jsou velmi specifikované, jedny intenzivně generalizují, další se úzce specifikují na jednotlivé symptomy, nebo naopak líčí vyhoření jako proces, který má vlastní vývoj. Uvedeme si definice ze všech úhlů pohledu a různých literatur. (9)

Berkeley Planning Association (1974) definuje vyhoření v první řadě jako skutečnost, v jaké míře se zaměstnanci vzdálí od původních cílů a od toho, jak dříve shledávali význam své profese. Vyhořením se zde má na mysli odcizení a odtažitost (zdrženlivost) od klientů a spolupracovníků v rozporu k míře angažovanosti, která by byla nutná k patřičnému naplnění vlastní role. Tento popis se vztahuje převážně k příznakům vyhoření.

Podle Kahna (1979) je vyhoření znakem nepřiměřeného přístupu ke klientům a k sobě samému, což se často projevuje nepříjemnými tělesnými a citovými příznaky. Také tady lze vypátrat ohnisko eventuálních onemocnění. (9)

Termín burn – out – syndrom vyhoření, vyprahlosti, vypálení – popisuje profesionální selhávání na podkladě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se nároky od okolí nebo od samotného jedince. Zahrnuje ztrátu ideálů, energie i smyslu, zájmu a potěšení, negativní sebe ocenění a negativní postoje k práci.

Pro syndrom vyhoření je charakteristické, že se projevuje spíše v psychice postiženého. Tělesné projevy nastupují až později. Nejvíce se vyskytuje u profesí, kde je hlavní částí pracovní náplně práce s lidmi. (3)

Syndrom vyhoření je psychosomatické onemocnění, při kterém dochází k psychickému, citovému a v poslední řadě k fyzickému vyčerpání organismu. Pokud jde o patofyziologické mechanismy, je zcela jasné, že je projevem dlouhodobého a nadměrného stresu.

Jaro Křivohlavý uvádí ve svých knihách Jak neztratit nadšení a Hořet, ale nevyhořet další zajímavé definice.

Popisná definice dle **Henricha Freudembergera**: „*Burnout je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entusiasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly).*“ (10 str. 65)

Další popisná definice dle **Cary Cherniss**: „*Burnout je výsledek procesu, v němž lidé velice intenzivně zaujati určitým úkolem (ideou) ztrácejí své nadšení.*“ (10 str. 65)

Zralá definice burnout dle **Agnes Pines a Elliot Aronson**: „*Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji způsobena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy.*“ (4 str. 113)

Autorky **Maslachová a Jacksonová** zrale definovaly syndrom vyhoření: „*Burnout je syndromem emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobního výkonu. Dochází k němu tam, kde lidé pracují s lidmi, tj. tam, kde se lidé věnují potřebným lidem.*“ (1 str. 50)

## 2.3 Příznaky syndromu vyhoření

Burnout není jen exhausce, i když vyčerpání fyzické, psychické a citové je při něm popisováno.

**Tělesné vyčerpání** se projevuje chronickou únavou, nedostatkem energie, svalovými křečemi, pocitu tělesné slabosti, nižší odolností vůči onemocněním, častými bolestmi hlavy, nevolností, bolestmi zad a šíje, změnami tělesné hmotnosti, stravovacími návyky a dalšími jinými psychosomatickými potížemi. (9)

**Psychické vyčerpání** převažuje pocitem, že efektivita dlouhodobého snažení o něco je v porovnání s vynaloženou námahou nepatrná. Psychicky unavený člověk se projevuje k vlastní práci i ve vztahu k osobám, jež jsou součástí profesionální práce s lidmi (pacienti, klienti), negativistickými, cynickými a pesimistickými postoji. (8) Objevují se poruchy soustředění, zapomnětlivost, snaha stranit se celému světu. Dochází k útlumu celkové aktivity, k výraznému poklesu až ztrátě motivace, činnost se stává rutinní, mizí tvořivost. Pracovní nasazení upadá a nemocný přestává vidět smysl života, mohou nastat i destruktivní myšlenky. (3)

**Citové vyčerpání** se projevuje „vysátím“, člověk nemá už více síly vyslechnout druhého, jeho trápení, starosti, neboť nabývá dojmu, že na něho všichni přesouvají své problémy. Cítí se naprosto prázdný, bezmocný, pociťuje beznaděj, už nemá kladný přístup k lidem, opouští ho empatie, uzavírá se před okolním světem. Vytrácí se radost z kontaktu a komunikace nejen s lidmi v práci, ale časem i s nejbližším okolím. Přátele a rodinu přestává „vyhořelý“ vnímat jako zdroje radosti a uspokojení, reaguje podrážděně, stávají se pro něj jen další přítěží. (3)

**Změny v sociálních vztazích** se vyznačují převážně odtahováním se ze sociálního kontaktu. Zpočátku se pracovník vyhýbá klientům, postupně je odtahitý i vůči kolegům. Nejvyšším stupněm odtahování je pak izolace celková. Psychická zátěž zapříčiní zvýšenou podrážděnost, často narůstají konflikty, hostilní postoje, odsuzování vztahů. Nastává celkový útlum sociability, převažuje apatie, netečnost, nezájem.

Dalšími autorkami, které se řadu let zabývaly vyhořením, jsou C. Maslachová a S. Jacksonová. Ve svém dotazníku MBI vytvořily tři škály, kterými měří syndrom vyhoření a které mohou být zároveň dalším popisem vyhoření.

**Emocionální vyčerpání** (exhaustion) znamená vyčerpání citových zdrojů a rezerv, které má za následek pocit, že zaměstnanec už nemá co dál poskytnout a předat, prožívá bezmoc. Druhou škálou se značí **depersonalizace**, která popisuje převážně silné negativní postoje ke klientovi, k sobě samému, k profesi a k životu celkově. Pocit odcizení a cynismus se projevuje necitlivou a neosobní odezvou na chování jiných lidí. Třetí škálou se definuje **snížení pracovního výkonu** spojené s pocitem nedostatku vlastní kompetence a úspěšnosti v práci, což se projevuje neefektivností, nedosahováním vytyčeného cíle obzvláště v oblasti, kterou jedinec původně „považoval za svoji“, nespokojenost se sebou samým. (7)

## 2.4 Stadia vývoje vyhoření

Stále častěji je vyhoření popisováno nikoliv jako stav, ale jako dlouhotrvající, vyvíjející se proces. Postižený může fázemi proplouvat postupně, do určitého stupně je ale možné některé z nich obejít. Proces startuje u motivovaného nadšence při nástupu do pomáhající profese, o které má své vize a očekávání. V literatuře se často cituje čtyřfázový model C. Maslachové:

1. fáze – nadšení, kde v popředí jsou ideály, zaujetí a dochází k přetěžování se;
2. fáze – tělesné i psychické exhausce;
3. fáze – dehumanizované vnímání sociálního okolí, obranné postoje, odcizení;
4. fáze – netečnost, negativismus, vyčerpání. (7)

Christian Stock uvádí fázový model dvojice autorů Edelwiche a Brodského.

**Idealistické nadšení.** Velká část vědeckých modelů vychází z typického příkladu jedince, který ze začátku pracuje s nadprůměrným nasazením. Příliš velké ideály a množství energie se nemohou ztotožnit s nereálnými nároky kladenými na sebe i svoje okolí. Často se může také jedinec ocitnout v situaci, kdy se až příliš ztotožní se svou prací a klienty, žije jen svou prací a uzavírá se před okolím. Existuje samozřejmě celá řada podnikatelů a zaměstnanců, kteří i přesto, že se své profesi věnují naplno, dovedou odhadnout překážky a k rozvoji syndromu vyhoření u nich nedojde. Na druhé straně existují i lidé, kteří se do práce ponoří a samotná práce jim přináší pocit sebeuspokojení. Důležitá je zde umírněnost a odpovídající kompenzace.

**Stagnace.** Ve druhé fázi, fáze stagnace, se sociální pracovník dostatečně seznámil se skutečností a začíná přehodnocovat své počáteční ideály. Neustále vykonává svou profesi, ale ta už mu nepřináší takový pocit sebeuspokojení jako na začátku, už pro něj není tak napínavá. Finanční a osobní ohodnocení se pro něj stává nově více a více důležitým. V soukromém životě nastávají první problémy, jelikož celý život se v podstatě „točil“ jen kolem zaměstnání, jeho povolání. Ve zmiňovaném počátečním stadiu burnout ještě ani postižený, ani jeho rodina, ani jeho okolí nepozorují žádné známky onemocnění. (11)

**Frustrace.** Postupem času pracovník zjišťuje, jak jsou jeho možnosti a prostředky ve výsledku omezené. Začíná pochybovat nad celou profesí i nad osobami, s nimiž je v nepřetržitém kontaktu. Jejich hodnocení, které je pro něj nejdůležitější a je na něm závislý, začíná vnímat záporně. Přibývají problémy formální vyplývající z mylné představy o nedostatku vděčnosti ze strany klientů a nadřízených. V důsledku nepřekonatelného rozdílu mezi tím, co by chtěl udělat, a tím, co lze realizovat, se navyšuje jeho zklamání. (8)

**Apatie.** Jako obranný mechanismus proti zklamání nakonec nastupuje vnitřní rezignace. Pokud práce přináší jen zklamání, postižený nemá žádné lepší vyhlídky na změnu, vykonává nakonec jen to, co musí, co je v popisu jeho práce. Vyhybá se náročným

úlohám i přímému kontaktu s klientem a vše se snaží vyřídit co nejdříve. Počáteční nadšení zcela mizí. K tomu se přidávají pocity beznaděje, zoufalství, rezignace, zapříčiněné nedostatkem jiných možností uplatnění. (11)

**Intervence.** Vede k přerušení tohoto procesu po všech stránkách. Jedinec se rozhodne pro životní změnu, odchod ze zaměstnání, přerušení práce, vyčlení si více času pro své vlastní koníčky a zájmy a přehodnotí celou svou situaci. (5)

Další pohled na vznik vyhoření ukazuje Kopřiva (1997). Ten definuje tři různé cesty, které k vyhoření směřují.

**Ztráta ideálů,** přičemž se na začátku profese jedinec pro práci nadchne. Postupně se vytrácí při kontaktu s potížemi, realitou, překážkami. Dříve nebo později se začne ztrácet smysl profese i důvěra ve vlastní vložky.

**Workoholismus** je definován jako závislost na práci a je srovnáván se stavem drogově závislého. Člověk se pro práci naprosto nadchne, úplně ho pohltí. Jedná se o vnitřní nutkání, které nás podněcuje k práci, přičemž zapomínáme na cizí problémy. U osob, které pracují intenzivně, bez přestávky, bez odpočinku, vzniká syndrom vyhoření rychleji.

**„Teror příležitosti“** jasně ukazuje situace některých nadměrně aktivních lidí, kterým práce přibývá nezvladatelným způsobem ne proto, že by byli pomalí, ale protože s každým úkolem, který přijmou, se jim po určité době objeví několik dalších, které nemohou odmítnout pro jejich lukrativnost a z důvodu návaznosti na předešlý úkol. Neschopnost polevit pak po čase dovede zaměstnance také k syndromu vyhoření. V daném případě se jedná převážně o nedostatek řádu v životě a zhoršený kontakt s realitou, kdy zaostává časový odhad práce, kterou si nabral, a někdy i neschopnost odmítnout, říci ne.

Syndrom však nevzniká z pouhé přemíry práce a ztráty ideálů, velký podíl na tom má celá řada dalších skutečností. K již výše zmíněné neschopnosti říci NE dalším úlohám či odpovědnostem, patří neustálý tlak náročných úkolů po dlouhotrvající časový úsek, popř. osobní vysoké nároky, které konkrétnímu jedinci ztěžují schopnost podělit se o práci se spolupracovníky či podřízenými. Také snaha dosáhnout příliš vysokých mnoha cílů najednou po delší čas má na vzniku svůj díl. V neposlední řadě je nutné upozornit, že i dávání příliš rozsáhlé citové podpory po delší časový úsek hraje svou neopomenutelnou, značnou roli. (7)

### 3 KDE SE SETKÁVÁME SE SYNDROMEM VYHOŘENÍ

Řadí se sem jednak **soubor zaměstnání, v němž dochází k „vyhoření“** nejčastěji, jednak **konkrétní profese**, které jsou považovány za ty nejrizikovější, kdy je zaměstnanec v nepřetržitém kontaktu s druhými lidmi. A v poslední řadě **okolnosti pro burnout příznačné**, jako je vliv prostředí, pracovních podmínek a organizace práce.

#### 3.1 Příklady zaměstnání, kde se burnout vyskytuje nejvíce

Bylo to právě zdravotnictví, které jako první upozornilo na syndrom vyhoření, a to u zdravotních sester. Konkrétně u zdravotních sester pracujících v hospicích, tj v zařízeních, kde poskytují umírajícím pacientům paliativní péči (bolest tišící a základní životní funkce usnadňující činnosti). Stejně tomu bylo na odděleních onkologie v době, kdy na rakovinu umíralo poměrně vysoké procento pacientů a kdy účinnost terapie byla skutečně nízká. Třetí oblastí, kde je v rámci zdravotnictví výskyt syndromu vyhoření nejvyšší, byla oddělení intenzivní péče – JIP. Sestry pracující na pooperačních pokojích byly postihovány burnout syndromem taktéž. Nikterak lépe jsou na tom sestry na psychiatrii, nefrologii, neurologii, ale i na interně a obzvláště pak na koronárních odděleních. Syndrom vyhoření ale nepostihuje jen zdravotní sestry, ale také lékaře. Burnout je jedním z hlavních důvodů změny místa v zaměstnání ve zdravotnictví, případně úplný odchod ze zaměstnání. V USA se prokázalo, že v některých konkrétních zdravotnických oborech mění své místo a zaměstnání až 70% zdravotních sester ročně. (10)

I pracovníci sociálních služeb jsou častokrát v kontaktu s druhými lidmi v těžkých situacích, a to zejména sociální pracovníci, poradci sociálních služeb, sociální kurátoři, pracovníci vězeňské služby a policie. Schaufeli et al. (1993) na podkladě měření míry psychického burnout za pomoci dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI) - inventář psychického burnout, který sestavila Christina Maslachová, uvádí, že burnout postihuje 10 – 25% lidí, kteří jsou v pracovním nasazení s lidmi v tzv. sociálních povoláních. (1)



## 3.2 Přehled rizikových profesních skupin

Se syndromem vyhoření se nejčastěji potýkají lidé, jejichž náplní práce je pomáhat druhým. Mezi tato povolání patří:

- lékaři (pracující v hospicích, na odděleních onkologie, nefrologie, JIP – jednotky intenzivní péče, gynekologie, neonatální péče, ale i například zubní lékaři apod.);
- zdravotní sestry;
- další zdravotničtí pracovníci (ošetřovatelky, zubní laborantky, technici apod.);
- psychologové a psychoterapeuti;
- psychiatři;
- sociální pracovníci a pracovnice ve všech oborech;
- poradci v oblastech sociální péče (o děti, adolescenty, rodiny v tíživých situacích, vězně propuštěné na svobodu apod.);
- učitelé na všech stupních škol; (2)
- policisté, především v přímém výkonu služby;
- zaměstnanci v nápravných zařízeních pod vedením ministerstva spravedlnosti;
- novináři;
- sportovci;
- pracovníci pošt všeho druhu, zvl. pracovníci u přepážek a poštovní doručovatelé;
- dispečeri a dispečerky (záchranné služby, apod.);
- právníci, advokáti;
- profesionální funkcionáři (v oblasti státní správy, ale i v oblasti sportu či umění), manažeři a politici;
- informátoři a poradci;
- úředníci v orgánech státní správy, bankách a úřadech;
- za určitých okolností příslušníci ozbrojených sil (letectvo, armáda);
- duchovní a řádové sestry. (1)

### 3.3 Okolnosti pro burnout příznačné

Nejsou to jen specifické rizikové profese, kde více dochází k psychickému vyhoření. Jsou to i určité charakteristiky pracovního nebo životního prostředí, které k němu napomáhají, jako jsou např. **organizační podmínky**. Freudenberg ukazuje velice konkrétně na to, kteří pracovníci nejčastěji propadají těžkým organizačním podmínkám.

- lidé, kterým osobně jde o to, aby jejich práce byla úspěšná a dobrá;
- lidé příliš loajální, věrní tomu, co dělají;
- lidé, kteří jsou pro svoji práci nadšeni;
- lidé, kteří překypují energií a nadšením v povolání, které vykonávají;
- lidé co pracují nadměrně intenzivně;
- lidé, kteří se vzdali mnohého ve svém životě, aby mohli vykonávat svoji vysněnou práci stoprocentně a nic jim v tom nebránilo; (1)
- lidé, kteří se trápí myšlenkami, zda dělají všechno správně, zda mají splněno. „co bych měl dělat, abych to zlepšil?“;
- lidé, kteří neúspěch prožívají jako těžké zklamání ze sebe samých;
- lidé, kteří se považují za nenahraditelné;
- lidé, kteří svůj život žijí pouze v práci a nikoliv i mimo ní, nemají jiné zájmy kromě těch pracovních;
- a v neposlední řadě lidé, kteří nemají zatím tušení, že by mohli být postihnuti syndromem vyhoření. (3)

## 4 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Jestliže je syndrom vyhoření důsledkem nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní skutečností, je možné tento nepoměr snížit jednak ze strany jedince osvojením si základních metod hodnocení stresogenních případů a strategie zvládnání stresu, jednak na úrovni zaměstnavatele změnou jeho kultury a organizace. (7)

### 4.1 Prevence syndromu vyhoření na úrovni jednotlivce

Prevence na úrovni osobní představuje vytváření si systému zdravé sebe podpory. Jde o vytvoření příjemného osobního i pracovního života po stránce fyzické i duševní.

**Pečujte o sebe, odpočívejte.** Aby se člověk o sebe postaral, „musí mít rád sám sebe“. Naši pacienti potřebují, abychom je akceptovali, věnovali jim svou náklonnost. Podobný postoj potřebujeme získat i k sobě samotným. Pomáhající je tedy v jistém smyslu sobě samému nejdůležitějším pacientem. (3) Mít se rád, sám sebe přijímat, je skoro podmínkou stanovenou pro lidi pracující v pomáhajících profesích. A to z toho důvodu, že ten, kdo se nemá rád, energii dává, ale už ji nepřijímá nazpět. Kdo nemá rád některé své skutečné vlastnosti, nedokáže je přijímat a pochopit ani u svých klientů, dostává se do konfliktu. Zakladatel transakční analýzy Eric Berne tvrdil, že: „Člověk potřebuje několik pohlázení denně, jinak mu vysychá mícha.“ Pohlázením se má na mysli nejen tělesný kontakt, ale také ocenění sebe i druhých v psychosociální rovině. Pohladit nás může druhá osoba, ale především každý jedinec by měl umět „pohladit sám sebe“. To se nemusí hned pojmout jako rozmazlování, to je naplnění reálné potřeby. Do pečování o sebe se zahrnuje i udělat si radost, dopřát si masáž, koupel, zajít si na kosmetiku, ke kadeřníkovi. (7)

**Nezapomínejte na sebe.** Ošetřující personál se často naprosto oddá péči o nemocné klienty a pak zapomíná na sebe a zanedbává své potřeby. Nikdy nezapomínejte na správnou životosprávu, dostatek spánku, relaxaci, také na sport nebo jiné pohybové aktivity a oddech. **Starejte se o sebe.** Udělejte si čas sami na sebe, nepřeceňujte své síly, aby vás péče zcela nevyčerpala, hledejte informace a přijímejte rady v okolí, zejména od těch zkušenějších, a pamatujte na to, že jste důležití. (12)

**Požádejte o pomoc, tam kde vaše síly nestačí.** Člověk, který se rozhodne pro povolání „pomáhající profese“, by si měl být vědom, že bude neustále pod psychickým

tlakem. Například v ošetrovatelství nemůže tak snadno pracovník eliminovat pocit spoluprožívání, která bývá součástí pomoci nebo léčby pacienta. (3) Ošetřující personál sice musí být empatický, mít kladné osobnostní a povahové předpoklady jedince, které zastupují prototyp povolání pomáhající profese, ale na druhé straně se musí naučit říkat NE a dodržovat určité postupy, jelikož každý jedinec má odlišné hranice únosnosti, hranice svých možností, které nesmí překročit. Měl by také vědět, že říct si o pomoc není selháním, ale naopak projevem důvěry v druhého. (7)

**Mezilidské vztahy.** Mít na blízku osoby, o které se můžeme opřít a požádat je o pomoc, je velmi důležité, pomohou nám v těžkých situacích, dokážou nám naslouchat a poradit. Pro některé pečující zaujímá nejsilnější zásobárnu pomoci rodina. Sdílejte své problémy, nenechávejte si je pro sebe. (3)

**Sebepoznání a sebehodnocení.** Je zde vztah mezi poznáním sebe sama, vztahu k nemocným pacientům a porozuměním rozdílů v jejich chování. Sebepoznávání je neustálé uvědomování si kladných vlastností, schopností, nedostatků, ale také vlastních pocitů, a to za každé situace, ve které se ocitneme. Tento proces lze podpořit například metodou deníku, do nějž si pravidelně zapisujeme nejen zážitky, ale také myšlenkové pochody či postřehy vlastní i postřehy našeho okolí. (13)

Na základě sebepoznávání dochází u jedince během života k sebehodnocení. Pozitivní sebehodnocení zvyšuje sebedůvěru, přináší kladný pohled na svět, k dobrému fyzickému a duševnímu stavu, k vyššímu výkonu, k silnějšímu snažení (námaze) při zdolávání překážek. Sebepoznávání a sebehodnocení nám umožňuje lépe se přizpůsobit a zvládat náročné životní situace. Ve chvílích, kdy se ocitneme v náročných situacích, se teprve o sobě dozvíme více. I ze stavu vyhoření, kterým jsme si prošli, se o své osobě dozvíme více, a to o svém způsobu reagování, o své odolnosti vůči stresovým situacím, o svých možnostech, ale i hranicích, kam už je lepší se nedostat. (3)

Podobné to je, když chceme poznat druhého člověka. Toho poznáme hlouběji teprve poté, co máme možnost vidět ho v náročných situacích a pozorovat, jak je řeší. Jak vyřkl Wilian Shakespeare: „*Když bylo moře klidné, kdo byl kapitán? To se poznalo, až když zuřila bouře.*“ (13 str. 62)

**Osobní život, přátelé, koníčky.** Nezapomínat na svá hobby a přátele je důležitou součástí uvědomování si, stejně jako umění rozdělit si čas pro práci a čas pro svůj osobní

život. Ztrátou zájmů jsou především postihnuty ženy, které se angažují v rolích matek a manželek. Omezení či odsunutí svého soukromého života, přátel i svých koníčků se většinou dostavuje na počátku zahájení pracovní kariéry a vzestupu. Zdravotník je svým povoláním nadšen, chce předčít své kolegy, trhnout rekordy a zapsat se na pracovišti jako ten „nejlepší pracovník“. Velké nadšení a angažovanost ze strany osobního přístupu, v kombinaci se zajímavou, popř. lukrativní prací a třeba i vynikajícím kolektivem (spolupracovníky), může zapříčinit změnu v žebříčku hodnot a posunutí práce a pracovního života nad život osobní. Tímto způsobem prožívaná práce emočně nasytí a tím dává potřebu sebeuspokojení, užitečnosti a sounáležitosti s druhými lidmi.

Pro každého jedince je ale také nezbytnou součástí života naplnění pozitivními pocity v soukromí. Teprve uspokojivé zázemí, kde nás mají rádi, kam se s radostí vracíme a kde se cítíme bezpečně, se může stát zdrojem naší životní energie, ze které můžeme čerpat, i když už v zaměstnání idealistické nadšení neprožíváme a návratnost našich vynaložených investic nad „zisky“ není dostačující. Pro většinu dospělých jedinců je důležitá také kvalita vztahu, včetně sexuálního života. Neměli bychom tedy zapomínat na dobré a kladné vztahy nejen s kolegy na pracovišti, ale i se svými známými, přáteli a rodinnými příslušníky, kteří nám mohou také poskytnout útěchu v obtížné situaci.

Také pěstování osobních zájmů a zálib vnáší do života radost, pozitivní energii, relaxaci a uspokojení. Člověk, který se věnuje svým koníčkům, má pochopení pro druhé v pěstování hobby a zájmů. Často kvůli časové vytíženosti vynecháváme a zapomínáme na své koníčky a to se nám mnohdy nevyplácí. To, co děláme s potěšením a sebeuspokojením, je zdrojem našich emočních zážitků a energie.

**Nenoste si práci domů, práce patří do práce.** „V pomáhajících profesích“ se potkáváme a vždy potkávat budeme s náročnými životními situacemi pacientů, s těžkými lidskými osudy. V ošetrovatelství se jako každý správný pracovník snažíme být co nejvíce empatickými. Jakmile soucítíme s druhými, vžíváme se do jejich pocitů, je pro nás potom obtížné zanechat problémy na pracovišti s koncem pracovní doby. Pro ty, kteří mají s tímto přerušením „nitek“ problém, existuje jednoduchá rada najít si nějakou pomůcku, která nám pomůže navodit myšlenky klidné, z pracovního prostředí nás přeladí na domov, jenž je pro nás symbolem klidu, odpočinku a bezstarostného života.

**Pomáhá dobrá tělesná kondice.** Sportovní nebo jiné pohybové aktivity (turistika, procházky se psem, jóga, tanec aj.), zdravá výživa, dostatečný spánek, relaxování,

pravidelný denní režim, to vše jsou doporučení lékařů, která jsou známá již odnepaměti. Pokud nebudeme respektovat a žít dle alespoň několika znějících doporučení, naše tělo i duše se dříve nebo později ocitne na vedlejší koleji. Naše tělo je zdrojem naší energie, bohužel ne všichni s ní umí hospodařit. Únava je popisována jako jeden z hlavních příznaků vyhoření, má často svoji příčinu v nedostačujícím spánku, popř. nekvalitním, přerušovaném. Odpočívat a relaxovat musíme, když se cítíme unaveni, a ne v momentě, kdy si na relaxování uděláme čas. Relaxační techniky jsou techniky, které po jejich zvládnutí umožní navodit stav tělesného a psychického uvolnění. **(Více relaxační techniky viz v kapitole 6) (7)**

**Každý člověk má své potřeby,** touhy, sny, přání, ambice, které se během našeho života mění v závislosti na věku a zkušenostech. I přesto je důležité umět si je pojmenovat, postupně naplňovat a tím předcházet vyhoření. (3)

**Závěrem,** význam profese zdravotní sestry řadí se do „pomáhajících profesí“ není zcela jasný. Patří sem především poskytování pomoci druhým, přičemž zpětná vazba, informace o úspěšnosti jejího působení, není vždy dosažitelná (např. u pacientů s psychickým onemocněním, poruchami vědomí, umírajících). Skóre profesionální činnosti sestry, popř. ošetřovatelky, je málo zřejmé a má povahu spíše výhledové perspektivy. Dosah uskutečněné práce je prakticky nevyčíslitelný, sledujeme ji právě proto nedostatečně oceněnou. Pracovní úspěch není hodnocen po stránce finanční, nýbrž osobní, měří se morálními a duchovními hodnotami, i z tohoto důvodu mohou sestry vyhořet. (3)

## **4.2 Prevence syndromu vyhoření ze strany organizace**

Předcházení syndromu vyhoření u zaměstnanců je projevem zájmu organizace o podřízené, ti pak neztrácejí svoji výkonnost a sebedůvěru. Pacientům se díky tomu dostává vlídné, zaujaté péče lidí, kteří práci nepředstírají, ale naplno ji prožívají, jsou plni energie, nejsou podráždění, nevrlí a citově labilní.

Vzhledem k tomu, že se syndrom vyhoření promítá i do postojů a způsobů chování související s výkonem pracovní činnosti (absence, předčasné odchody, snížené pracovní nasazení, vyšší nemocnost aj.), má i ekonomické důsledky.

Vedoucí zaměstnanci mohou bojovat proti vyhoření u svých podřízených znatelně, a to formou sociální opory. Myslíme tím převážně opory poskytované stejně postavenými

spolupracovníky. Z tohoto důvodu sledujeme jako důležité doporučení vedoucím pracovníkům podporu týmové spolupráce. (7)

**Prevence syndromu vyhoření, za které by měl převzít zodpovědnost zaměstnavatel nebo alespoň umožnit jejich realizaci, a to formou:**

- jasně stanovené poslání organizace a metod práce, s nimiž se nastupující zaměstnanec důkladně obeznámí;
- jasné vymezení profesionální role pracovníka a náplně práce;
- existence systému zácviku nových zaměstnanců. možnost využít odborného poradenství poskytovaného zkušených profesionálem ve vlastní instituci nebo někde jinde mimo ní;
- kvalitní zaměstnavatelé. jsou jak nadřízení, zaměstnavatelé, kteří nás dokážou pochválit za kvalitně odvedenou práci. někteří zaměstnavatelé v rámci instituce (organizace) podporují účast svých zaměstnanců na vzdělávacích programech osobního rozvoje a podpory dalšího vzdělávání pracovníků;
- průběžná supervize jako nástroj prevence syndromu vyhoření;
- případové konference v jedné organizaci nebo se spoluprací zaměstnanců několika spolupracujících organizací;
- omezení počtu případů, s nimiž je jeden pracovník v kontaktu během určité doby;
- nasazení většího počtu pracovníků v náročných programech se skupinami klientů;
- organizování programů, při nichž se klienti podívají do jiného prostředí, jako jsou např. pobyty v přírodě) a personál při nich může nalézt ukryté charakteristiky;
- zmírnění administrativní zátěže spojené s prací s klienty;
- zkrácení pracovního úvazku;
- kombinace přímé práce s klienty s jinými činnostmi, jež nezahrnují přímou práci s klienty. (14)

Každá organizace poskytující sociální služby dle **zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění**, má písemně zpracované standardy kvality, kde jsou mimo jiné uvedena určitá kritéria, jež zahrnují problematiku prevence syndromu vyhoření.

Poskytovatel má písemně zpracován postup pro pravidelné hodnocení zaměstnanců, který obsahuje mimo jiné také potřeby další odborné kvalifikace. Poskytovatel má písemně zpracován program dalšího vzdělávání zaměstnanců a systém výměny informací mezi zaměstnanci o poskytované sociální službě. Dále má písemně zpracován systém finančního a morálního oceňování zaměstnanců, dále zajišťuje podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka, kterým bývá většinou supervizor. (15)

#### **4.2.1 Povinnosti zaměstnavatele**

Několikrát bylo řečeno, že stres je důsledkem nesouladu mezi požadavky, které na zaměstnance dopadají, a možnostmi jejich řešení. Co zaměstnavatel ze zákona musí dělat, uvádíme dále. Zcela přesný soupis toho, co by měl nebo musí zaměstnavatel dělat, aby předcházel vzniku syndromu vyhoření u svých zaměstnanců, není, ale specifická kritéria a závazky, která musí zajistit, jsou zakotveny v samotném zákoně.

**Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, Hlava IV., čl. 28 – Zaměstnanci mají právo na spravedlivou odměnu za práci a na uspokojivé pracovní podmínky.** Detailněji pak dále upravuje **Zákon práce – § 35, odst. 1 písm. a)** - např. **Hlava VI., oddíl 1.** pojednává o **Péči o zaměstnance.** (5)



## 5 STRES A DEPRESE PŘÍBUZNÉ JEVY BURNOUT

Syndrom vyhoření doprovází celá řada příznaků, které jsou ale dost obecné. Právě proto jej lze, hlavně v jeho prvotní fázi, jenom velmi těžko rozeznat. Jeho příznaky se podobají jiným emocionálním stavům, jako jsou deprese a stres. (11)

### 5.1 Podobnost se stresem

Stres se často vymezuje jako skutečné ohrožení homeostázy. Běžně se o stresu hovoří jako o sledu událostí, které obvykle způsobují reakci v podobě špatného stresu, ale někdy také jako o vyostřené situaci, která vyvine v organismu zdání pozitivní nálady, „dobrého“ stresu. Odborný výraz „stres“ se většinou využívá ve významu působící události, tedy stresoru, nebo ve smyslu odpovědi na tuto událost, stresové reakce. (16)

Hanse Selye uvádí definici: „ *Stres je nespecifická odpověď organismu na jakýkoliv požadavek, který je kladen na organismus.*“ Stres je tedy nespecifickou reakcí jedince na působení zevních vlivů, tzv. na stresory. Tyto stresové faktory mohou být jak negativní a nepříjemné, tak i naopak. Hans Selye definoval stres jako nespecifickou reakci – všeobecný adaptační syndrom (GAS). Proces, který tak nazývá, je výsledkem toho, že stres slouží ke znovuzískání vnitřní rovnováhy narušené vnějšími vlivy (stresory). Proces se skládá ze tří částí, a to z poplachové fáze, z fáze resistance a z fáze vyčerpání. **Poplachová reakce** je první odpovědí na působení stresoru. Jestliže je jedinec i nadále vystaven stresové situaci, pak poplachovou reakci vystřídá druhá fáze obecného adaptačního syndromu, a to stadium **resistance**. Jestliže expozice zraňujícího stresoru je příliš dlouhá, dosáhne se stupně, kdy organismus není schopen již resistance. Poté přichází konečná fáze ve změnách spojených se stresem, a to fáze **vyčerpání**. (17)

**Nesmíme zaměňovat pojmy syndrom vyhoření a stres.** Burnout je projevem dlouhodobého a nadměrného stresu. Stresové faktory coby spouštěče tedy hrají při vzniku burnout syndromu zásadní roli. Například z průzkumu německé zdravotní pojišťovny Techniker Krankenkasse z roku 2009 vyplývá, že si každý třetí Němec stěžuje na problémy s chronickým stresem. To ale neříká, že každý třetí jedinec je postihnut „vyhořením“. (11)

Pokud se stres stane chronickým, může se dostavit únava, deprese, a to především, dostane-li se jedinec do fáze vyčerpání. Stresor odpovídá opakujícím se a chronickým

situacím, jakou jsou například pracovní přetížení, nevyhovující pracovní prostředí nebo soutěživost. Velmi často tak kvůli těmto situacím dochází u „postiženého“ k funkčním poruchám, trávicím obtížím, migrénám, kožním onemocněním, alergiím. (18)

Stresory, jež podníčí chronický stres, můžeme rozdělit do několika základních oblastí.

- fyzické stresory (např. nadměrný hluk, radiace, přemíra podnětů, hlad);
- psychické stresory (např. časová tíseň, deadlines, příliš vysoké či nedostatečné vytížení, nesplněná očekávání, mnoho změn během krátké doby); (11)
- sociální stresory – jde zejména o špatné osobní vztahy (konflikty, nevěra, zklamání), traumatizující události (ztráta blízké osoby, únos, znásilnění, rozvod, ztráta zaměstnání, ztráta životní role).

### **5.1.1 Stresující faktory při práci se seniory**

Lidé pracující v přímé péči o osoby se specifickými potřebami (seniory) podléhají specifickým stresovým faktorům (stresorům), které se při vzniku stresu mohou projevit silněji než v jiném povolání. Mezi tyto stresory patří pocit velké odpovědnosti, nevyjasněné pravomoci, vztahy mezi lidmi a genderový aspekt (v „pomáhajících profesích“ se častěji pohybují ženy jako pracovnice v přímé péči). (19)

Lidé, kteří si vybrali jako své povolání pomáhat druhým, v našem případě skupině seniorů, mají velice těžký úkol. Je to práce, která je jedna z nejnáročnějších vůbec, neboť spojuje několik profesí najednou.

V pobytových zařízeních je důležitým krokem navázat vztah se všemi pacienty. Abychom tohoto vztahu docílili, je zapotřebí ze strany ošetřujícího personálu velké dávky vůle a profesionálního jednání, což emocionálně „vysává“. Navázat tento úzký vztah není vůbec jednoduché, chce to čas jak ze strany pracovníků, tak ze strany seniorů. Úzce spjatý kontakt je však častokrát předčasně ukončen úmrtím klienta nebo kvůli zhoršujícímu se zdravotnímu stavu jeho převozem do jiné zdravotnické instituce. V tento moment musí být pracovník otrlý, sehrávají zde důležitou roli jeho osobnostní předpoklady i emocionální složka. Je lepší zůstat chladnějším a uvědomit si, že tak to na světě chodí a my to nemůžeme změnit. (20)

Pokud budeme k seniorům přistupovat s tímto mírným odstupem, můžeme zmírnit dopad působení stresorů, mezi něž v pobytovém zařízení pro seniory patří zejména úmrtí pacientů, zhoršení jejich zdravotního stavu, vnímání bolesti a utrpení, nezáměr rodiny o seniora, nespokojenost klientů, neocenení pracovního výkonu jak ze strany pacientů, tak ze strany rodiny, tělesná náročnost práce, nedostatek času pro jednotlivé klienty a v neposlední řadě také nedostačující finanční ohodnocení, malá a nekvalitní podpora od zaměstnavatele a špatné kolegiální vztahy na pracovišti. (15)

Jestli v nás jmenované stresory při vzájemném působení vyvolají chronický stres, záleží na našem zhodnocení situace, našich schopnostech se s touto situací vypořádat, síle a trvání působení stresových faktorů. Zhodnocení zvládnutí reakce na stresové podněty je silně individuální. (13)

## **5.2 Podobnost s depresí**

Světová zdravotnická organizace se sídlem v Ženevě (WHO) uvádí, že deprese je poměrně nejrozšířenější nemocí na světě.

Člověk v depresi pocítuje řadu nepříjemných pocitů. Cítí se opuštěný, unavený, vyčerpaný, smutný, nespokojený, nešťastný atp. Zdá se mu, že mu lidé nerozumějí. A okolí ho pro změnu považuje za člověka, kterému je všechno jedno, nic ho nezajímá, je lhostejný, nespolečenský, nemluva a netečný. Je to bludný kruh, z něhož pro deprivovaného není úniku, neboť nenalézá ve svém okolí pochopení, a proto se propadá do ještě větší propasti a samoty. Deprese není ojedinělý jev. Většina populace má zkušenost s tímto jevem. Prokázalo se, že ženy jsou více náchylné k propadům do depresivních stavů než muži. Počet jedinců v depresi se neustále zvyšuje a zároveň je patrné, že se snižuje věková hranice postižených depresivními stavy. Poukazuje se na souvislost mezi výskytem deprese a způsobem života v dnešní moderní a uspěchané době.

Mezi hlavní příčiny deprese patří nedostatek spánku, nedostatek pravidelného a dostatečného pohybu a přepracování a vyčerpání nadměrnou prací.

I deprese se však dá léčit, většinou pomocí psychoterapie, která se užívá v lehčí fázi deprese. Farmakoterapie se užívá jen v krajním případě těžkého stavu deprese. Pacient by farmaka (v tomto případě antidepresiva) však neměl užívat bez konzultace s odborníkem, který sám nejlépe rozezná fázi deprese a je kompetentní k volbě vhodné léčby. Nutno

podotknout, že antidepresiva předepsaná lékařem nejsou návyková, na rozdíl od těch, které si většinou deprivovaný zvolí sám (diazepam aj.). (21)

**Rozdíly mezi vyhořením a depresí.** Symptomy vyhoření a depresivních stavů se částečně překrývají a existuje mezi nimi řada podobností. Skutečnost je taková, že v konečném stadiu se burnout od deprese odlišuje jen velmi těžce. Vyhoření se podobá depresi příznaky, jako jsou lhostejnost, sklíčenost. I přes společné znaky, jako je beznaděj, bezmoc a nespokojenost, se citové vyčerpání od deprese liší. (11) Jak již bylo zmíněno výše, vyhasnutí je psychosociální pojem, deprese klinický. Při diagnostice deprese se lékař zaměřuje na minulost postiženého. V případě léčby vyhasnutí se pozornost upíná na aktuální situaci. Vyhoření je depresemi často doprovázeno, avšak deprese nejsou trvalé a nepostihnou všechny oblasti života postiženého. (9)

## 6 MENTÁLNÍ HYGIENA A SUPERVIZE V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

*„Nejde jen o odbornost a kvalitu práce zdravotní sestry, ale i o kulturu jejího života a celého zdravotního prostředí.“ (Kód ANA – American Nurses’ Association Společnost amerických zdravotních sester).*

Podle Libora Míčka: *„Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení, nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.“* (22 str. 9) Psychohygienu má za cíl upevnění zdatnosti mentálního zdraví a odolnosti vůči nejružnějším škodlivým dopadům. Základním pojmem mentální hygieny je pojem duševní zdraví jako žádoucího stavu, jež je výsledkem vědomého nebo nevědomého dodržování zásad duševní hygieny. Dalším pojmem je správná adaptace, která je procesem, jímž se dosahuje duševního zdraví. Průběh adaptace je někdy ovlivňován stresory, tj. podněty, které přinášejí zvýšenou zátěž (stres). (22)

Problémem psychického stavu ošetřujícího personálu se zabývala doktorka Sheila Cassidy, známá dvanáctiletou péčí jak o pacienty v jednom z prvních hospiců v Anglii, tak právě o zdravotní sestry, ošetřovatelky a všechny další zaměstnance. Předcházet problémům s psychikou se snažila zlepšením vzájemných vztahů mezi lidmi na náležitém oddělení a přístupem jednotlivce k sobě samému. (23)

### **Níže jsou zmíněny rady pro pečovatelky v rámci prevence burnout:**

- Buď vlídná a laskavá k sobě samé.
- Uvědom si, že máš za úkol pouze napomáhat změnám, ne měnit celý svět. Změnit můžeš jen sama sebe, nikoliv druhého člověka.
- Vyhledej si své místo klidu, kde se můžeš uvolnit a načerpat energii.
- Poskytuj druhým lidem, svým kolegům na oddělení, oporu, neboj se je pochválit, byť i za pouhou drobnost, a nauč se totéž i přijímat.
- Smiř se s faktem, že v situaci, v níž jsi, jsou přirozené i pocity beznaděje. Uvědom si, že se dennodenně ocitáš tváří v tvář smrti, přinejmenším utrpení a bolesti.
- Pokus se sám sebe odměnit za své pracovní úsilí nějakou drobností, hlavně se vyhnout stereotypu.

- Pokus se rozeznat, jaký činí rozdíl mezi dvěma odlišnými způsoby naříkání, mezi tím, které ještě více zapříčiní zhoršení stavu nemocného pacienta, a tím, které utrpení a bolest utiší.
- Při odchodu ze zaměstnání, na cestě domů, se zamysli nad úspěšným jednáním dne, co se ti v den povedlo, přineslo něco dobrého a uměj se z toho radovat (užij si ten pocit).
- Sám sebe nepřetržitě povzbuzuj za každou maličkost, která se ti povede a vnese do práce něco nového, co by změnilo stereotypní, bezmyšlenkovité jednání. Buď kreativní a dělej tvořivě. (13)
- Využívej opakovaně pozitivního vlivu přátelství, kolegiálního jednání na pracovišti i ve vedení jako zdroje sociální opory a jistoty.
- Ve svém volném čase nikdy neprobírej pracovní záležitosti. Ani při polední pauze, snaž se vyhýbat pracovním činnostem v rozhovoru a zamysli se nad něčím hezkým, u čeho se dokážeš zrelaxovat, klidně poslechem hudby nebo četbou.
- Naplánuj si dopředu „chvilu úniku“ během týdne (jak plyne týden, jak týden „běží“). Nedovol, aby ti kdokoliv tuhle radost narušil.
- Nauč se spíše říkat „rozhodla jsem se“, zní to lépe jak „musím“. Stejně tak se nauč říkat „nechci“ než „nemohu“. Tímto způsobem vedená osobní řeč k sobě samé pomáhá.
- Nauč se říkat NE. Někdy je účinnější odmítnout, než za každou cenu vyhovět, když už nemáš síly, jaký pozitivní výsledek potom asi tvá práce odvede.
- Uvědom si, že nejsi všemohoucí. Jakmile se stáváš apatickým a zdrženlivým, už je to pokročila známka „vyhoření“. Lepší bude si připustit fakt, že více, než děláš, se už prostě vykonat nedá.
- Raduj se ze života, hraj si a směj se, protože smích léčí. (4)

Jedním z nejefektivnějších opatření v prevenci proti syndromu vyhoření je i umět **hospodařit s časem**. To nás učí právě mentální hygiena např. formou odlišení důležitých věcí, co nepočkají, od těch méně důležitých. Přičemž nejvíce času si vyčleníme na nejdůležitější věci a opačně na méně důležité věci věnujeme jen minimum času. Za zmínku stojí upozornit, že je důležité se na každou činnost dívat z hlediska její hodnoty. Vědomě si řídme výdej času, jelikož náš čas je vzácný dar. (23)

V rámci prevence se dají využít také **relaxační techniky**. Svou hodnotu v rámci duševní hygieny mají chvíle zamyšlení – **meditace**, tedy chvilkové zamyšlení, kdy tématem zamyšlení může být i to, s čím se v životě momentálně setkáváme. Meditování může přinést moudrou radu lidem v nouzi. Dalším formou uvolnění je **relaxace**, v první řadě uvolnění svalů, v širším slova smyslu i uvolnění všech napětí. Jsou známy určité metody relaxačního cvičení, jako je **Schultzův autogenní trénink**, jehož základem je fyziologická seberegulace. **Jacobsonova** forma relaxace, **jógová cvičení dechu**, kdy jóga pracuje s fyziologickým pozadím stresu. **Hypnosuggestivní metody a hypnóza** se používají v léčbě stresu v osobním přístupu, který je specifikovaný více kognitivním způsobem. Další relaxační technikou je **nácvik zvýšení odolnosti vůči stresu**, který je součástí systému technik léčby stresu v rámci KBT. V rámci celkové léčby stresu je nezastupitelné i využití **hudby, aerobního cvičení a farmakoterapie**. (8)

## 6.1 Supervize

V poslední době se o supervizi hovoří převážně v souvislosti s osobním a pracovním rozvojem zaměstnanců. V některých institucích je pravidelná supervize běžnou součástí profesní náplně pracovníků. V jiných organizacích se s procesem zavádění supervize do praxe seznamují jak ředitelé, tak další zaměstnanci. Supervizi lze považovat za jednu ze stěžejních forem odborné přípravy a prostředek k soukromému a odbornému růstu v rámci profese. Supervizní shledání je vyvíjející se proces, který umožňuje reflexi, emoční ošetření, podporu, kontrolu a odborné řízení. Jde o využití a rozšíření možností práce a zároveň nástroj prevence syndromu vyhoření. (15)

Podle všeobecně uznávaných názorů na příčiny vyhoření toto vzniká jako důsledek interakce osobních a institučních faktorů, které vyplývají z hádek, nepokojů a disharmonie mezi jedinci a jejich pracovním prostředím. Diskuze o důvodech vyhoření ukazují, že supervize prokazuje stěžejní roli při ochraně před těmito faktory. Empirické výzkumy ukazují, že sociální podpora představuje neodmyslitelný element účelné obrany proti vyhoření. Mnoho studií se sice zaměřuje na veškerý personál, ale specifikuje se na význam a roli supervizora. Individuální a skupinová supervize i supervize spolupracovníků přidávají k náladě, která uspěje v potlačení tlaku rolí. (9)

Prioritou supervize je odborný vývoj pracovníka. Ošetřuje převážně rozšiřování a získávání nových dovedností, pomoc při řešení nesnadných situací, překonání emočně

obtížných, stresujících situací a vzdělávací funkce, převážně u studentů a nově zaměstnaných pracovníků. Supervize je setkávání se za účelem reflexe zážitků a zkušeností z práce s klienty. Napomáhá k profesnímu růstu zaměstnanců. Vyčleňuje prostor zaměstnancům pro ventilaci emocí a zkušeností, hledání nových pohledů a nápadů. Etickým kritériem je prospěch pacienta. (20)

O supervizi práce pomáhajících profesí se v České republice nemluví dlouho, tento pojem se v podstatě rozšířil až v posledním desetiletí. Od 80. let 20. stol. jsou také do praxe zahrnuty balintovské skupiny jako supervizní systém původně pro praktické lékaře. Supervize je ale ještě velmi často přijímána s rozpaky, nedůvěrou, obavami, strachem z dozoru. Převážně jako cíl bývá považováno vyhledání chyby supervidovaného, její odhalení, pojmenování a odstranění. Poté se soustředí na vytyčení nedostatků v práci, postojích a přístupu zaměstnance nebo i týmu. (24)

Za supervizi se považuje shromáždění pracovníků (jednotlivci, skupiny nebo týmy) se supervizorem. Ošetřující personál zde vede rozhovor o situacích, který zažívá ve své praxi. Rozhovor je směřován k negativním zážitkům, postojům, kam patří přímý kontakt s nemocným pacientem. Probírají se také vztahy na pracovišti mezi kolegy, s vedením, s nadřízenými, organizační neshody, které mají negativní dopad na vztah lékař - pacient. Obsahem supervizí může být také kazuistika těžkého případu. Nejedná se zde pouze jen o zvolení správného postupu péče, ale spíše o přiznání si obav a pocitů, o reflexi vlastního chování a přístupu k nemocným pacientům. **Supervizor nabízí pohled zvenčí, přináší své zkušenosti, doporučení.** V těžkých případech poskytuje pracovníkovi podporu, posiluje jeho pracovní kompetence, přináší mu podnět pro nové metody, případně i popud k dalšímu vzdělávání. (3)

V otázkách psychohygieny pomáhajících pracovníků představuje podstatnou roli supervize. Zaměstnanci by měli mít jasně definované postupy práce a možnosti o ní nepřerušovaně hovořit jak se spolupracovníky, tak s vedením.

### **6.1.1 Kdo supervizi provádí?**

Supervizor je profesionál, který nabízí spolupráci na úrovni dvou kolegů, rovnocenných partnerů. Může účinkovat jako rádce, školitel, průvodce náročnou situací nebo případem, jako ochránce nebo zdroj pomoci a opory. V anglickém překladu pojem supervize znamená dohled, což přináší dojem dozoru. Tento doslovný překlad je však nepřesný, neboť v úvahu přichází spíše pojem nadhled, který může přinést kolega v roli



supervizora. (20) Úkolem supervizora je pomoci supervidovanému cítit, že je ceněný a chápaný, přijímaný, přičemž jedině za takového předpokladu očekáváme, že se bude cítit v bezpečí a bude si vážit sám sebe a svých schopností a dovedností. (15) **Supervizor** by měl být důvěryhodný, mít přirozenou autoritu vyplývající z jeho chování a výsledků spolupráce. Předpokládá se, že je to zkušený odborník. **Intervizor** je zaměstnancem organizace, většinou přímý nadřízený, v níž supervizi provádí. V rozhovoru o konkrétní situaci sděluje odborné připomínky, nápady, postřehy a podporu. (24) **Externí supervizor** není zaměstnancem instituce, v níž se supervize koná, přichází odjinud, což mu umožňuje široký záběr. (7)

### 6.1.2 Formy supervize

Ve zdravotnických zařízeních probíhá nejčastěji supervize týmová. To však neznamená, že by se nemohla vyskytnout jiná forma. Bohužel jsou často schůzky pořádány jen pro jedinou pracovní skupinu. Setkání probíhá za účasti týmu zdravotních sester a lékařů. Ukázkovou situací bývá přítomnost týmu zdravotnických pracovníků jednoho oddělení.

**Týmová supervize** je směřována pro celý tým, je konkretizovaná na spolupráci v týmu, zdokonalení efektivity (účelnosti) práce a komunikaci (spojení) jednotlivých členů týmu. Zásadní je stanovit, zda bude přítomen některý ze členů vedení, např. staniční sestra, ošetřovatelka.

**Skupinovou supervizi** se myslí shledání zaměstnanců, kteří se pohybují profesně s obdobnými klienty, v obdobných zařízeních. Nejčastěji probíhá balintovská supervize (kazuistická). Cílem je profesionální vzrůst, osvojení si nových dovedností formou praxe a také vědomostí. Nevyžaduje se, aby skupina byla složena týmem jednoho pracoviště (okruhu, obvodu). Lze utvořit skupinu ustálenou, přínosem je rozvoj vztahů mezi členy navzájem, možnost opatřit si podporu (subvenci), nové informace. Skupina je tvořena 8-12 příslušníky (elementy). Je nezbytné dopředu stanovit záměry (ideály), obsah (význam) a formální požadavky na supervizi.

**Individuální supervize** se ubírá směrem strukturovaného rozhovoru mezi jedním zaměstnancem a supervizorem. I tato forma supervize je orientovaná pouze na profesní problematiku pracovníka. Ve zdravotnictví a ošetřovatelství se zmiňovanou verzí setkáváme spíše u doktorů a psychologů. Sestry se přiklánějí k této formě např. při vylíčení mimořádného, vážného zážitku, kam patří napadení klientem. (3)

### 6.1.3 Balintovská skupina

Tzv. balintovské skupiny jsou jedním z příkladů supervize, které se zabývají vztahem zdravotník versus pacient. Poukazuje se při nich jak na těžkosti klienta, tak na těžkosti zdravotníka informujícího o události společné práce. U nás je ve zdravotnictví tato systematická metoda známá od počátku 80. let. (7)

### 6.1.4 Supervizní zakázky v domovech pro seniory

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost především z důvodu věku a jejichž případ vyžaduje opakovanou pomoc jiné fyzické osoby. (15)

Čím je soběstačnost a aktivita starého člověka více omezena, tím více je třeba věnovat zvýšenou pozornost i rodině, kde se starý člověk v péči nachází. Dlouhodobě pečující rodinný příslušník je ohrožen syndromem vyhoření stejně jako odborník. Pečovatelská zátěž je dnes měřitelná veličina, kterou je třeba u základních pečovatelů sledovat a věnovat jí ze strany specialistů stejnou pozornost jako nemocným, starým lidem samotným. (25)

Při supervizích patří problém spolupráce s rodinnými příslušníky k nejčastěji zkoumaným problémům sociálních pracovníků v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných i **v domovech pro seniory**. (25) V pobytových zařízeních se supervidování nejčastěji zabývají případovou supervizí, kdy specifická témata se týkají klientů a péče o ně. Jiná témata se týkají nejistoty při aplikaci hodnot a produkce pravidel podle standardů kvality, řešení specifických profesních nebo vztahových případů, komunikace uvnitř instituce, týmové spolupráce aj.

Nejčastějšími tématy v supervizi jsou ze stran supervidovaných zmiňovány např. strach z nedostatku sil a praxe při přímém kontaktu se smrtí pacienta, nedostatek času na jednotlivé klienty, ztráta smyslu práce, rasistické smýšlení ze strany klientů, nedostatečné vymezení mantinelů apod. (15)

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

## **7 CÍLE PRÁCE**

Prvním cílem jsme si stanovili zjistit stupeň vyhoření u respondentů pracujících v přímé péči v domovech pro seniory v ČR (Plzni). Naším druhým cílem bylo zjistit stupeň vyhoření u respondentů pracujících v přímé péči v domově pro seniory v SRN (in Waldmünchen). Ve třetím cíli jsme srovnávali stupeň vyhoření v souboru dotazovaných osob v ČR (v Plzni) a v zařízení v SRN (in Waldmünchen). Jmenované první tři cíle jsou za každou jednotlivou oblast (EE, DP, PA). V posledním čtvrtém cíli zjišťujeme, zda je v zařízeních uplatňována prevence syndromu vyhoření formou možnosti konzultace s psychologem na pracovišti osobám v přímé péči, a konáním supervize.

## 8 HYPOTÉZY

**K prvnímu cíli** byly stanoveny **čtyři hypotézy**, kdy každá hypotéza je zvlášť za každou jednotlivou oblast (EE, DP, PA) MBI dotazníku. V první hypotéze předpokládáme, že ohroženo bude maximálně 20% dotazovaných osob. V druhé hypotéze předpokládáme, že stupeň vyhoření bude vyšší u mladší věkové kategorie. Ve třetí hypotéze se domníváme, že stupeň vyhoření bude vyšší u osob, které jsou zaměstnány v zařízení méně než 5let. V poslední čtvrté hypotéze se domníváme, že riziko syndromu vyhoření bude vyšší u osob, které pracují na směnný provoz.

**K druhému cíli** jsme zařadili jednu hypotézu. Předpokládáme, že ohroženo bude maximálně 10% dotazovaných osob, za každou jednotlivou oblast (EE, DP, PA).

**K předposlednímu třetímu cíli** jsme položili jednu hypotézu, kdy předpokládáme, že respondenti v zařízení v SRN (in Waldmünchen) budou postiženi syndromem vyhoření o něco méně než respondenti v zařízeních v ČR (v Plzni) v každé jednotlivé oblasti (EE, DP, PA).

**K poslednímu čtvrtému cíli** byly stanoveny dvě hypotézy. V první hypotéze se domníváme, že zaměstnavatel na pracovišti umožňuje konzultaci pracovníka s psychologem v případě rizika vzniku syndromu vyhoření. V druhé hypotéze předpokládáme, že vedení instituce se snaží předcházet syndromu vyhoření a to tak, že na pracovišti probíhá supervize.

## 9 ZKOUMANÝ VZOREK

Výzkum probíhal v domovech pro seniory v Plzni v porovnání v Seniorenheimu ve Waldmünchenu. Respondenti byli zaměstnanci v přímé péči o seniory, tj. nelékařský zdravotnický personál jako jsou ošetřovatelky, zdravotní sestry, ergoterapeutky a fyzioterapeutky. Z toho plyne i v názvu práce ošetřující personál.

Typickým pobytovým zařízením pro seniory jsou domovy pro seniory. Zde se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost především z důvodu věku a jejichž případ vyžaduje opakovanou pomoc jiné fyzické osoby. Dalším zařízením pro seniory mohou být domovy se zvláštním režimem. V těchto domovech se poskytují pobytové služby, např. osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí. V rámci jednoho zařízení si může poskytovatel zaregistrovat více druhů sociálních služeb. Další službu, která je zaměřena na seniory, definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 52, a to sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. (26)

Městská charita Plzeň má několik pobytových zařízení poskytovaná seniorům.

**Domov pro seniory sv. Jiří** je jedním z nich. Cílovými skupinami jsou senioři. Způsob poskytování péče je pobytové. Mezi činnostmi, které dům pro seniory poskytuje patří např.: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, sociálně terapeutické činnosti, ošetřovatelská péče, zdravotní péče atd.

Posláním Domova pro seniory sv. Jiří (DSJ) je: zajištění důstojného, kvalitního a plnohodnotného života seniorů, kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Senioři zde mohou nadále prožívat život svým navykým stylem, dle svých přání, potřeb a individuálních zvyklostí, při umožnění běžných společenských aktivit. Domov zaručuje svým klientům dodržení lidských práv a svobod.

Mezi okruh osob, kterým poskytuje DSJ služby patří občané, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro změny zdravotně-sociální situace potřebují péči sociálního zařízení, která nemůže být zajištěna v jejich vlastním prostředí. Občan musí pobírat starobní důchod. Jeho zdravotní stav musí odpovídat příspěvku na péči

II. – IV. Stupně. Výjimku tvoří občané ve věku nad 75 let, kteří už nemají příbuzné, kde příspěvek na péči (nebo příspěvku odpovídající zdravotní stav) není podmínkou. (27)

**Domov se zvláštním režimem – sv. Alois** je jedním z dalších zařízení městské charity Plzeň. Mezi cílové skupiny se řadí senioři. Způsob poskytování služeb je pobytový. Mezi činnosti domova se zvláštním režimem patří: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, sociálně terapeutické činnosti atd. Domov sv. Aloise byl v nově zrekonstruovaném objektu otevřen koncem roku 2010. Přestěhoval se do něj domov se zvláštním režimem provozovaný v objektu Francouzská.

Cílovou skupinou uživatelů tvoří osoby (55 let a více) s diagnostikovanou poruchou paměti, kteří potřebují nepřetržitou péči pobytové služby s celoročním provozem a jejichž zdravotní stav odpovídá stupni příspěvku na péči II. – IV. stupně.

**Chráněné bydlení – domov sv. Zity** patří mezi další ze zařízení spadající do městské charity v Plzni. Způsob poskytování služeb je např.: poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, poskytnutí osobního asistenta. Cílovou skupinou jsou: klienti se zdravotním postižením a senioři, kteří mají sníženou soběstačnost vzhledem ke svému onemocnění nebo věku.

**Domov pokojného stáří sv. Alžběty v Plzni** je diecézní zařízení městské charity Plzeň. Služba je registrována podle § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jako domov pro seniory. Poskytujeme komplexní odbornou péči - ošetřovatelskou, pečovatelskou, ergoterapeutickou, asistenční, duchovní i sociální podporu plnohodnotného života našich seniorů. (28)

Další zařízení, které jsme navštívili s průzkumným dotazníkovým šetřením bylo **Longevita senio** – alternativa domova pro seniory. LONGEVITA SENIO Vám nabízí řešení v případě potřeby umístění Vašeho seniora nebo zdravotně postiženého člověka. Společnost LONGEVITA SENIO s.r.o. byla založena v roce 2005. Pomáhá rodinám řešit situaci v oblasti péče o seniory. Služby společnosti LONGEVITA SENIO s.r.o.

poskytujeme v současné době v domově péče pro seniory v Plzni, Na Jíkalce a v Křimicích.

**Nabízejí hned několik služeb, mezi ně patří např.:**

- Příjemné prostředí, různě zařízené pokoje s koupelnami, WC a balkony, s možným dovybavením vlastním nábytkem.
- Nepřetržitou profesionální péči o všechny naše klienty.
- Zdravotnický, vyškolený a přátelský personál.
- Délka pobytu v našem zařízení není nijak časově omezena.
- Možné i krátkodobé, rekondiční a prázdninové pobyty.
- Různé programové aktivity, ergoterapie, fyzioterapie, canisterapie, masáže, výtvarná dílna, procházky venku s mobilními i méně mobilními (např. vozíčkáři) klienty.
- Komplexní péče o klienty s Alzheimerovou demencí a přidružených onemocnění.
- Posláním pečovatelské služby společnosti LONGEVITA SENIO s.r.o. je poskytovat pomoc osobám, které se z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení ocitli v nepříznivé sociální situaci a vyžadují pomoc jiné osoby. (29)

Seniorenheim ve Waldmünchenu je poslední z institucí zahrnutou do průzkumu. Celým názvem **Senioren- Wohn- und Pflegeheim Waldmünchen**, Bayerisches Rotes Kreuz. V tomto domě se poskytuje péče. Zajišťují to ze srdce, lásky a porozumění. Kromě základní péče je k dispozici v domě ještě Gerontopsychiatrické oddělení. (30) V tomto domově pro seniory jsem v létě 2014 vykonávala praxi v oblasti péče a hygieny.



## 10 METODIKA

Zvolila jsem kvantitativní metodu formou anonymního dotazníku Syndrom vyhoření. Ten se skládal ze dvou částí (**příloha 1**).

První část je MBI (Maslach burnout inventory) dotazník obsahující 22 otázek rozdělených do tří jednotlivých oblastí dotazníku, a to emocionální vyčerpání (emotional exhaustion - EE), depersonalizace (odosobnění - DP) a osobní uspokojení (personal accomplishment - PA).

Druhá část je obecně informativní, skládá se z 10 otázek zaměřených na identifikační údaje (věk, délku praxe v zařízeních, směnný provoz, četnost supervize atd.).

## 11 SBĚR DAT

Dříve než bylo zahájeno samotné dotazníkové šetření, byla provedena pilotní studie. Dotazníky jsem rozdala pěti na sobě nezávislým respondentům, kteří mi dotazník vyplnili a případně okomentovali chyby a zkontrolovali se mnou nejasnosti během vyplňování.

Výzkum se prováděl v domovech pro seniory v Plzni (Domov pro seniory sv. Jiří, Domov pokojného stáří sv. Alžběty, Chráněné bydlení sv. Zity, Domov se zvláštním režimem sv. Alois, LONGEVITA SENIO) a v Seniorenheimu ve Waldmünchenu v Německu.

Sběr dat se prováděl v době praxe. V SRN jsem dotazníkové šetření uskutečnila v létě 2014 a v ČR jsem dotazníkové šetření dělala na přelomu února/března 2015. V Německu bylo rozdáno 50 dotazníků a vrátilo se nám jich 30 vyplněných, použili jsme všechny. V Plzni bylo rozdáno 130 dotazníků a vrátilo se nám jich 75, všechny jsme využili.

Respondenty tvořil nelékařský zdravotnický personál v přímé péči jako zdravotní sestry, ošetrovatelky, ergoterapeutky a fyzioterapeutky.

## 12 VYHODNOCENÍ DAT

### 12.1 Interpretace MBI dotazníku

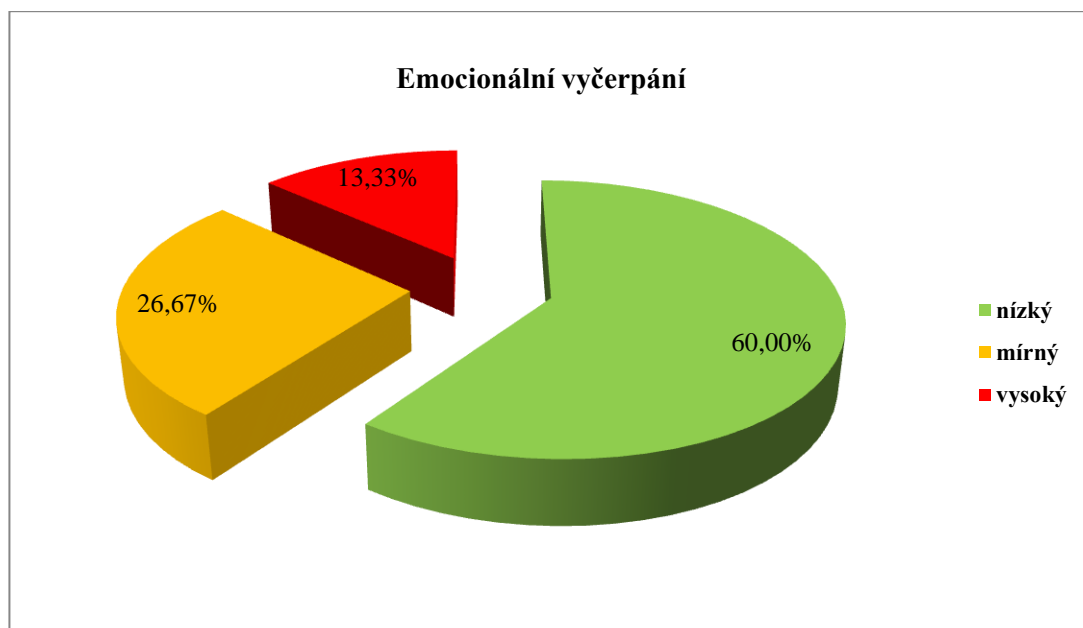
Tato druhá část je zaměřená na hodnocení standardizovaného MBI dotazníku a jeho jednotlivých položek. Aby mohlo dojít ke zmapování stupně syndromu vyhoření, byla nutná kategorizace do 3 oblastí, a to emocionální vyčerpání, depersonalizace a osobní uspokojení.

#### 12.1.1 Stupeň vyhoření za ČR v Plzni

Tabulka 1 Stupeň vyhoření v ČR

Stupeň vyhoření	Emocionální vyčerpání (EE)		Depersonalizace (DP)		Osobní uspokojení (PA)	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
nízký	45	60,00%	44	58,67%	14	18,67%
mírný	20	26,67%	22	29,33%	11	14,67%
vysoký	10	13,33%	9	12,00%	50	66,66%
<b>Celkem</b>	<b>75</b>	<b>100,00%</b>	<b>75</b>	<b>100,00%</b>	<b>75</b>	<b>100,00%</b>

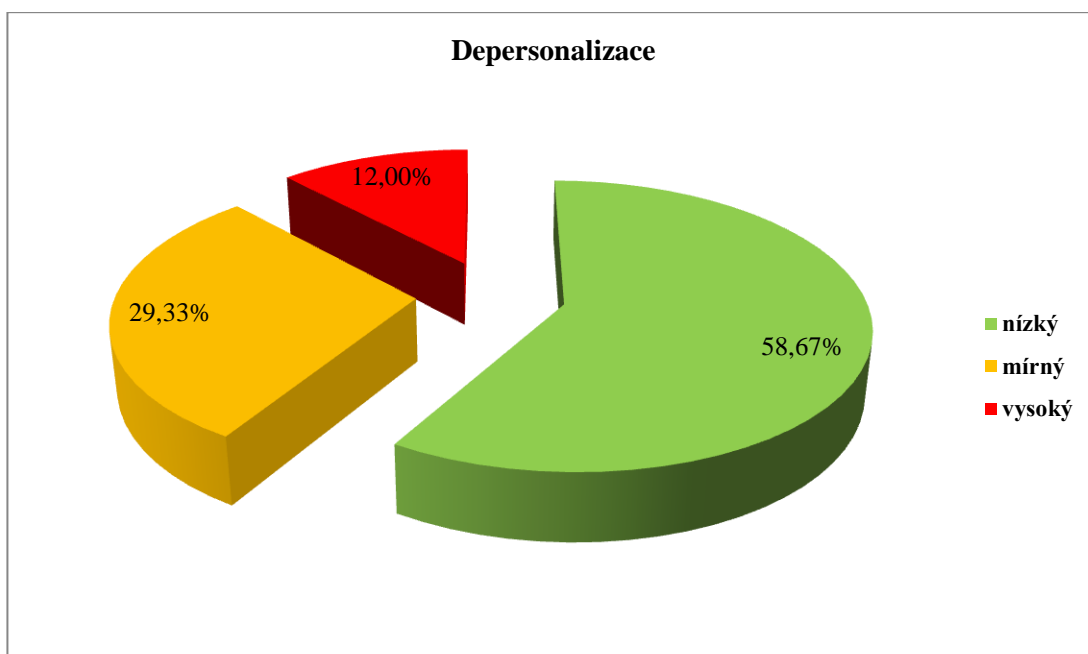
Graf 1: Stupeň Emocionálního vyčerpání v ČR



**Interpretace:** Oblast emocionálního vyčerpání byla zjišťována na základě vyhodnocení položek s č. 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 a 20 z MBI standardizovaného dotazníku.

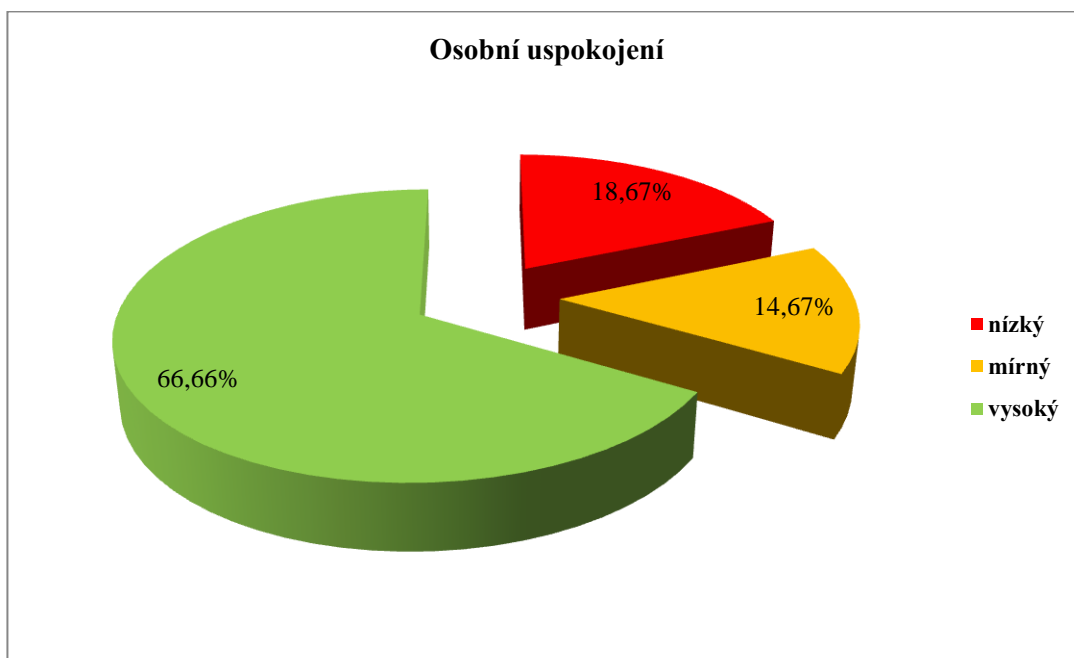
Na tomto podkladě bylo zjištěno, že u 45 (60,00 %) respondentů bylo emocionální vyčerpání nízké. 20 (26,67 %) respondentů vykazovalo emocionální míru vyčerpání mírnou. A zbývajících 10 (13,33 %) respondentů vykazovalo vysokou emocionální míru vyčerpání, tedy **emocionální vyhoření**. Jednotlivé položky vztahující se k míře emocionálního vyčerpání jsou zpracovány a uvedeny v příloze č. 3.

Graf 2: Stupeň Depersonalizace v ČR



**Interpretace:** Oblast depersonalizace byla zjišťována na základě vyhodnocení položek s č. 5, 10, 11, 15 a 22 z MBI standardizovaného dotazníku. Na základě vyhodnocení těchto položek byla u 44 (58,67 %) respondentů zjištěna míra vyhoření v oblasti depersonalizace nízká. 22 (29,33 %) respondentů měli míru vyhoření v oblasti depersonalizace mírnou. Zbývajících 9 (12,00 %) respondentům vykazovalo vysokou míru vyčerpání v oblasti depersonalizace, tudíž její **vyhoření**. Jednotlivé položky vztahující se k míře depersonalizace jsou zpracovány a uvedeny v příloze č. 3.

Graf 3: Stupeň Osobního uspokojení v ČR

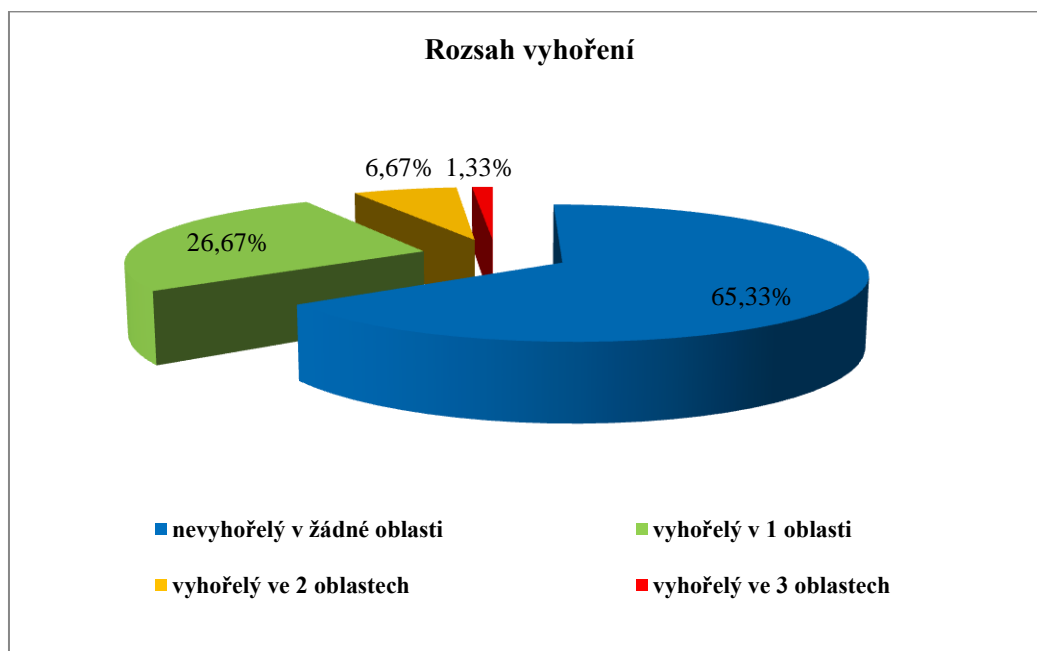


**Interpretace:** Oblast osobního uspokojení byla zjišťována na základě vyhodnocení položek s č. 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 a 21 z MBI standardizovaného dotazníku. Na tomto podkladě bylo zjištěno, že 50 (66,66 %) respondentů vykazovalo vysokou míru osobního uspokojení. 11 (14,67 %) respondentů vykazovalo mírnou míru osobního uspokojení. Zbývajícím 14 (18,67 %) respondentům byla prokázána nízká míra vyčerpanosti v oblasti osobního uspokojení a tudíž **vyhoření** v této oblasti. Jednotlivé položky vztahující se k míře osobního uspokojení jsou zpracovány a uvedeny v příloze č. 3.

Tabulka 2: Rozsah vyhoření v ČR

Rozsah vyhoření	Absolutní četnost	Relativní četnost
nevyhořelý v žádné oblasti	49	65,33%
vyhořelý v 1 oblasti	20	26,67%
vyhořelý ve 2 oblastech	5	6,67%
vyhořelý ve 3 oblastech	1	1,33%
<b>Celkový součet</b>	<b>75</b>	<b>100,00%</b>

Graf 4: Rozsah vyhoření v ČR



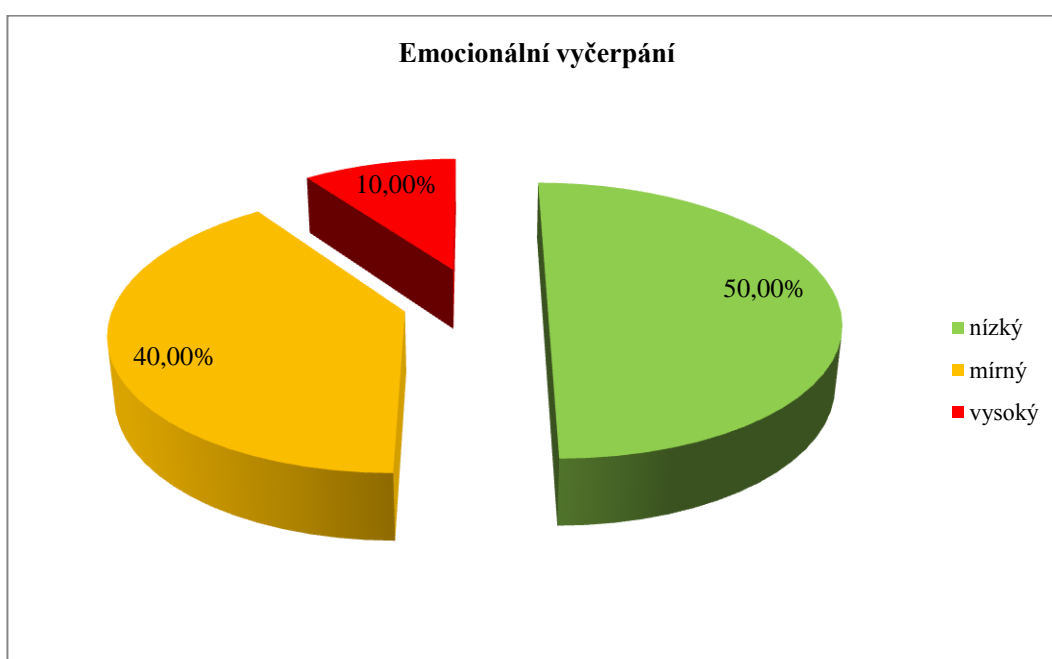
**Interpretace:** Zde jsme ještě pro bližší pochopení vytvořili přehled všech oblastí, ve kterých může být respondent vyhořelý, a to v žádné z oblastí, v jedné z oblastí, ve dvou oblastech nebo ve všech třech oblastech, tudíž ve všech 22 otázkách z MBI standardizovaného dotazníku. Jednotlivé položky vztahující se k míře osobního uspokojení jsou zpracovány a uvedeny v příloze č. 3.

## 12.1.2 Stupeň vyhoření za SRN ve Waldmünchenu

Tabulka 3 Stupeň vyhoření v SRN

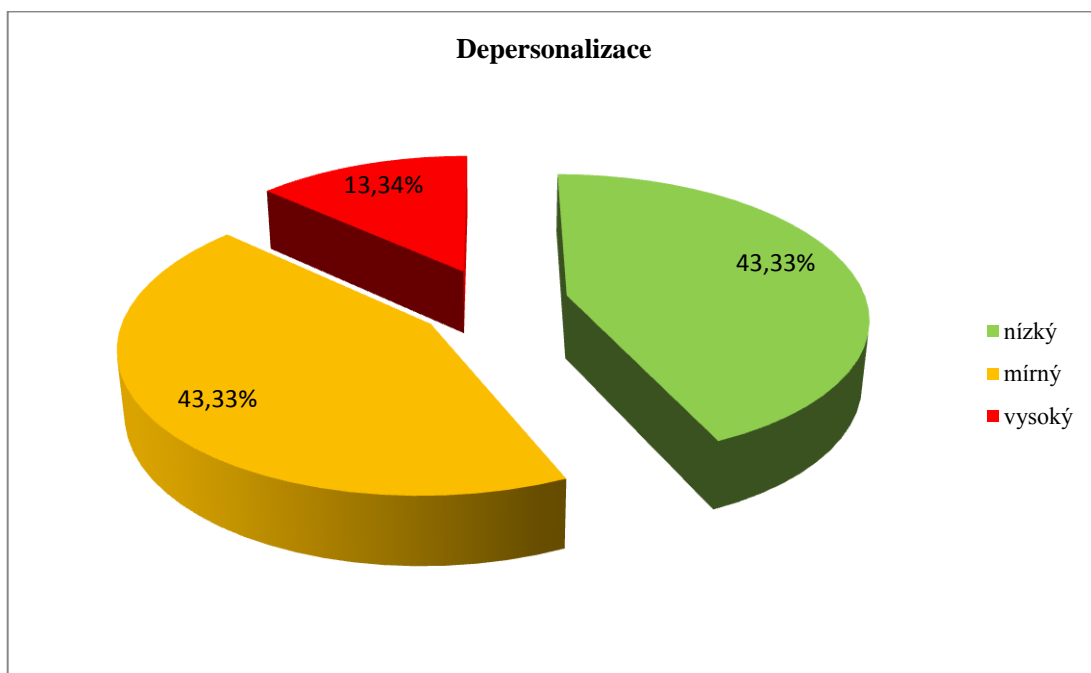
Stupeň vyhoření	Emocionální vyčerpání		Depersonalizace		Osobní uspokojení	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
nízký	15	50,00%	13	43,33%	15	50,00%
mírný	12	40,00%	13	43,33%	11	36,67%
vysoký	3	10,00%	4	13,34%	4	13,33%
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>

Graf 5: Emocionální vyčerpání v SRN



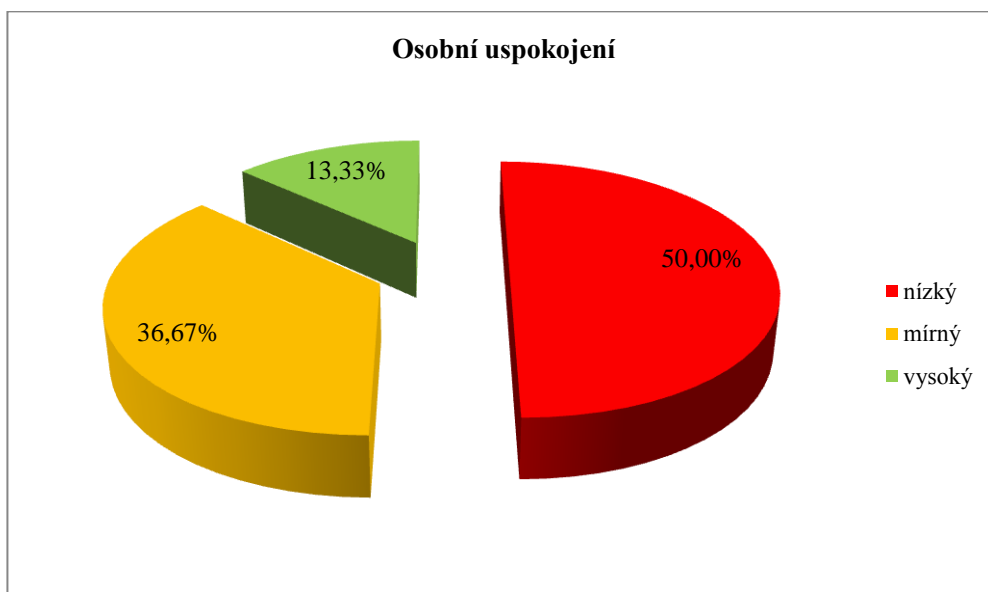
**Interpretace:** Oblast emocionálního vyčerpání byla zjišťována na základě vyhodnocení položek s č. 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 a 20 z MBI standardizovaného dotazníku. Na tomto podkladě bylo zjištěno, že u 15 (50,00 %) respondentů bylo emocionální vyčerpání nízké. 12 (40,00 %) respondentů vykazovalo emocionální míru vyčerpanosti mírnou. A zbývající 3 (10,00 %) respondenti vykazují vysokou emocionální míru vyčerpanosti, tedy **emocionální vyhoření**. Jednotlivé položky vztahující se k míře emocionálního vyčerpání jsou zpracovány a uvedeny v příloze č. 3.

Graf 6: Depersonalizace



**Interpretace:** Oblast depersonalizace byla zjišťována na základě vyhodnocení položek s č. 5, 10, 11, 15 a 22 z MBI standardizovaného dotazníku. Na základě vyhodnocení těchto položek byla u 13 (43,33 %) respondentů zjištěna míra vyhoření v oblasti depersonalizace nízká. 13 (43,33 %) respondentů měli míru vyhoření v oblasti depersonalizace mírnou. Zbývajících 4 (13,34 %) respondentům vykazovalo vysokou míru vyčerpanosti v oblasti depersonalizace, tudíž její **vyhoření**. Jednotlivé položky vztahující se k míře depersonalizace jsou zpracovány a uvedeny v příloze č. 3.

Graf 7: Osobní uspokojení



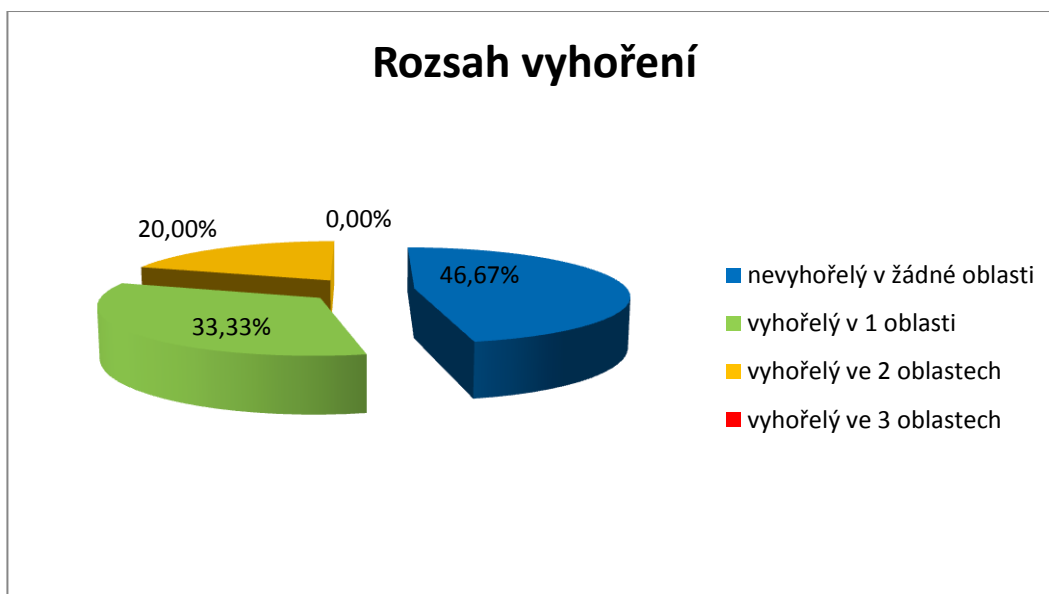


**Interpretace:** Oblast osobního uspokojení byla zjišťována na základě vyhodnocení položek s č. 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 a 21 z MBI standardizovaného dotazníku. Na tomto podkladě bylo zjištěno, že 4 (13,33 %) respondentů vykazovalo vysokou míru osobního uspokojení. 11 (36,67 %) respondentů vykazovalo mírnou míru osobního uspokojení. Zbývajícím 15 (50,00 %) respondentům byla prokázána nízká míra vyčerpanosti v oblasti osobního uspokojení a tudíž **vyhoření** v této oblasti. Jednotlivé položky vztahující se k míře osobního uspokojení jsou zpracovány a uvedeny v příloze č. 3.

**Tabulka 4 Rozsah vyhoření v jednotlivých oblastech**

Rozsah vyhoření	Absolutní četnost	Relativní četnost
nevyhořelý v žádné oblasti	14	46,67%
vyhořelý v 1 oblasti	10	33,33%
vyhořelý ve 2 oblastech	6	20,00%
vyhořelý ve 3 oblastech	0	0,00%
<b>Celkový součet</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>

**Graf 8: Rozsah vyhoření v SRN**



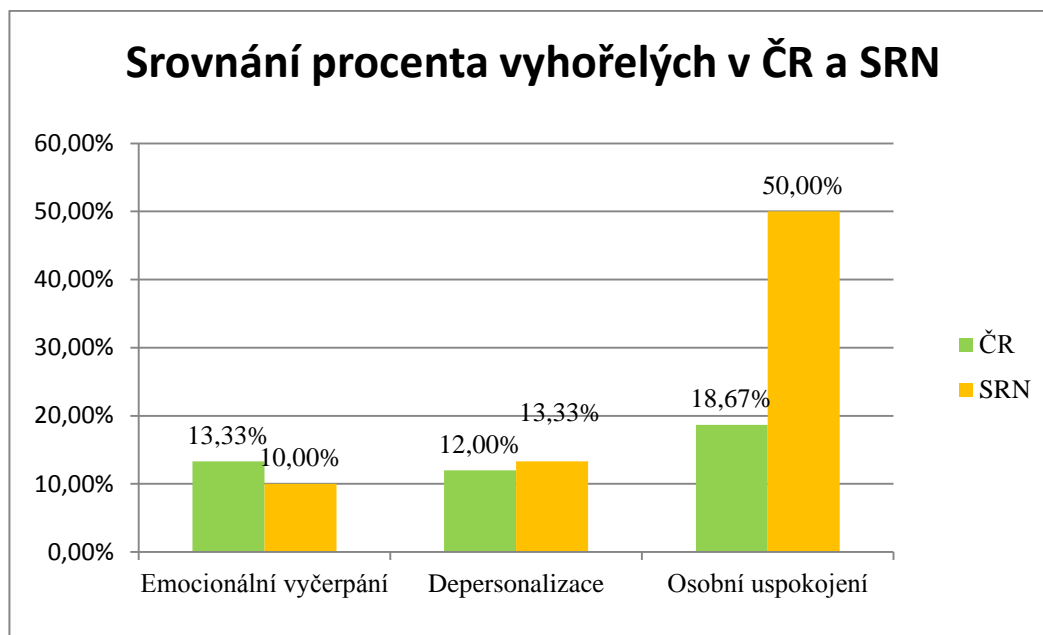
**Interpretace:** Zde jsme ještě pro bližší pochopení vytvořili přehled všech oblastí, ve kterých může být respondent vyhořelý, a to v žádné z oblastí, v jedné z oblastí, ve dvou oblastech nebo ve všech třech oblastech, tudíž ve všech 22 otázkách z MBI standardizovaného dotazníku. Jednotlivé položky vztahující se k míře osobního uspokojení jsou zpracovány a uvedeny v příloze č. 3.

### 12.1.3 Srovnání procentuálního poměru vyhoření v ČR a SRN

Tabulka 5 Srovnání vyhořelých v ČR a SRN

Procento vyhořelých	Emocionální vyčerpání	Depersonalizace	Osobní uspokojení
ČR	13,33%	12,00%	18,67%
SRN	10,00%	13,33%	50,00%

Graf 9: Procentuální srovnání ČR a SRN



**Interpretace:** V grafu s číslem 9. Srovnáváme poměr vyhořelých respondentů za ČR v Plzni a za SRN ve Waldmünchenu. Srovnáváme vyhoření ve všech třech oblastech MBI standardizovaného dotazníku, ve všech 22 otázkách zařazených do jedné z oblastí, a to EE, DP nebo PA.

## 12.2 Interpretace informativní části dotazníku za ČR v Plzni

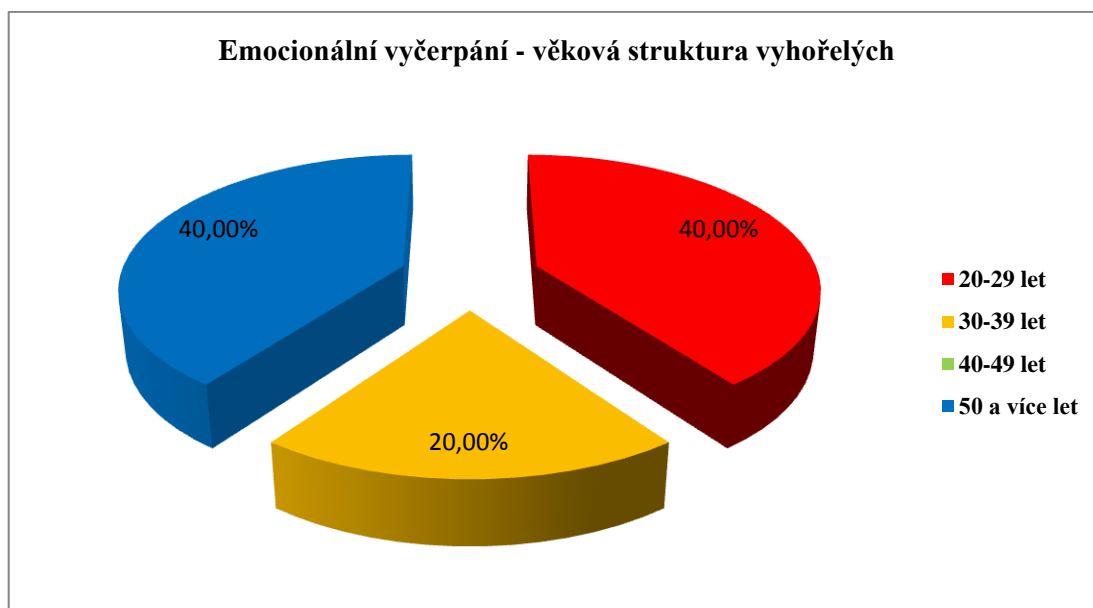
Na tuto problematiku byly zařazeny položky s čísly 1 - 10 (příloha 1) -II. části anonymního dotazníku – identifikačních údajů.

### 12.2.1 Věková struktura vyhořelých v jednotlivých oblastech

Tabulka 6 Věková struktura vyhořelých v jednotlivých oblastech

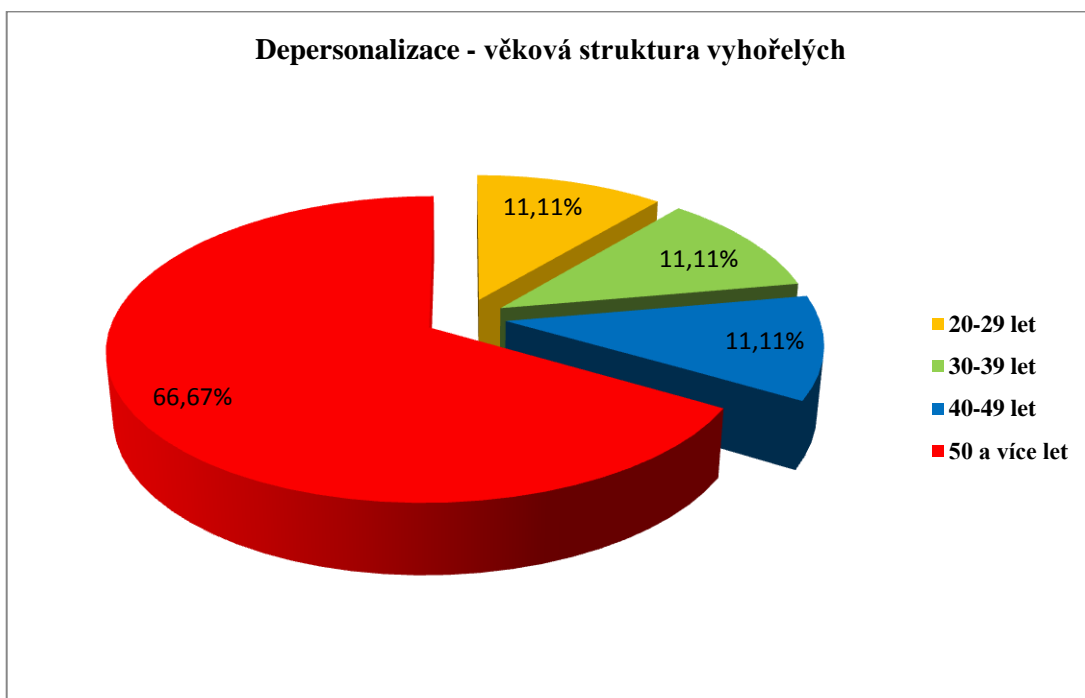
Věk	Emocionální vyčerpání		Depersonalizace		Osobní uspokojení	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
20-29 let	4	40,00%	1	11,11%	6	42,86%
30-39 let	2	20,00%	1	11,11%	3	21,43%
40-49 let	0	0,00%	1	11,11%	3	21,43%
50 a více let	4	40,00%	6	66,67%	2	14,28%
<b>Celkem</b>	<b>10</b>	<b>100,00%</b>	<b>9</b>	<b>100,00%</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

Graf 10: Věková struktura vyhořelých za oblast emocionálního vyčerpání



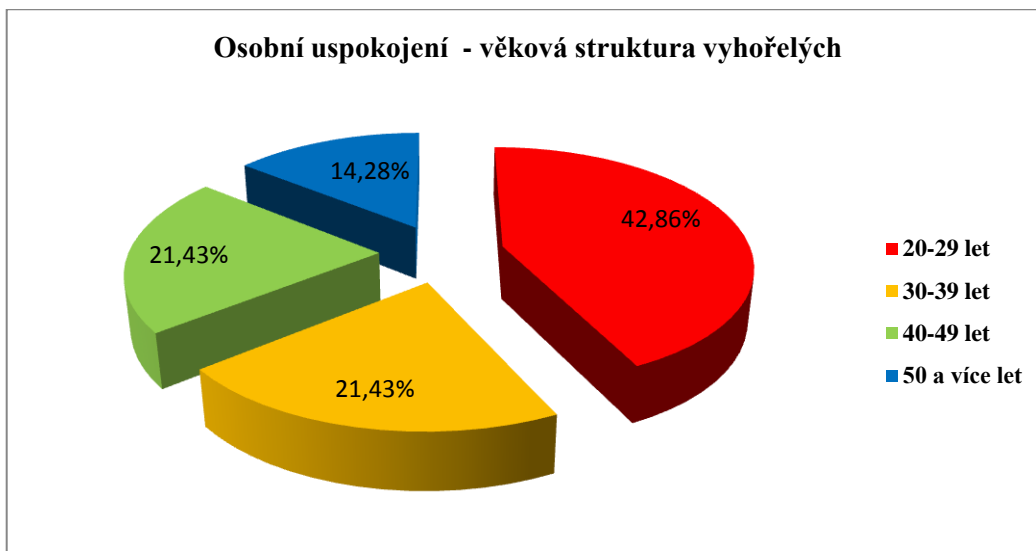
**Interpretace:** Tato položka byla pro lepší přehlednost kategorizována do desetiletých rozmezí. Šetřením této položky tak bylo zjištěno, že ve věkovém rozmezí 20 – 29 let byli 4 (40,00 %) respondenti, 2 (20,00 %) respondentů uvedlo, že spadá do věkového rozmezí 30 – 39 let, ve věkovém rozmezí 40 – 49 nebyl žádný z respondentů a 4 (40,00 %) respondentů uvedlo, že patří do posledního věkového rozmezí 50 a více let. Nejnižší věk u dotazovaných respondentů byl 20 let, nejvyšší věk byl naopak 59 let.

Graf 11: Věková struktura vyhořelých za oblast depersonalizace



**Interpretace:** I tato položka byla pro lepší přehlednost kategorizována do desetiletých rozmezí. Šetřením této položky tak bylo zjištěno, že ve věkovém rozmezí 20 – 29 let byli 1 (11,11 %) respondenti, 1 (11,11 %) respondentů uvedlo, že spadá do věkového rozmezí 30 – 39 let, ve věkovém rozmezí 40 – 49 byl taktéž 1 (11,11 %) respondent a 6 (66,67 %) respondentů uvedlo, že patří do posledního věkového rozmezí 50 a více let. Nejnižší věk u dotazovaných respondentů byl 20 let, nejvyšší věk byl naopak 59 let.

Graf 12: věková struktura vyhořelých za oblast osobního uspokojení



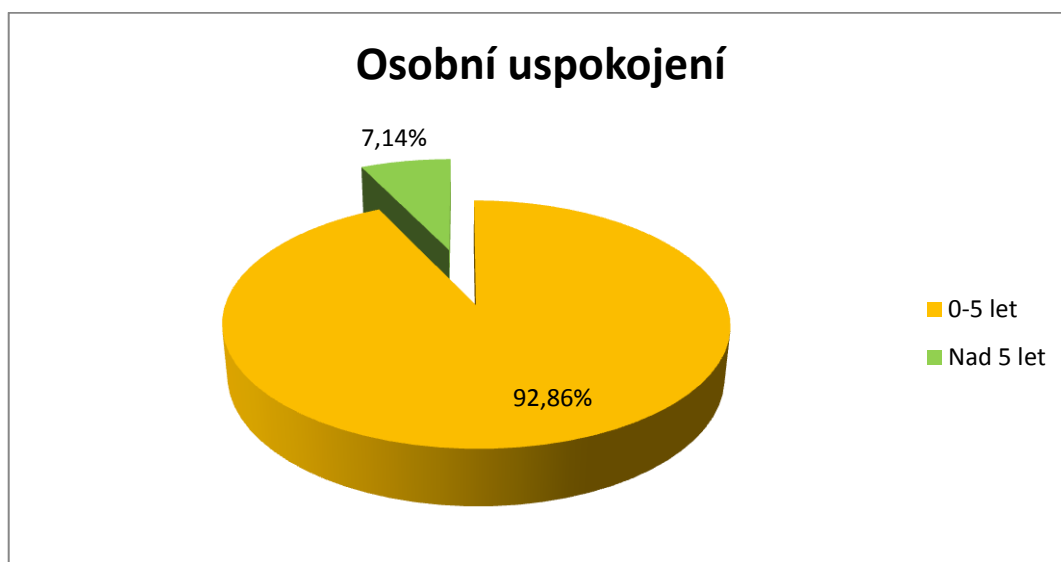
**Interpretace:** Samozřejmě i v této dimenzi byla položka pro lepší přehlednost kategorizována do desetiletých rozmezí. Šetřením této položky tak bylo zjištěno, že ve věkovém rozmezí 20 – 29 let bylo 6 (42,86 %) respondentů, 3 (21,43 %) respondentů uvedlo, že spadá do věkového rozmezí 30 – 39 let, ve věkovém rozmezí 40 - 49 byli 3 (21,43 %) respondenti a 2 (14,28 %) respondentů uvedlo, že patří do posledního věkového rozmezí 50 a více let. Nejnižší věk u dotazovaných respondentů byl 20 let, nejvyšší věk byl naopak 59 let.

### 12.2.2 Délka praxe v zařízeních u vyhořelých respondentů v jednotlivých oblastech

Tabulka 7: Délka praxe v zařízeních u vyhořelých respondentů v jednotlivých oblastech

Délka praxe v zařízení	Emocionální vyčerpání		Depersonalizace		Osobní uspokojení	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
0-5 let	10	100,00%	9	100,00%	13	92,86%
Nad 5 let	0	0,00%	0	0,00%	1	7,14%
<b>Celkem</b>	<b>10</b>	<b>100,00%</b>	<b>9</b>	<b>100,00%</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

Graf 13: Délka praxe v zařízeních u vyhořelých respondentů za oblast osobního uspokojení



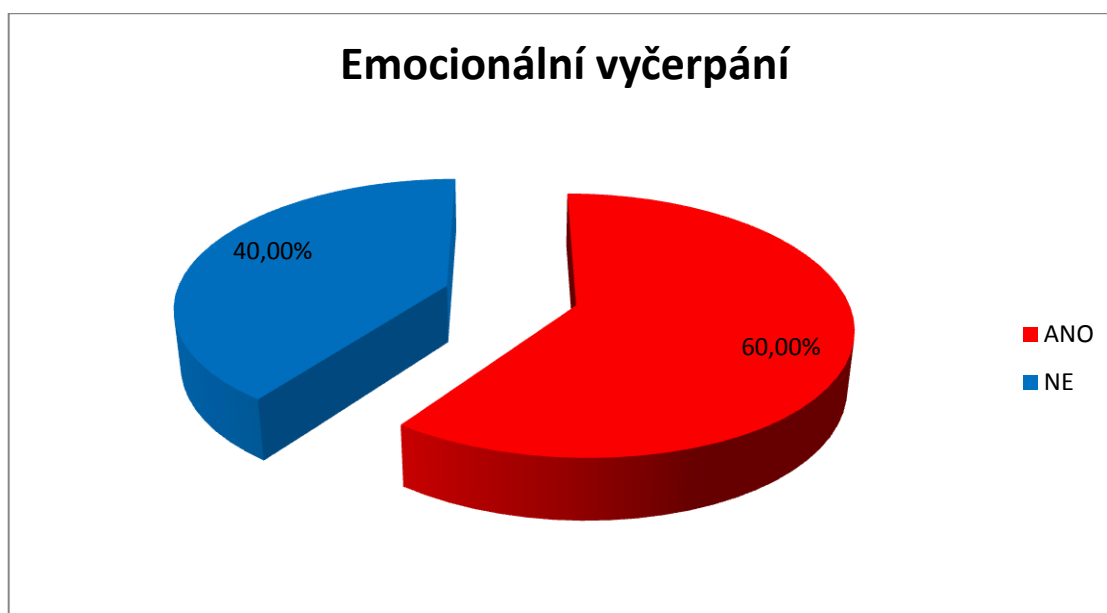
**Interpretace:** Za oblast emocionálního vyčerpání a depersonalizace je každý z respondentů vyhořelý jen v délce praxe do 5 let. V oblasti osobního uspokojení je ohledně délky praxe v zařízení do 5 let 92,86 % vyhořelých a nad 5 let je vyhořelých 7,14 % respondentů.

### 12.2.3 Směnný provoz u vyhořelých v jednotlivých oblastech

Tabulka 8 Směnný provoz v oblasti emocionálního vyčerpání

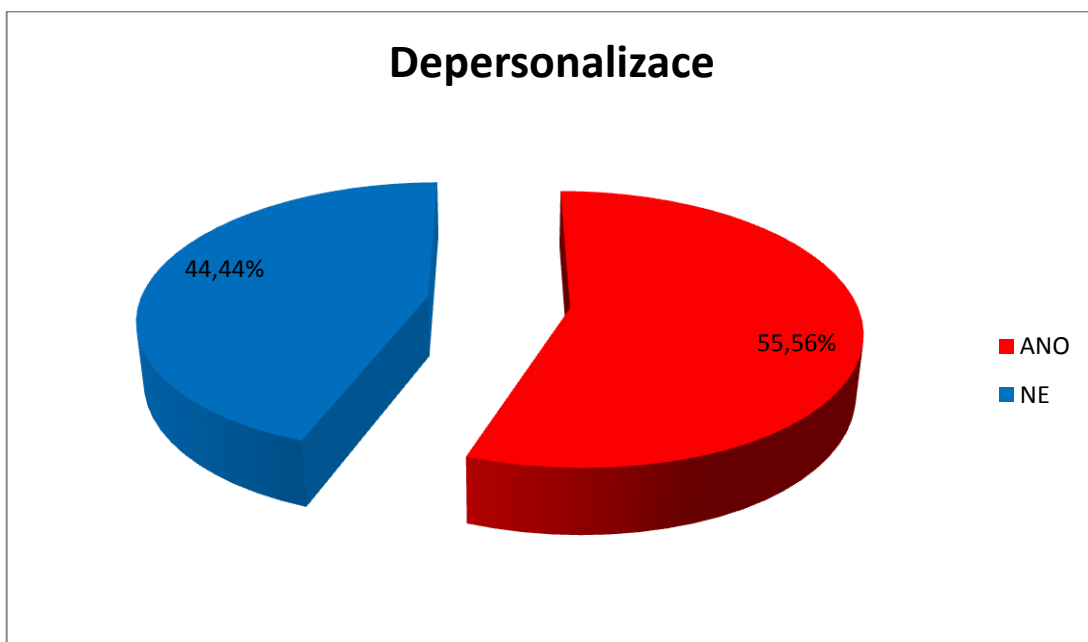
Směnný provoz	Emocionální vyčerpání		Depersonalizace		Osobní uspokojení	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	6	60,00%	5	55,56%	11	78,57%
NE	4	40,00%	4	44,44%	3	21,43%
<b>Celkem</b>	<b>10</b>	<b>100,00%</b>	<b>9</b>	<b>100,00%</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

Graf 14: Směnný provoz v oblasti emocionálního vyčerpání



**Interpretace:** Z grafu vyplývá, že v oblasti emocionálního vyčerpání pracuje na směnný provoz 6 (60,00 %) respondentů a zbylí 4 (40,00 %) respondenti nejsou v zařízení na směnný provoz zaměstnaní.

Graf 15: Směnný provoz v oblasti Depersonalizace



**Interpretace:** Z grafu oblasti Depersonalizace plyne, že vyhořelý jsou opět ti, kteří jsou zaměstnáni v instituci na směny a to 5 (55,56 %) respondentů. 4 (44,44 %) respondentů nepracují na směny.

Graf 16: Směnný provoz v oblasti Osobního uspokojení



**Interpretace:** V poslední třetí dimenzi MBI standardizovaného dotazníku, a to Osobním uspokojení je patrné, že vyhořelými 11 (79,57 %) respondenty jsou opět ti, kteří pracují na směny. Kdežto bez vyhoření jsou 3 (21,43 %) respondenti nepracující na směnný provoz.

## 12.2.4 Možnost konzultace s psychologem na pracovišti

Tabulka 9: Možnost konzultace s psychologem na pracovišti

Možnost konzultace s psychologem	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	40	53,33%
NE	35	46,67%
<b>Celkový součet</b>	<b>75</b>	<b>100,00%</b>

Graf 17: Možnost konzultace s psychologem na pracovišti



**Interpretace:** Z grafu je patrné, že 40 (53,33 %) respondentů má možnost konzultace s psychologem na pracovišti, naopak 35 (46,67%) respondentů tu možnost nemá.

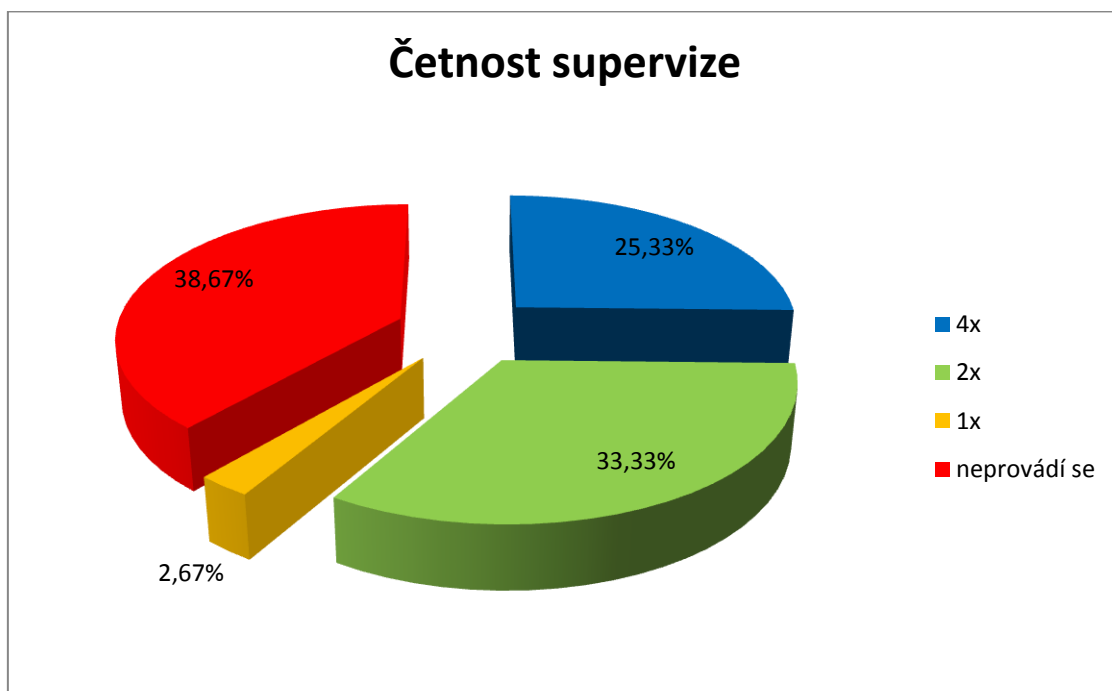
## 12.2.5 Četnost supervize konaná na pracovišti

Tabulka 10 Četnost supervize konaná na pracovišti

Četnost supervize	Absolutní četnost	Relativní četnost
4x	19	25,33%
2x	25	33,33%
1x	2	2,67%
neprovádí se	29	38,67%
<b>Celkový součet</b>	<b>75</b>	<b>100,00%</b>



Graf 18: Četnost supervize konaná na pracovišti



**Interpretace:** Graf vyjadřuje četnost supervize na pracovišti. 19 (25,33 %) respondentů uvedlo 4x za rok supervizi, 25 (33,33 %) respondentů mají 2x za rok supervizi a 2 (2,67 %) respondenti mají supervizi jednou ročně. U 29 (38,67 %) respondentů se supervize neprovádí.

## 13 DISKUZE

**Cílem č. 1** bylo zjistit stupeň vyhoření u osob pracujících v přímé péči o seniory v domovech pro seniory v Plzni (ČR). K tomuto cíli bylo použito 22 položek ze standardizovaného MBI dotazníku, který byl rozčleněn dle jednotlivých položek do tří oblastí (emocionální vyčerpání, depersonalizace a osobní uspokojení). **Pro cíl č. 1** byly stanoveny **čtyři hypotézy**. Každá samostatná hypotéza se váže zvlášť k jednotlivým oblastem (EE, DP a PA).

**V první hypotéze** předpokládáme, že ohroženo bude maximálně 20 % respondentů. Hypotéza se POTVRDILA. V oblasti EE nám vyšlo 13,33 % vyhořelých respondentů, v DP 12,00 % vyhořelých respondentů a v PA 18,67 % vyhořelých respondentů.

Sledovala jsem četnost odpovědí a průměrnou odpověď respondentů za každou jednotlivou oblast (EE, DP a PA).

V rámci četnosti odpovědí jsem zvolila pro odpověď v oblasti EE a DP jako ty nejhorší hodnoty 5 - 7. Celková stupnice síly pocitů v dotazníku je v rozměru hodnot 0 (vůbec) až 7 (velmi silně). Ze stanovených hodnot (jako těch nejvíce přibližujících se vyhoření) v jednotlivých otázkách vyplývá, co nejvíce přispělo k vyhoření. Pro odpověď v oblasti PA, jež je stavěna v rámci hodnot opačně na stupnici síly pocitů, jsem zvolila jako ty nejhorší hodnoty 0 – 2. Ze stanovených hodnot (jako těch nejvíce přibližujících se vyhoření) v jednotlivých otázkách vyplývá, co nejvíce přispělo k vyhoření.

V oblasti EE vyšla v Plzni v rámci odpovědí nejvíce negativně otázka s č. 6. Hodnotu 5 uvedlo sedm respondentů, hodnotu 6 šest respondentů a hodnotu 7 tři respondenti z celkového počtu 75 respondentů za ČR v Plzni. V oblasti DP vyšla nejvíce negativně otázka s č. 15. Hodnotu 5 uvedlo sedm respondentů, hodnotu 6 sedm respondentů a hodnotu 7 uvedl jeden respondent z celkového počtu 75 respondentů za ČR v Plzni. V oblasti PA vyšly nejhůře otázky s č. 7 a 12. Za otázku s č. 7 hodnotu 0 uvedl jeden respondent, hodnotu 1 sedm respondentů a hodnotu 2 pět respondentů. Za otázku s č. 12 uvedlo hodnotu 0 pět respondentů, hodnotu 1 čtyři respondenti a hodnotu 2 také čtyři respondenti z celkového počtu 75 respondentů za ČR v Plzni. Jednotlivé otázky MBI dotazníku (**příloha č. 1 – I. část anonymního dotazníku – MBI**).

V rámci průměrných odpovědí je za oblast EE součet z průměru v ČR 2,6 respondentů u otázky s č. 6. V oblasti DP je součet z průměru v ČR 1,8 respondentů u otázky s č. 15. V oblasti PA je součet z průměru v ČR 4,4 respondentů u otázky s č. 7 a 4,6 u otázky s č. 12. Jednotlivé otázky dotazníku MBI (**příloha č. 1 – I. část anonymního dotazníku – MBI.**)

**V druhé hypotéze** předpokládáme, že stupeň vyhoření bude vyšší u mladší věkové kategorie. Hypotéza druhá se POTVRDILA. K dané hypotéze se řadilo 22 otázek z jednotlivých oblastí vyhoření EE, DP a PA v MBI standardizovaném dotazníku (**příloha č. 1 – I. část anonymního dotazníku – MBI**) a otázka s č. 2 (**příloha č. 1 – II. část anonymního dotazníku – identifikační údaje**).

V rámci hypotézy jsme vytvořili čtyři kategorie po desetiletích. První kategorie seskupila věk na 20 – 29 let, druhá kategorie seskupila věkové rozmezí 30 – 39 let, v třetí kategorii jsou respondenti staří 40 – 49 let a v poslední kategorii 50 a více let. Po výpočtech dotazníků se respondenti prokázali buď jako vyhořelí, nebo nepostižení syndromem vyhoření. Celkovou skupinu pouze vyhořelých respondentů v jednotlivých oblastech vyhoření (EE, DP a PA) jsme označili jako 100% a z toho jsme nadále vycházeli. Přičemž za EE je vyhořelých celkem 10 (100 %) respondentů, za DP 9 (100 %) a za PA 14 (100 %) respondentů.

V první kategorii (20 – 29 let) jsou v oblasti emocionálního vyčerpání vyhořelí 4 respondenti (40 %). V oblasti depersonalizace je vyhořelý respondent jeden (11,11 %). V oblasti osobního uspokojení je vyhořelých 6 respondentů (42,86 %). V druhé kategorii (30 – 39 let) zastupují oblast emocionálního vyčerpání dva respondenti (20 %). V oblasti depersonalizace je vyhořelý 1 respondent (11,11 %) a v oblasti osobního uspokojení jsou vyhořelí 3 respondenti (21,43 %). Ve třetí kategorii (40 – 49 let) není v oblasti emocionálního vyčerpání žádný z respondentů vyhořelý. V oblasti depersonalizace je vyhořelý 1 respondent (11,11 %) a v oblasti osobního uspokojení jsou vyhořelí 3 respondenti (21,43 %). Ve čtvrté kategorii (50 a více let) se emocionálně vyčerpaní cítí 4 respondenti (40 %). V oblasti depersonalizace je vyhořelých 6 respondentů (66,67 %) a v oblasti osobního uspokojení jsou vyhořelí 2 respondenti (14,28 %).

Ve **třetí hypotéze** předpokládáme, že riziko syndromu vyhoření bude vyšší u osob, které jsou zaměstnány v zařízení méně než 5 let. Hypotéza se POTVRDILA.

K dané hypotéze se řadilo 22 otázek z jednotlivých oblastí vyhoření EE, DP a PA v MBI standardizovaném dotazníku (**viz příloha č. 1 –I. část anonymního dotazníku – MBI**) a otázka s číslem 5 (**viz příloha č. 1 – II. část anonymního dotazníku – MBI**). V rámci podání hypotézy jsme vytvořili dvě kategorie. První kategorie seskupila délku praxe v zařízení do 5 let, druhá kategorie seskupila délku praxe v daném zařízení nad 5 let. Po výpočtech dotazníků se respondenti prokázali buď jako vyhořelí, nebo nepostižení syndromem vyhoření. Celkovou skupinu pouze vyhořelých respondentů v jednotlivých oblastech vyhoření (EE, DP a PA) jsme označili jako 100% a z toho jsme nadále vycházeli.

V první kategorii (do 5 let) je v oblasti emocionálního vyčerpání vyhořelých 10 respondentů (100 %) v délce praxe v konkrétním zařízení do 5 let. V oblasti depersonalizace je vyhořelých respondentů 9 (100 %). V oblasti osobního uspokojení je vyhořelých 13 respondentů (92,86 %). V druhé kategorii (nad 5 let) není v oblasti emocionálního vyčerpání a depersonalizace žádný z respondentů vyhořelý. V oblasti osobního uspokojení je vyhořelý 1 respondent (7,14 %).

**Ve čtvrté hypotéze** se domníváme, že riziko syndromu vyhoření bude vyšší u osob, které pracují na směnný provoz. Hypotéza se **POTVRDILA**. K dané hypotéze se řadilo 22 otázek z jednotlivých oblastí vyhoření EE, DP a PA v MBI standardizovaném dotazníku (**příloha č. 1 –I. část anonymního dotazníku – MBI**) a otázka s číslem 7 (**příloha č. 1 – II. část anonymního dotazníku – MBI**).

Z celkového počtu 75 respondentů je jich 10 vyhořelých v oblasti emocionálního vyčerpání. Těchto 10 vyhořelých respondentů jsme si stanovili jako 100 %, z nichž 6 respondentů (60 %) pracuje na směnný provoz. 4 respondenti (40 %) na směny nepracují. Z celkového počtu 75 respondentů je jich 9 vyhořelých v oblasti depersonalizace. Těchto 9 vyhořelých respondentů jsme si stanovili jako 100 %, z nichž 5 respondentů (56 %) pracuje na směnný provoz. 4 respondenti (44 %) na směny nepracují. Z celkového počtu 75 respondentů je jich 14 vyhořelých v oblasti osobního uspokojení. Těchto 14 vyhořelých respondentů jsme si stanovili jako 100 %. Z nich 11 (79 %) pracuje na směnný provoz. 3 respondenti (21 %) na směny nepracují.

**Cílem č. 2** bylo zjistit stupeň vyhoření u osob pracujících v přímé péči o seniory v domovech pro seniory v SRN. K tomuto cíli bylo použito 22 položek ze standardizovaného MBI dotazníku, který byl rozčleněn dle jednotlivých položek do tří oblastí (emocionální vyčerpání, depersonalizace a osobní uspokojení). **Pro cíl č. 2** byla

stanovena **jedna hypotéza** ve znění: Předpokládáme, že postiženo syndromem vyhoření bude maximálně 10 % respondentů. Hypotéza se NEPOTVRDILA. Hypotéza se váže ke každé jednotlivé oblasti (EE, DP a PA).

V oblasti EE nám vyšlo 10,00 % vyhořelých respondentů, v DP 13,34 % vyhořelých respondentů a v PA 50,00 % vyhořelých respondentů.

V rámci četnosti odpovědí jsem zvolila pro odpověď v oblasti EE a DP jako ty nejhorší hodnoty 5 - 7. Celková stupnice síly pocitů v dotazníku je v rozměru hodnot 0 (vůbec) až 7 (velmi silně). Ze stanovených hodnot (jako těch nejvíce přibližujících se vyhoření) v jednotlivých otázkách vyplývá, co nejvíce přispělo k vyhoření. Pro odpověď v oblasti PA, která je stavěna v rámci hodnot opačně na stupnici síly pocitů, jsem zvolila jako ty nejhorší hodnoty 0 – 2. Ze stanovených hodnot (jako těch nejvíce přibližujících se vyhoření) v jednotlivých otázkách vyplývá, co nejvíce přispělo k vyhoření.

V oblasti EE jako z nejhůře zodpovězených otázek v SRN nám vyšla otázka s č. 14. Hodnotu 5 uvedlo sedm respondentů, hodnotu 6 tři respondenti a hodnotu 7 dva respondenti z celkového počtu 75 respondentů v SRN. V oblasti DP vyšla nejvíce negativně otázka s č. 22. Hodnotu 5 vedlo šest respondentů, hodnotu 6 šest respondentů a hodnotu 7 neuvedl žádný respondent z celkového počtu 75 respondentů v SRN. V oblasti PA pak nejhůře vyšly otázky s č. 7 a 18. Za otázku s č. 7 hodnotu 0 neuvedl žádný z respondentů, hodnotu 1 sedm respondentů a hodnotu 2 pět respondentů. Za otázku s č. 18 uvedlo hodnotu 0 pět respondentů, hodnotu 1 dva respondenti a hodnotu 2 uvedl jeden respondent z celkového počtu 75 respondentů v SRN. Jednotlivé otázky MBI dotazníku (**příloha č. 1 – I. část anonymního dotazníku – MBI**).

V rámci průměrných odpovědí je v SRN za oblast EE součet z průměru 3,8 respondentů u otázky s č. 14. V oblasti DP je v SRN součet z průměru 3,5 respondentů u otázky s č. 22. V oblasti PA je součet z průměru v SRN 3,0 respondentů u otázky s č. 7 a 2,8 u otázky s č. 18. Jednotlivé otázky dotazníku MBI (**příloha č. 1 – I. část anonymního dotazníku – MBI**).

**Cílem č. 3** bylo srovnat riziko syndromu vyhoření v souboru dotazovaných osob v zařízeních v ČR a SRN. K tomuto cíli bylo použito 22 položek ze standardizovaného MBI dotazníku, který byl rozčleněn dle jednotlivých položek do tří oblastí (emocionální vyčerpání, depersonalizace a osobní uspokojení (**příloha č. 1 –I. část anonymního**

**dotazníku – MBI)** Pro cíl č. 3 byla stanovena **jedna hypotéza** ve znění: Předpokládáme, že syndromem vyhoření budou zasaženi více osoby v přímé péči v zařízeních v ČR než v SRN. Hypotéza se NEPOTVRDILA. Hypotéza se váže ke každé jednotlivé oblasti (EE, DP a PA).

Za oblast emocionálního vyčerpání je vyhořelých v ČR 13,33 % a v SRN 10,00 %. V oblasti depersonalizace je postiženo syndromem vyhoření v ČR 12,00 % a v SRN 13,33 %. V poslední oblasti osobního uspokojení je vyhořelých v ČR 18,67 % a v SRN 50,00 %.

**Cílem č. 4** bylo zjistit, zda je v zařízeních uplatňována prevence syndromu vyhoření buď možnostmi konzultací osob pracujících v přímé péči s psychologem na pracovišti, nebo formou konání supervize. K tomuto cíli byly použity otázky s č. 8 a 9. (**příloha č. 1 – II. část anonymního dotazníku – identifikační údaje**). Pro cíl č. 4 byly stanoveny **dvě hypotézy**. Každá jednotlivá oblast se váže jednotlivě k samostatným oblastem (EE, DP a PA).

**V první hypotéze** předpokládáme, že zaměstnavatel na pracovišti umožňuje osobám v přímé péči konzultaci s psychologem v případě rizika vzniku syndromu vyhoření. Hypotéza se POTVRDILA. 40 respondentů (53,33 %) má možnost konzultací s psychologem. Hypotéza se potvrdila poměrně hraničně (nepřesně), o pouhé 3,33 % nad 50 %. Dalších 46,67 % respondentů možnost konzultací s psychologem vůbec nemá.

**V druhé hypotéze** se domníváme, že zaměstnavatel se snaží předcházet riziku vzniku syndromu vyhoření pomocí supervize na pracovišti. Hypotéza se POTVRDILA. Respondenti měli na výběr z možností, že supervize probíhá 1x ročně, 2x za rok a 4x za rok. Možnost 1x ročně uvedli 2 respondenti (2,67 %), 2x za rok 25 respondentů (33,33%) a 4 x za rok 19 respondentů (25,33 %). Celkově uvedlo 46 respondentů (61,33 %), že na jejich pracovišti probíhá supervize. Naopak 29 respondentů (38,67 %) uvedlo, že na jejich pracovišti se neprovádí supervize. U 61,33 % respondentů se zaměstnavatel z konkrétních zařízení snaží předcházet riziku vzniku syndromu vyhoření, a to formou probíhající supervize na pracovišti. U 38,67 % se supervize neprovádí a dá se z toho usoudit, že zaměstnavateli na svých podřízených nezáleží natolik, aby supervizi zavedl.

## ZÁVĚR

V teoretické části bakalářské práce jsme definovali obecně syndrom vyhoření, osobnostní předpoklady jedince, které předurčují pro práci v pomáhajících profesích, dále jsme se zabývali příbuznými jevy, jako je stres a deprese, a věnovali se možnostem prevence vyhoření. Text je zpracován v obecné rovině, některé kapitoly se specifikují jen na obor ošetrovatelství.

Praktickou část bakalářské práce jsme zaměřili na nelékařský zdravotnický personál v domovech pro seniory v Plzni a v Seniorenheimu ve Waldmünchenu. V rámci praxe v Německu ve Seniorenheimu jsem se zabývala rozbořem psychologických problémů specifických skupin zaměstnanců, jako byli zaměstnanci v pokročilém věku, mladiství, ženy, které jsou náchylnější k psychickým stavům více než muži. Zmiňované skupiny vyžadují pozornost odborníků kvůli bezpečnosti a zdraví při práci. Z tohoto důvodu by měli být zvláštnosti daných skupin příslušně zohledněny ve vzdělávání. V oblasti ošetrovatelství je důležitá komunikace a empatie, soucítění. Ošetřující personál v pokročilém věku může mít už potíže s pohybovým aparátem, což byla další kategorie, kterou jsem sledovala, a to v rámci pracovního lékařství, které jsme na ZČU v rámci praxe vykonávali. Ošetřovatelé manipulují s pacienty nepřetržitě. Procházejí školicím programem, kterým jsem i já jako ošetřovatelka musela projít. Obsahoval cviky, které slouží k bezpečné manipulaci s pacienty a následně předchází případnému riziku poranění. Dále jsme identifikovali prvky, kterými ošetřovatel předchází riziku poranění. Chrání se ergonomicky, a to speciálními pomůckami na manipulaci s pacienty, jako jsou např. polohovací postele, židle, pomocná madla na sociálním zařízení, chodítka.

Dále se v praktické části zabývám srovnáním stupně vyhoření za ČR a SRN. Stanovená hypotéza se nám nepotvrdila. Předpoklad byl, že v západní Evropě je syndrom burn out lépe podchycen a zaměstnanci nejsou k němu tolik náchylní. Z dotazníkového průzkumu však vyšlo, že v ČR je zasažených vyhořením procentuálně méně.

Závěrem jsem jako výstup pro praxi vytvořila informační leták o syndromu vyhoření a jeho prevenci. Stručně se v něm popisuje syndrom vyhoření, a jak mu jedinec může předcházet. Leták je zpracován výtvarnou formou a pestrým provedením, aby co nejvíce zaujal na první pohled (**příloha 6**).

## BIBLIOGRAFIE

1. **Křivohlavý, Jaro.** *Jak neztratit nadšení.* Praha : Grada Publishing, 1998. 80-7169-551-3.
2. **Vladimír Kebza, Iva Šolcová.** *Syndrom vyhoření (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu).* Praha : Státní zdravotní ústav, 1998. 80-7071-231-7.
3. **Martina, Venglářová a kolektiv.** *Sestry v nouzi, syndrom vyhoření, mobbing, bossing.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 978-80-247-3174-2.
4. **Křivohlavý, Jaro.** *Psychologie zdraví.* Praha : Portál, s.r.o., 2003. stránky 279, str. 80-7178-774-4.
5. **Marta Jeklová, Eva Reitmayerová.** *Syndrom vyhoření.* Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s., 2006. str. 32. 80-86991-74-1.
6. **Šustr, Jiří.** Vitarian. *Burn out - čo sa stane keď vo vás zhoria poistky.* [Online] 29. září 2014. [Citace: 15. květen 2015.] <http://www.vitarian.sk/clanky/psychika/2014/burn-out>.
7. **Bartošíková, Ivana.** *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry.* Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 80-7013-439-9.
8. **Jaroslava Raudenská, Alena Javůrková.** *Lékařská psychologie ve zdravotnictví.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 978-80-247-2223-8.
9. **Maroon, Istifan.** *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky.* Praha : Portál, s.r.o., 2012. 978-80-262-0180-9.
10. **Křivohlavý, Jaro.** *Hořet, ale nevyhořet.* Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2012. str. 175. 978-80-7195-573-3.
11. **Stock, Christian.** *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout.* Praha : Grada Publishing, 2010. str. 112. 978-80-247-3553-5.
12. **Iva Holmerová, Martina Mátlová eds.** *Dopisy české alzheimerovské společnosti.* Praha : Česká alzheimerovská společnost, 2013. 978-80-86541-31-0.



13. **Křivohlavý, Jaro.** *Sestra a stres, příručka pro duševní pohodu.* Praha : Grada Publishing, 2010. 978-80-247-3149-0.
14. **kol., Oldřich Matoušek a.** *Metody a řízení sociální práce.* Praha : Portál, 2003. 80-7178-548-2.
15. **Martina Hrozenská, Dagmar Dvořáčková.** *Sociální péče o seniory.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2013. str. 192. 978-80-247-4139-0.
16. **Joshi, Vinay.** *Stres a zdraví.* Praha : Portál, 2007. 978-80-7367-211-9.
17. **Machačová, Helena.** *Behavioural prevention of Stress.* Prague : Charles University in Prague the Karolinum press, 1999. 80-7184-821-2.
18. **Cungi, Charly.** *Jak zvládat stres.* Praha : Portál, s. r. o., 2001. 80-7178-465-6.
19. **Vladimír Vurm, Petra Zimmerlová, Ludmila Švehlová.** *Rukověť pro poskytovatele sociálních služeb v oblasti problematiky seniorů, str. 100.* České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 978-80-7394-090-4.
20. **Venglářová, Martina.** *Problematické situace v péči o seniory, příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 978-80-247-2170-5.
21. **Křivohlavý, Jaro.** *Jak zvládat depresi.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2003. 80-247-0575-3.
22. **Míček, Libor.** *Duševní hygiena.* Praha : Státní pedagogické nakladatelství, n.p., 1984. str. 208.
23. **Jaro Křivohlavý, Jaroslava Pečenková.** *Duševní hygiena zdravotní sestry.* Praha : Grada Publishing, 2004. 80-247-0784-5.
24. **kol., Daniela Vodáčková a.** *Krizová intervence.* Praha : Portál, s.r.o., 2002. 80-7178-696-9.
25. **kol., Oldřich Matoušek a.** *Sociální práce v praxi, specifika různých cílových skupin a práce s nimi.* Praha : Portál, s.r.o., 2005. 80-7367-002-X.

26. **Dvořáčková, Dagmar.** *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory.* Praha : Grada Publishing, 2012. 978-80-247-4138-3.

27. Domov pro seniory sv. Jiří. *Městská charita Plzeň.* [Online] © 2015 . [Citace: 15. 4 2015.] <http://www.mchp.cz/vyhledavani-v-adresari/?s=domov-pro-seniory-sv-jiri#directory-detail>.

28. Domov pokojného stáří sv. Alžběty v Plzni. *Diecézní charita Plzeň.* [Online] © 2015. [Citace: 15. 4 2015.] <http://www.dchp.cz/domov-pokojneho-stari-sv-alzbety/>.

29. *Alternativa domova pro seniory.* [Online] © 2015. [Citace: 10. 4 2015.] <http://www.longevita.cz/domov-pro-seniory.htm>.

30. **Waldmünchen, BRK.** [www.brk-seniorenheim-waldmuenchen.de](http://www.brk-seniorenheim-waldmuenchen.de). *BRK Waldmünchen.* [Online] © 2015. [Citace: 16. květen 2015.] <http://www.brk-waldmuenchen.de/?Seniorenwohnheim>.

## **SEZNAM ZKRATEK**

BRK – Bayerisches Rotes Kreuz

MBI – Maslach Burnout Inventory

JIP – jednotka intenzivní péče

apod. – a podobně

č. – číslo

čl. – článek

odst. – odstavec

písm. – písmene

např. – například

EE – emocionální vyčerpání

DP – depersonalizace

PA – osobní uspokojení

GAS – všeobecný adaptační syndrom

WHO – Světová zdravotnická organizace

stol. – století

ČR – Česká republika

SRN – Spolková republika Německo

sb. – sbírky

sv. – svatý

DSJ – Domov sv. Jiří

ZČU – Západočeská univerzita

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Stupeň vyhoření v ČR .....	52
Tabulka 2: Rozsah vyhoření v ČR.....	54
Tabulka 3 Stupeň vyhoření v SRN.....	56
Tabulka 4 Rozsah vyhoření v jednotlivých oblastech .....	58
Tabulka 5 Srovnání vyhořelých v ČR a SRN.....	59
Tabulka 6 Věková struktura vyhořelých v jednotlivých oblastech .....	60
Tabulka 7: Délka praxe v zařízeních u vyhořelých respondentů v jednotlivých oblastech	62
Tabulka 8 Směnný provoz v oblasti emocionálního vyčerpání.....	63
Tabulka 9: Možnost konzultace s psychologem na pracovišti .....	65
Tabulka 10 Četnost supervize konaná na pracovišti .....	65

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Stupeň Emocionálního vyčerpání v ČR .....	52
Graf 2: Stupeň Depersonalizace v ČR.....	53
Graf 3: Stupeň Osobního uspokojení v ČR .....	54
Graf 4: Rozsah vyhoření v ČR .....	55
Graf 5: Emocionální vyčerpání v SRN.....	56
Graf 6: Depersonalizace .....	57
Graf 7: Osobní uspokojení.....	57
Graf 8: Rozsah vyhoření v SRN.....	58
Graf 9: Procentuální srovnání ČR a SRN.....	59
Graf 10: Věková struktura vyhořelých za oblast emocionálního vyčerpání .....	60
Graf 11: Věková struktura vyhořelých za oblast depersonalizace .....	61
Graf 12: věková struktura vyhořelých za oblast osobního uspokojení.....	61
Graf 13: Délka praxe v zařízeních u vyhořelých respondentů za oblast osobního uspokojení .....	62
Graf 14: Směnný provoz v oblasti emocionálního vyčerpání .....	63
Graf 15: Směnný provoz v oblasti Depersonalizace .....	64
Graf 16: Směnný provoz v oblasti Osobního uspokojení.....	64
Graf 17: Možnost konzultace s psychologem na pracovišti .....	65
Graf 18: Četnost supervize konaná na pracovišti .....	66

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 Dotazník Syndrom vyhoření

Příloha č. 2 Das Fragebogen - das Thema „Burnout“ I. - Maslach Burnout Inventory

Příloha č. 3 Klíč k vyhodnocení MBI dotazníku

Příloha č. 4 Žádosti o povolení průzkumného dotazníkového šetření od různých institucí

Příloha č. 5 Ich – die Praktikantin im Seniorenheim Waldmünchen

Příloha č. 6 Informační leták – Syndrom vyhoření a možnosti jeho prevence

Příloha č. 7 Studie kresby rukou

Příloha č. 8 Studie kresby rukou (návrhy do letáku)

## Příloha č. 1 Dotazník Syndrom vyhoření

Vážený ošetřující personál,

mé jméno je Hana Zámková a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií oboru Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví.

Touto cestou bych Vás poprosila o vyplnění následujícího dotazníku, jehož tématem je: Syndrom vyhoření u ošetřujícího personálu v Domovech pro seniory v Plzni. Dotazník je anonymní a Vámi vyplněné údaje mi lépe poslouží pro zpracování bakalářské práce.

**Pozor:** Dotazník se skládá z dvou částí. V první části dotazníku запиšte číslo, které nejvíce vystihuje sílu pocitů, které obvykle prožíváte. V druhé části dotazníku запиšte do políčka vpravo vždy jednu správnou odpověď, popř. do kolonky **jiné** napište svoji odpověď, jestliže ani jedna z uvedených možností nevyhovuje. Je nezbytné vyplnit **obě** části dotazníku se všemi otázkami.

Předem Vám mnohokrát děkuji.

Hana Zámková, studentka FZS Plzeň

### I. Část anonymního dotazníku - Maslach Burnout Inventory (MBI)

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

**Síla pocitů:            Vůbec    0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7    Velmi silně**

0	1	2	3	4	5	6	7
Vůbec	Několikrát za rok nebo méně	Jednou měsíčně nebo méně	Několikrát za měsíc	Jednou týdně	Několikrát týdně	Každý den	Velmi silně
<b>1</b>	Práce mne citově vysává.						
<b>2</b>	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil.						
<b>3</b>	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a.						

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



## II. Část anonymního dotazníku – identifikační údaje

Zapište vpravo v políčku vždy jen jednu správnou odpověď (číslo). U otevřených otázek odpověď vypište.

1	Pohlaví	1. muž 2. žena	
2	Věk		
3	Rodinný stav	1. ženatý/vdaná 2. svobodný 3. rozvedený 4. vdovec/vdova 5. jiné (doplňte).....	
4	Nejvyšší dosažené vzdělání	1. ZŠ 2. SŠ 3. VOŠ 4. VŠ	
5	Jak dlouho pracujete v tomto zařízení		
6	Počet let práce se seniory		
7	Pracujete na směnný provoz?	1. ano 2. ne	
8	Jak často se na Vašem pracovišti provádí supervize	1. 4x do roka 2. 2x do roka 3. 1x za rok 4. neprovádí se	
9	Máte na pracovišti možnost konzultace s psychologem?	1. ano 2. ne	
10	Jste spokojeni s organizací práce a s Vaším vedením?	1. zcela 2. většinou 3. někdy 4. vůbec	

Děkuji za vyplnění dotazníku, pomůže mi lépe pochopit nároky práce v pomáhajících profesích.

**Príloha č. 2 das Fragebogen, das Thema: “Burnout“ I. - Maslach Burnout Inventory (MBI)**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in meiner Bachelorarbeit behandle ich das Thema "Burnout", im Pflegebereich. Um in dieser Facharbeit auch den Bezug zur Realität herstellen zu können, bräuchte ich eure Hilfe. Ich würde euch bitten die folgenden Fragen bzw. Fragebogen anonym und ehrlich zu beantworten. Vorab schon mal vielen Dank für eure Mithilfe.

Aufgabe: In diesem Fragebogen, füllen Sie die für jeden Anspruch Nummer gekennzeichneten Felder, unter Angabe der unten genannten Schlüsselstärke von Gefühl, das in der Regel zu erleben (Bewerten Sie jede Aussage anhand folgender Skala, inwieweit sie bei Ihnen zutrifft mit):

**Kraft der Gefühle:**

**Trifft nie zu      0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7      trifft immer zu**

<b>1</b>	Ich fühle mich durch meine Arbeit emotional erschöpft.	
<b>2</b>	Ich fühle mich am Ende eines Arbeitstages verbraucht.	
<b>3</b>	Ich fühle mich bereits ermüdet, wenn ich morgens aufstehe und einen neuen Arbeitstag vor mir liegen sehe.	
<b>4</b>	Ich kann es leicht verstehen, wie andere Menschen über bestimmte Themen denken.	
<b>5</b>	Ich habe das Gefühl, einige andere Menschen so zu behandeln, als wären sie Objekte.	
<b>6</b>	Den ganzen Tag mit Menschen zu arbeiten, strengt mich an.	
<b>7</b>	Ich gehe erfolgreich mit den Problemen anderer Menschen um.	
<b>8</b>	Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt.	
<b>9</b>	Ich habe das Gefühl, durch meine Arbeit das Leben anderer Menschen zu beeinflussen.	
<b>10</b>	Ich bin Menschen gegenüber abgestumpfter geworden, seit ich diese Arbeit ausübe.	
<b>11</b>	Ich befürchte, dass mich meine Arbeit weniger mitfühlend macht.	
<b>12</b>	Ich fühle mich sehr energiegeladen.	
<b>13</b>	Ich fühle mich durch meine Arbeit frustriert.	
<b>14</b>	Ich habe das Gefühl, in meinem Beruf zu hart zu arbeiten.	

<b>15</b>	Es interessiert mich nicht wirklich, was mit anderen Menschen geschieht.	
<b>16</b>	Bei der Arbeit in direktem Kontakt zu Menschen zu stehen, stresst mich zu sehr.	
<b>17</b>	Mir fällt es leicht, eine entspannte Atmosphäre zu schaffen.	
<b>18</b>	Ich fühle mich angeregt, wenn ich eng mit anderen Menschen zusammengearbeitet habe.	
<b>19</b>	Ich habe viele lohnende Ziele bei meiner Arbeit erreicht.	
<b>20</b>	Ich habe das Gefühl, am Ende meiner Weisheit zu sein.	
<b>21</b>	Bei meiner Arbeit gehe ich mit emotionalen Problemen gelassen um.	
<b>22</b>	Ich habe das Gefühl, dass mir manche Menschen bzw. deren Angehörige für manche ihrer Probleme die Schuld geben.	

Es ist am besten bekannt Fragebogen zum Burnout in exponierten Berufen überwachen. Es hat drei Faktoren. Zwei sind negativ gestimmt - emotionale Erschöpfung und Depersonalisation. Man ist positiv gestimmt - persönliche Zufriedenheit am Arbeitsplatz.

### Příloha č. 3 Klíč k vyhodnocení MBI dotazníku

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

## **Příloha č. 4 Žádosti o povolení průzkumného dotazníkového šetření od různých institucí**

V Plzni 27. února 2015

**Věc: Žádost o povolení průzkumného dotazníkového šetření**

Vážená paní / Vážený pane

zdvořile Vás žádám o povolení průzkumného dotazníkového šetření, na kterém se bude účastnit pečující personál v institucích Domovy péče pro seniory. Výsledky výzkumu budou použity v mé bakalářské práci.

Z výsledků budu zjišťovat míru syndromu vyhoření u pečujícího personálu. Vedoucí mé bakalářské práce je MUDr. Květuše Zikmundová, CSc., které se zodpovídám.

Průzkumné šetření, které bude probíhat formou anonymního dotazníku, přikládám k žádosti.

Předem mnohokrát děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

Hana Zámková

Studentka ZČU FZS

oboru Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví

e-mail: [hana.zamkova@seznam.cz](mailto:hana.zamkova@seznam.cz)



podpis a razítko instituce

V Plzni 27. února 2015

**Věc: Žádost o povolení průzkumného dotazníkového šetření**

Vážená paní / Vážený pane

zdvořile Vás žádám o povolení průzkumného dotazníkového šetření, na kterém se bude účastnit ošetřující personál v přímé péči v Domově pro seniory. Výsledky výzkumu budou použity v mé bakalářské práci, téma zní: Syndrom vyhoření u ošetřujícího personálu v Domovech pro seniory v Plzni.

Z výsledků budu zjišťovat míru syndromu vyhoření u veškerého ošetřujícího personálu. Vedoucí mé bakalářské práce je MUDr. Květuše Zikmundová, CSc., které se zodpovídám.

Průzkumné šetření, které bude probíhat formou anonymního dotazníku, přikládám k žádosti.

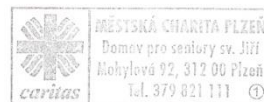
Předem mnohokrát děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

Hana Zámková

Studentka ZČU FZS

oboru Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví

e-mail: [hana.zamkova@seznam.cz](mailto:hana.zamkova@seznam.cz)



  
Bc. Ludmila Kučerová DiS.

podpis a razítko instituce

V Plzni 27. února 2015

**Věc: Žádost o povolení průzkumného dotazníkového šetření**

Vážená paní / Vážený pane

zdvořile Vás žádám o povolení průzkumného dotazníkového šetření, na kterém se bude účastnit ošetřující personál v přímé péči v Domově pro seniory. Výsledky výzkumu budou použity v mé bakalářské práci, téma zní: Syndrom vyhoření u ošetřujícího personálu v Domovech pro seniory v Plzni.

Z výsledků budu zjišťovat míru syndromu vyhoření u veškerého ošetřujícího personálu. Vedoucí mé bakalářské práce je MUDr. Květuše Zikmundová, CSc., které se zodpovídám.

Průzkumné šetření, které bude probíhat formou anonymního dotazníku, příkládám k žádosti.

Předem mnohokrát děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

DIECEZNÍ CHARITA PLZEŇ  
Domov pokojného staří s. r. o. Běbřaty  
Hlavanova 15 a 17, 325 00 Plzeň 17  
tel.: 379 209 311  
IČO: 48774034 (2)

Hana Zámková

*Hana Zámková*  
.....

Studentka ZČU FZS

podpis a razítko instituce

oboru Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví

e-mail: [hana.zamkova@seznam.cz](mailto:hana.zamkova@seznam.cz)

V Plzni 27. února 2015

**Věc: Žádost o povolení průzkumného dotazníkového šetření**

Vážená paní / Vážený pane

zdvořile Vás žádám o povolení průzkumného dotazníkového šetření, na kterém se bude účastnit ošetřující personál v přímé péči v Domově sv. Aloise - domov se zvláštním režimem. Výsledky výzkumu budou použity v mé bakalářské práci.

Z výsledků budu zjišťovat míru syndromu vyhoření u veškerého ošetřujícího personálu. Vedoucí mé bakalářské práce je MUDr. Květuše Zikmundová, CSc., které se zodpovídám.

Průzkumné šetření, které bude probíhat formou anonymního dotazníku, příkládám k žádosti.

Předem mnohokrát děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

Hana Zámková

Studentka ZČU FZS

oboru Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví

e-mail: [hana.zamkova@seznam.cz](mailto:hana.zamkova@seznam.cz)



podpis a razítko instituce



V Plzni 27. února 2015

**Věc: Žádost o povolení průzkumného dotazníkového šetření**

Vážená paní / Vážený pane

zdvořile Vás žádám o povolení průzkumného dotazníkového šetření, na kterém se bude účastnit pečující personál terénní pečovatelské služby. Výsledky výzkumu budou použity v mé bakalářské práci.

Z výsledků budu zjišťovat míru syndromu vyhoření u pečujícího personálu. Vedoucí mé bakalářské práce je MUDr. Květuše Zikmundová, CSc., které se zodpovídám.

Průzkumné šetření, které bude probíhat formou anonymního dotazníku, přikládám k žádosti.

Předem mnohokrát děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

Hana Zámková

Studentka ZČU FZS

oboru Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví

e-mail: [hana.zamkova@seznam.cz](mailto:hana.zamkova@seznam.cz)

LONGEVITA SENIO s.r.o.  
Všeruby 243/330 16 Všeruby  
IČ: 26397743, DIČ: CZ26397743

podpis a razítko instituce



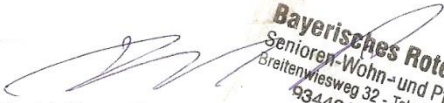
BRK Senioren-Wohn- und Pflegeheim, 93449 Waldmünchen

Aktenzeichen	Bereich
Bei Beantwortung bitte angeben	
Steuer-Nr. 143/241/00378	
Institutionskennzeichen:	510930390

Ihr Schreiben	Ihr Zeichen	Bearbeiter/in	Durchwahl <b>09972/309-0</b>	Anlage	Datum 22.09.14
---------------	-------------	---------------	---------------------------------	--------	-------------------

### Bestätigung

Hiermit genehmigen wir Frau Zamkova Hana, dass sie auf den Stationen des BRK-Senioren-Wohn- und Pflegeheim an die Mitarbeiter Fragebögen zum Thema „Burnout“ ausgeben kann. Die Fragebögen enthalten keine Mitarbeiterdaten und die Ergebnisse werden lediglich für ihre Bachelor Arbeit verwendet.

  
Dostal Alexandra  
PDL

**Bayerisches Rotes Kreuz**  
Senioren-Wohn- und Pflegeheim  
Breitenwiesweg 32 - Tel.: 09972/309-0  
93449 Waldmünchen

## Příloha č. 5 Ich – die Praktikantin im Seniorenheim in Waldmünchen

Heimbote Ausgabe II/2014

Liebe Heimbewohner,  
sehr geehrte Angehörige, geschätzte Mitarbeiter,

heute lesen Sie die Sommerausgabe unseres Heimboten. Ein heißes Frühjahr mit allerlei schönen, aber auch mit einem sehr traurigen Ereignis liegt hinter uns.

Als personelle Verstärkung können wir vier Mitarbeiterinnen begrüßen.  
Neu sind bei uns die als Pflegehelferinnen die  
Kollegen unterstützen. Als Praktikantin befindet sich zur Zeit Frau Hanna Zamkova bei uns im Haus. Frau Zamkova ist Studentin an der Universität in Pilsen und sammelt bei uns Erfahrungen im Pflege- und im Hygienebereich. Ich heiße alle vier herzlich willkommen und wünsche ihnen viel Freude bei der Arbeit.

Seit 16.07.2014  
unterstützt  
Frau Hanna Zamkova  
als Praktikantin die  
Station I.



Für ihre Tätigkeiten wünschen wir ihnen viel Erfolg.

## Příloha č. 6 Informační leták – Syndrom vyhoření a možnosti jeho prevence

# VÍTE, CO JE TO SYNDROM VYHOŘENÍ?

V počátcích se člověk cítí vyčerpaný, unavený, bez nálady, postupně se stává apatickým a ztrácí smysl svého konání, přestává věřit, až se na konec dostaví „vyhoření“.

**Můžete tomu zabránit!**

### Zdroj vlastní

**Se syndromem vyhoření se nejčastěji potýkají lidé, jejichž náplní práce je pomáhat druhým**  
(lékaři, zdravotní sestry, ošetrovatelky, sociální pracovníci, učitelé, policisté, manažeri atd.)

lidé pracovití, důslední, ti, kteří se obětují pro druhé a neumějí říct NE  
lidé plní energie a ti, kteří pracují příliš usilovně  
lidé, kteří se museli mnohého vzdát, aby mohli vykonávat svoji práci  
lidé, kteří mají minimální zájmy mimo práci  
lidé, kteří netuší, že jsou ohroženi vyhořením

**Jak předcházet syndromu vyhoření? Nauč se říkat NE!**

Nauč se smát, hraj si, buď k sobě laskavý, hodný.  
Najdi si čas na odpočinek, dostatečný spánek, koníčky, sport a jiné pohybové aktivity.  
Nezapomínej na přátele a rodinu. Důležitá je jak životospráva, tak pravidelný denní režim.

#### Fáze syndromu vyhoření

- \* nadšení
- \* stagnace
- \* frustrace
- \* apatie
- \* vyhoření

#### Hlavní projevy syndromu vyhoření

- \* ztráta empatie
- \* výbušnost, netrpělivost, nervozita
- \* změny nálad
- \* cynismus, ironie, nezájem o pacienty
- \* nekolegiální jednání
- \* konflikty v rodině
- \* únava, vyčerpání
- \* bolesti pohybového aparátu a hlavy
- \* zaživací problémy

#### Prevence vyhoření

- \* adaptační praxe
- \* péče o sebe
- \* pomoc tam, kde vaše síly nestačí
- \* mezilidské vztahy
- \* osvětlení zaměstnavatelé
- \* sebepoznávání a sebehodnocení
- \* osobní život, přátelé, koníčky
- \* práce patří do práce
- \* pomáhá dobrá tělesná kondice
- \* každý člověk má své potřeby

### Zdroj vlastní

## Příloha č. 7 Studie kresby rukou



Obrázek 1 Zdroj: <http://severinka.mysteria.cz/galerie/kresba/k03.jpg>



**Příloha č. 8 Studie kresby rukou (návrhy do letáku)**



Obrázek 2 Zdroj vlastní



Obrázek 3 Zdroj vlastní