

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
Katedra psychologie

**SYNDROM VYHOŘENÍ VE ZDRAVOTNICKÉ
PROFESI**

Bakalářská práce

Zuzana Farkašová

Specializace v pedagogice – Výchova ke zdraví (2009-2012)

Vedoucí práce: PhDr. Alexandra Aišmanová

Plzeň, duben 2012

Prohlašuji, že jsem předloženou závěrečnou práci vypracoval(a) samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni dne 5. dubna 2012

.....
vlastnoruční podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucímu bakalářské práce PhDr. Alexandře Aišmanové za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

Zároveň děkuji staniční sestře Psychiatrické léčebny Dobřany Bc. Jitce Divokové za odborné rady v oboru zdravotnictví a psychiatrie. Dále pak všem zdravotním sestřám, které byly ochotné vyplnit dotazník a spolupracovat na této bakalářské práci.

Obsah

ÚVOD	7
1 STRES	8
1.1 Vymezení pojmu stres	8
1.2 Stresor	9
1.3 Druhy stresu	10
1.4 Ovlivňující faktory a projevy stresu	11
2 SYNDROM VYHOŘENÍ	13
2.1 Teoretické koncepce syndromu vyhoření	13
2.2 Rizikové faktory	15
2.3 Rizikové profesní skupiny	17
2.4 Klinický obraz syndromu vyhoření	17
2.5 Fáze syndromu vyhoření	19
2.6 Prevence a léčba vyhoření	19
3 SYNDROM VYHŘENÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ	23
3.1 Zátěž v profesi zdravotní sestry	24
3.1.1 Vztahy na pracovišti	25
3.1.2 Problémoví pacienti	26
3.2 Nejrizikovější zdravotnická pracoviště	27
3.3 Duševní hygiena a supervize ve zdravotnictví	29
4 PROJEKT VÝZKUMU	31
4.1 Metodika výzkumu	31
4.2 Charakteristika zkoumaného vzorku	32

4.3 Stanovené hypotézy	32
5 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	33
5.1 Interpretace výsledků dotazníkového šetření.....	43
6 ROZHOVOR SE STANIČNÍMI SESTRAMI	45
6.1 Interpretace výsledků rozhovoru	47
ZÁVĚR.....	48
RESUMÉ	49
SEZNAM POUŽITÉ A CITOVANÉ LITERATURY.....	51
PŘÍLOHY	53

Úvod

Syndrom vyhoření není ve zdravotnictví ani v jiných oborech novým pojmem. Zájem o tuto problematiku v dnešní době narůstá, a tak můžeme říci, že se jedná o záležitost stále aktuálnější. Nároky na lidskou populaci se rok od roku zvyšují a současné životní tempo se stává velmi zatěžujícím. Spojením určitých faktorů, které budou v této práci blíže popsány, může dojít k celkovému vyčerpání, což snižuje kvalitu našeho života a námi odvedené práce. Zdravotnictví je jedním z nejvíce postižených oborů, co se týče otázky syndromu vyhoření. Právě u těchto pracovníků by se mělo dbát na prevenci a včasnou intervenci, protože jde o záchranu lidského zdraví. Základním pilířem řešení problému je informovanost, které bych se pokusila touto bakalářskou prací pomoci.

V teoretické části se zaměřím na obecné informace týkající se stresu a syndromu vyhoření. Dále se budu zabírat konkrétně zdravotnickou profesí, a to například nejrizikovějšími pracovišti, zátěží zdravotnických pracovníků nebo duševní hygienou a supervizí.

Mým cílem v praktické části této práce je zjistit, zda je v otázce syndromu vyhoření ve zdravotnické profesi důležitý faktor lepšího se stavu pacienta, či nikoliv. Zároveň chci prozkoumat, do jaké míry jsou syndromem vyhoření postiženy zdravotní sestry Psychiatrické léčebny v Dobřanech. K dosažení výsledků použiji metodu dotazníku. Jako doplňující metodu v praktické části jsem zvolila rozhovor se staničnými sestrami. Tím se pokusím objasnit, jaký je jejich pohled, jakožto vedoucích pracovníků a zároveň zkušených zdravotních sester, na otázky týkající se syndromu vyhoření přímo na jejich odděleních.

1 Stres

„ Stres v žádném případě nemusí být pouze škodlivý; je zároveň kořením života, neboť každé hnutí mysli a každá činnost zapříčiňuje stres. Stejný stres, po kterém jeden člověk onemocní, může znamenat pro druhého životodárné uzdravení.“ (Hans Selye)

1.1 Vymezení pojmu stres

Stres je jednoduše odpověď našeho organismu na zátěž. Naše tělo jako bio-psycho-sociální celek reaguje na určitý podnět. Můžeme se dočíst i o termínu „choroba století“, kterým je stres označován. Jde o nadužívaný název pro konflikt, frustraci, úzkost a nepříjemné situace. (Hartl, Hartlová, 2000) Slovo stres pochází z anglického „stress“, což znamená napětí, zátěž. Jeho původ můžeme hledat ve fyzice, kde se vztahuje k tlaku, jemuž je určitá hmota vystavena. Poprvé byl pojem přenesen na člověka v roce 1950 endokrinologem H. Selyem, který vytvořil teorii stresu a charakterizoval ho jako fyziologickou odpověď organismu na poškození nebo ohrožení, která se projevuje adaptačním syndromem. Organismus se snaží udržet stálost vnitřního prostředí, která je podmínkou správného průběhu životních dějů a funkcí. Na změny podmínek reaguje právě adaptací. (Švingalová, 2006) Dále je pojem stres vymežován různě.

Podle Nakonečného (1995) vzniká, když působí na jedince nadměrně silný podnět po dlouhou dobu nebo když se ocitne v nesnesitelné situaci, které se nemůže vyhnout a setrvává v ní. S tímto souvisí tvrzení Vágnerové (2008), která chápe stres jako stav nadměrného zatížení či ohrožení. Můžeme tedy říci, že psychologické pojetí stresu je velmi široké, protože podle ní jde o jakoukoliv náročnější životní situaci. Naproti tomu, německý psycholog Brockert (1993) hovoří o tom, že stres vzniká tehdy, když se naše životní cíle přestanou krýt s našimi potřebami. Beverly A. Potterová (1997) doplňuje definici o tvrzení, že stres je změna příjemná i nepříjemná a přináší především nejistotu.

Honzák a Novotná (1994) tvrdí, že stres je reakcí na životní krizi, či-li že krize s sebou nese stres. Proti krizi se bránit nemůžeme, protože přichází s určitým obdobím života, přičemž vůbec tu první zažíváme již při narození. Proti stresu se ale bránit můžeme nejrůznějšími technikami. Autoři neopomínají ani pozitivní účinky stresu, jakožto pohánějícího motoru, který nás nutí k rychlému rozhodování.

Pokud hovoříme o fázích reakce na stres, můžeme jmenovat tři: poplašná, adaptační a fáze vyčerpání. Tyto jsou označovány jako „generální adaptační syndrom (GAS)“ (Švingalová, 2006). Ve stadiu poplachu se organismus aktivuje, jak po stránce

psychické, tak po stránce fyziologické a připravuje se k boji nebo k útěku. V oblasti fyziologické dochází ke změnám v kůře nadledvinek, k produkci a vylučování hormonů adrenalinu, noradrenalinu a dalších. Dochází ke zrychlení srdečního rytmu a dechu a také ke změnám svalového napětí. Stoupá krevní tlak a játra vyplavují cukr do krve. V oblasti psychické nastupují reakce jako strach, hněv nebo agrese. (Potterová, 1997)

Dalším stadiem reakce na stres je fáze zvládnání. To znamená, že člověk hledá strategii, která by mohla vést ke zmírnění nebo dokonce odstranění stresu. Můžeme jí také nazvat fází odporu nebo přizpůsobení. Úroveň aktivace organismu klesá a pokračuje na střední úrovni. Jde o zvládnutí stresujícího činitele. Pokud je zátěž „pokořena“, následuje fáze zotavovací. Jestliže ji nezvládneme, setrvává organismus v aktivaci a dochází k selhání adaptačního systému. Dostáváme se k poslední fázi a tou je vyčerpání, při kterém se objevují různé patologické změny jako jsou psychosomatické nemoci. Můžeme také hovořit o fázi rozvoje stresem podmíněných poruch. (Potterová, 1997)

1.2 Stresor

„*Stresor je činitel vnějšího prostředí, vyvolávající v organismu stav stresu či stresovou reakci*“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 569). Je to podnět různého charakteru, který je subjektivně prožíván a hodnocen jako stresový (zátěžový). Právě podle charakteru dělíme stresory na vnitřní a vnější. Jinak mohou být podle povahy děleny na fyzikální, biologické, sociální a psychologické. (Švingalová, 2006) Dále můžeme dělit stresory z hlediska délky působení na krátkodobé a dlouhodobé. Z hlediska intenzity na mikrostressory a makrostressory. Stresové vlivy jsou většinou komplexní, a proto třídění má jen systematizující význam.

Další charakteristiky z této oblasti se pokusilo vyjádřit i mnoho jiných autorů, a to například takto:

- Stres může být vyvolán různými podněty (=stressory).
- Různí lidé mohou reagovat na tentýž stresor odlišně.
- Jsou lidé, kteří se dostávají do stresu snadno, jiní jsou odolnější a existují i lidé, kteří jsou vůči stresu takřka imunní.
- Stejný stresor může působit na člověka s různou intenzitou podle toho, kdy a za jaké situace se objeví.

Subjektivní zkušenost člověka se stresorem je měřitelné podle různých hodnotících škál. Jednou z metod tohoto měření je „tabulka životních událostí“ (**Příloha 1**), jejímiž

autory jsou Holmes a Rahe. Každá významná událost má určitou bodovou hodnotu, přičemž za největší zátěž je považována ztráta partnera/partnerky, další položky nebyly stanoveny náhodně, ale byly vypočítány z desítek klinických studií. Při měření se bere v úvahu posledních 12 měsíců a při sečtení a překročení hranice 250 bodů je zde velké riziko zdravotních problémů. Na dopad stresu na člověka mají samozřejmě vliv osobnostní vlastnosti a sociální okolnosti. Tato metoda byla aplikována ve výzkumu v šedesátých letech minulého století, kdy si pracovníci jedné z pojišťoven v USA všimli, že vdovy po tragicky zemřelých hornících umírají dříve a jsou častěji nemocné než ostatní stejně staré ženy. Široce pojatý klinický výzkum probíhal téměř dvacet let a dosud na něm pokračují upřesňující a ověřující práce. (Honzák, Novotná, 1994)

1.3 Druhy stresu

Prvním bodem této podkapitoly jsou druhy stresu, které můžeme rozdělit například podle stresorů na **EUSTRES** a **DISTRES**. V prvním případě jde o stav vyvolaný pozitivní zátěží, která působí jako motivační síla. Dochází ke zvýšení výkonnosti a tím i k dosahování stanovených cílů. Jde například o to, že prožíváme stres z něčeho, na co se těšíme. U distresu hovoříme o negativní zátěži – je to „zlý“ stres, který má na člověka jako bio-psycho-sociální bytost negativní dopad. Dochází k újmám na zdraví, k ohrožení mezilidských vztahů nebo například k psychické destrukci jedince. (Zábojníková, 2010)

Dalším druhem stresu je **informační stres**. Je to jednak napětí z nedostatku informací, kdy známe pouze některá fakta a jsme zatíženi tím, že nevíme více. Za druhé je to stres vyvolaný nadbytkem informací. V dnešní době se na nás ze všech médií a okolí hrne obrovské množství informací a může se stát, že je všechny nevstřebáme tak, jak bychom měli. Nabýváme potom pocitu, že je vše špatně. Z časového hlediska bychom mohli použít Matouškovo rozdělení stresu na akutní, chronický, anticipační a posttraumatický. (Matoušek, 2003)

Akutní stres se objevuje zejména při nehodách, úrazech, atd. Je vyvolán krátkodobou událostí, prožíván intenzivně.

Chronický stres může být způsoben i více stresory, které se mohou vyskytovat v nepravidelných či pravidelných intervalech, ale na rozdíl od akutní zátěže působí s menší intenzitou. Bývá ze všech druhů stresu nejčastěji považován za příčinu syndromu vyhoření, který je tématem následujících kapitol.

Posttraumatický stres (tzv. následný stres) je opožděná reakce na krátkodobou, ale intenzivní zátěžovou situaci. Intenzita pocitů úzkosti a deprese kolísá a projevuje se v různých časových úsecích.

Anticipační stres je strach nebo úzkost při pouhém pomyslení na stresor, ale přitom nejde o stresor aktuální. Dalo by se tedy říci, že jde o stres z budoucnosti.

1.4 Ovlivňující faktory a projevy stresu

To, co pro jednoho člověka znamená nadměrnou zátěž, může pro jiného znamenat pouze drobnou překážku. Protože je velká variabilita v pojetí stresu, musíme rozlišit **faktory**, které jedince v této oblasti ovlivňují. Jedním z nich je například subjektivní hodnocení situace nebo psychofyzická odolnost organismu. (Švingalová, 2006) Ovšem každý autor upozorňuje na jiné faktory. Kebza, Šolcová (2003) je rozděluje na vnitřní a vnější, přičemž vnitřním faktorem jsou osobnostní rysy jedince. Vnější faktory představují sociální oporu.

Hennig a Keller (1996) rozlišují při výzkumu stresu dva druhy osobností. Prvním druhem jsou osobnosti s re-aktivním životním postojem. Tito lidé jsou ke stresu mnohem náchylnější a charakterizují je následující způsoby chování:

- a) pociťují, že jsou pasivně vystavováni událostem v životě
- b) prezentují se jako bezmocné oběti
- c) svou odpovědnost přenášejí na druhé

Druhým typem jsou lidé s pro-aktivním životním postojem – tyto osoby jsou obecně odolnější vůči zátěži a vyznačují se následujícím způsobem:

- d) aktivně se podílejí na utváření svého života
- e) orientují se více na přítomnost a budoucnost než na minulost
- f) problémy chápou jako výzvu – snaží se je řešit
- g) odpovědnost berou sami za sebe

Podle dnes již notoricky známé Eysenckovy typologie temperamentu, můžeme říci, že rezistentnější vůči stresu jsou sangvinici a flegmatici, protože se vyznačují větší mírou psychické stability, kdežto cholericí a melancholici jsou labilnější a tudíž méně odolní.

Hovoříme-li o projevech stresu, pak rozlišujeme tři oblasti, ve kterých se na nás stres podepisuje. Jde o oblast fyziologickou, emocionální a behaviorální. (Křivohlavý, 1994) Fyziologické příznaky jsou projevy našeho těla. Můžeme se setkat s bušením srdce,

dechovými obtížemi, potížemi gastrointestinálního traktu (průjem, zácpa, nechutenství, zvracení, nevolnost, bolesti břicha,...), svalovým napětím, bolestmi hlavy, zvýšenou potřebou močení, pocitem cizího těla, poruchami sexuálních funkcí... Emocionální projevy pozorujeme u prožívání na úrovni nálad a pocitů jedince. Tyto příznaky ovlivňují utváření našich postojů a další procesy. Hovoříme zde o prudkých změnách nálad, vzteku, úzkosti, poruchách spánku, poklesu koncentrace pozornosti. (Křivohlavý, 1994) Podle jiných autorů je tato oblast nazývána nadřazenějším pojmem „duševní“ a zahrnuje i myšlení – tzv. dělání si starostí, které přináší negativní vtíravé myšlenky a blokují tak jinou činnost. Také se upozorňuje na sociální oblast, která zahrnuje narušení mezilidských vztahů a komunikace. U behaviorálních projevů jde o chování jedince prožívajícího stres. Zhoršují se výkony, objevuje se změna denního režimu, odkládání úkolů, absence v zaměstnání,... (Švingalová, 2006)

2 Syndrom vyhoření

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

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN), 10. revize z roku 1992 uvádí v rámci skupiny diagnóz Z 73 – „Problémy spojené s obtížemi při vedení života“ kategorii Z 73-0 „Vyhasnutí (vyhoření)“. (Kebza, Šolcová, 2003) Syndrom vyhoření je v dnešní době velmi aktuální a diskutované téma pro mnohé odborníky. Mohli bychom hovořit o vlivu současné doby, rovněž tak o vlivu ekonomické situace a dalších. Nelze si nevšimnout, že lidé v našem blízkém i vzdáleném okolí se každý den potýkají s náročnými situacemi a často na nich můžeme pozorovat známky vyčerpání a přetížení. Od lehkých psychických potíží bývá jen krůček ke vzniku vážného problému. Jak ale rozeznáme syndrom vyhoření od stresu?

Dalo by se říci, že stres, tedy spíše chronický je spouštěčem syndromu vyhoření. Z opačného konce vzato, vzniká syndrom vyhoření v důsledku chronického stresu. Narušení rovnováhy je způsobeno dlouhodobou disbalancí mezi zátěží a fází klidu. Podle Stocka (2010) je syndrom vyhoření nezřídka zaměňován i s depresí, protože symptomy jsou si velmi podobné. Uvádí také, že mnoho autorů považuje vyhoření za určitou formu deprese. S tímto se však Stock neztotožňuje a tvrdí, že u syndromu vyhoření jde o mnohem složitější problém, zejména proto, že se projevuje vyčerpáním na několika rovinách, což je třeba odlišovat od depresivních stavů sklíčenosti.

2.1 Teoretické koncepce syndromu vyhoření

Poprvé byl pojem „burn-out“ v literatuře použit v roce 1974 H. Freudenbergem v časopise „Journal of Social Issues“. (Kebza, Šolcová, 2003) Největší pozornost byla tomuto tématu věnována v zahraniční literatuře v 80. letech minulého století. V českých zdrojích nebylo příliš rozpracováno, avšak odborníci se k němu vracejí více až v současné době zejména v časopiseckých publikacích. Je důležité definovat a vymezit si samotný pojem „burnout“, tedy „syndrom vyhoření“: *„Syndrom vyhoření je ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka některé z pomáhajících profesí. Nejčastěji je spojen se ztrátou činnosti a poslání. Projevuje se pocítky zklamání, hořkosti při hodnocení minulosti...Jde o stav konečný, ačkoliv vývoj je plíživý, a tím nebezpečný“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 586).*

Potterová (1997, s. 11) hovoří o syndromu vyhoření takto: „Po „bezduchem“ pracovním dnu se lidé cítí vyčerpaní a „prázdní“ a mají málo chuti vrátit se druhý den opět do práce. Bezduchá práce ničí nadšení tak dlouho, až udusí motivaci. Schopnosti a znalosti zůstávají nedotčené, ale chuť podávat výkony – vnitřní náboj – klesá. Vyhoření je nemocí duše, protože potlačuje vůli.“ Podle stejné autorky byl původně (před 80. lety 20. století) používán jako slangové označení narkomana, který se ocitl na samém dně.

Bartošíková (2006) definuje syndrom vyhoření jako jev vznikající dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně náročné. Objevuje v tzv. „pomáhajících profesích“ a souvisí jednak se zátěží, ale také je důsledkem selhání osobních mechanismů, které mají za úkol zvládat náročné situace, tzv. „coping mechanismy“.

Vezměme tedy v úvahu, co mají všechny definice společné:

- přítomnost negativních emocionálních příznaků
- důraz je kladen na psychické příznaky a chování
- je spojován s určitými druhy povolání
- vyskytuje se u jinak psychicky zdravých lidí
- nesouvisí s pracovními schopnostmi a dovednostmi.

Pokud hovoříme o teoretických východiscích, musíme podle Kebzy a Šolcové (2003) rozlišit dvě oblasti výzkumu, kde lze vysledovat souvislost podstaty vyhoření. V linii filozoficko-psychologické jde především o oblasti existenciálně orientované filozofie a psychologie. Myšlenky a objevy existencialismu byly a jsou pro řadu psychologů a psychiatrů základním kamenem v chápání syndromu vyhoření. Podstatné jsou otázky vztahující se k prožitkům jedince v období životní krize. V linii psychologicko-medicínské přispělo ke koncipování poznatků o vyhoření studium stresu a jeho důsledků.

Podíváme-li se blíže na historické zázemí syndromu vyhoření, pak bychom jeho kořeny měli hledat již v Bibli – Exodu v příběhu o Mojžíšově životě. Ten trávil všechny svůj čas pomáháním lidem, řešením jejich problémů a neshod, až došel na konec svých duševních, emocionálních a fyzických sil a nebyl schopen se dál lidmi zabývat. Jediné, po čem toužil, bylo uniknout. Na začátku byl schopen udělat pro svůj lid vše a ze svého úspěchu v pomoci druhým byl nadšený. Na konci prosí Boha o to, aby ho zabil, protože všechno to lidské naříkání bylo velkým břemenem. (Rush, 2003)

2.2 Rizikové faktory

V první řadě se zaměříme na **osobnost člověka**, tedy spíše na jeho vzorec chování. Stock (2010) rozdělil lidi na skupinu s typem chování „A“ a „B“, přičemž „A“ jsou jedinci s velkými ambicemi, vyvinutým smyslem pro povinnost. Vyznačují se soutěživostí, netrpělivostí, perfekcionismem a sklony k agresivitě. Později byl výčet těchto vlastností použit pro označení jedinců závislých na práci, tzv. workoholiků. Jde o lidi, kteří bývají zpočátku úspěšní, později však působí konflikty na pracovišti a přestává se jim dařit. Individuálně zhodnotí stresovou situaci nesprávně – mají tendenci sami sebe ujišťovat, že všechno zvládnou. Výsledkem je nerovnováha mezi vypětím a uvolněním – stresem a zotavením. Po letech vyplývané energie u nich dochází k reakci, například v podobě vyhoření.

Typ chování „B“ je opakem „A“. Tito lidé se vyznačují nižší mírou nepřátelského chování, soutěživosti, agresivity a naopak větší trpělivostí a klidem. V zásadě lze říci, že jsou svými vlastnostmi chráněni před syndromem vyhoření, ale jejich trvale nízké vytížení snižuje efektivitu a produktivitu práce. Podle Stocka (2010) je tedy klíčová rovnováha mezi oběma póly a dále se zabývá otázkou, čím je vlastně způsobeno, že patříme k tomu či onomu typu. Hovoří o „poháněcích mechanismech“, což jsou v podstatě motivátory. Jde o jakési „vnitřní hlasy“, které jsou v nás hluboko zakořeněné již z dětství a následně pak v životě fungují bez našeho vědomí. Stock při jejich konkrétním výčtu odkazuje na představitelé transakční analýzy Iana Stewarta a Vanna Joinesa (in Stock, 2010), kteří motivátory podrobněji popsali:

Bud' silný! Pokud se tímto heslem budeme řídit, můžeme tím uspokojit touhu po jistotě v oblasti sociálních vztahů. Nevýhodou je přeceňování vlastní osoby a hrdinství za každou cenu.

Bud' dokonalý! Pozitivem je především preciznost, a to zejména při plnění úkolů vyžadujících pečlivost. Problém vzniká, když touha po dokonalosti překročí únosnou mez a přehnaně pracovitý a zodpovědný člověk chce dělat všechno sám. Takové jednání v mnoha případech vede k vyhoření.

Bud' se všemi zadobře! Tato zásada přináší oblíbenost v kolektivu, současně se však může stát, že je takový člověk využíván, protože neumí říkat „ne“.

Bud' rychlý! Tento požadavek je odrazem dnešní hektické doby. Rychlý a snadno se rozhodující pracovník je dnes žádoucí, ale na druhou stranu je tím pádem ve stresu.

Zaber! Zde nastává problém, když začneme plýtvat energií tam, kde to nemá smysl. Jsme potom přetížení.

Rush (2003) doplnil několik dalších faktorů způsobujících syndrom vyhoření:

Příliš velká rutina vysává ze života motivaci a nadšení. Dělá z lidí roboty, kteří svou práci pouze stereotypně opakují.

Nesprávný pohled na priority v našem životě. V tomto se Rush zaměřil spíše na křesťany, kteří se při své pomoci jiným dopouštějí obrovské chyby, a to zanedbávání své vlastní rodiny a osobního života. Tato situace lze aplikovat i mimo křesťanství na jiné pomáhající profese. Do jisté míry tento faktor souvisí s již zmíněným motivátorem „Bud' se všemi zadobře!“.

Špatný tělesný stav je jednou z hlavních příčin vzniku syndromu vyhoření. Jde hlavně o zanedbávání tělesných potřeb, tím se člověk stává po duševní a emocionální stránce zranitelnějším.

Neustálé odmítání ze strany druhých vede k vyhoření z toho důvodu, že méně odolní jedinci nejsou zkrátka schopni každodenně čelit stížnostem a nářkům jiných lidí. Dotyční si vypěstují negativní postoj k druhým, k zaměstnání i k sobě. Jestliže si člověk bere odmítání a stížnosti příliš osobně, pak nastává problém.

Velkou roli zde samozřejmě hraje odolnost člověka, protože každý je schopen unést jinou míru zátěže. Odolnější jedinci mají nižší emoční vzrušivost, takže jejich reakce na stres bývá méně intenzivní a pomalejší. Také se se situací dokáží lépe a rychleji vyrovnat. Dalším, neméně důležitým, faktorem jsou **pracovní podmínky**, kterými se zabýval Křivohlavý (1998). Rizikové prostředí vzniká tam, kde:

- je přehnaná míra svobody nebo naopak kontroly,
- jsou kladeny nesmyslné požadavky,
- je problém v ujasnění si a přijímání autorit,
- je velká míra odpovědnosti a očekávání,
- je narušena sociální komunikace v jakémkoliv směru.

Na závěr je možné říci, že faktory podporující vznik syndromu vyhoření jsou vnitřní a vnější. Ty první vycházejí z povahových vlastností jedince, tzn., že takový člověk si vyhoření přivodí v podstatě sám, protože je chorobně závislý na práci (workoholik) a celé jeho konání je nutková vnitřní potřeba. Pokud je někdo vystaven tlaku v důsledku působení vnějších faktorů, pak hovoříme o „opotřebením“ (tzv. „wearout“). (Stock, 2010)

2.3 Rizikové profesní skupiny

Faktory, které vedou k syndromu vyhoření jsou popsány v předchozí kapitole. Podle tohoto popisu lze obecně říci, že syndromem vyhoření může být ohrožen pracovník jakékoliv profese. Nyní se ale zaměříme přímo na povolání a profesní skupiny, jenž jsou těmito faktory ohrožené. Výzkumy v této oblasti dokazují, že s burnoutem se nejčastěji setkáváme u tzv. „pomáhajících profesí“. Jde o povolání, která vykonávají službu druhým a dostávají se do každodenního přímého kontaktu s lidmi jako například lékaři, zdravotní sestry, ostatní zdravotnický personál, psychologové, psychoterapeuti, policisté, soudci, učitelé... V posledních letech hrají ve výzkumech velkou roli i profese, na které je kladen trvalý požadavek vysokého výkonu. Tady jde hlavně o pracovníky ve vysokých manažerských pozicích a podnikatele. (Kebza, Šolcová, 2003)

Mnoho zdrojů uvádí za rizikové skupiny i vrcholové sportovce, kteří pracují přes možnosti svého těla a mimo různá zranění u nich může dojít i ke ztrátě motivace a nadšení. Nicméně na prvních místech „žebříčku“ zůstávají ony „pomáhající profese“. Hartl a Hartlová (2000) upozorňují na ohrožení burnoutem u personálu pracujícího v zařízení typu hospic, kde u pacientů již neexistuje naděje na vyléčení a „pečovatel“ nevidí žádné pokroky své práce. Švingalová (2006) odkazuje na Schmidbauera, který přinesl do literatury pojem „syndrom pomáhajícího“ a vysvětluje ho jako specifickou narcistickou poruchu. Pojem je popisován tak, že člověk, který si zvolil pomáhající profesi, se tím nevědomě pokouší řešit své trauma odmítnutého dítěte. Baží po vděčnosti a obdivné lásce těch, jimž je pomáháno. Syndrom pomáhajícího se projevuje především v tom, že slabost a bezmoc se přijímá jen u druhých, ale svůj vlastní obraz spasitele bez takovýchto „nedostatků“ si musí pomáhající zachovat za každou cenu.

2.4 Klinický obraz syndromu vyhoření

Vyhoření je syndrom, tudíž soubor příznaků. Nikdy nejde jen o jeden projev, nýbrž o přítomnost několika příznaků najednou. U většiny postižených jedinců jsou zasaženy psychofyzické funkce v různém stupni, jenž se projevují řadou obtíží. Jeklová a Reitmayerová (2006) jmenují základní projevy burnoutu velmi jednoduše:

- Tělesné vyčerpání,
- Emocionální vyčerpání,
- Únava,

- Popudlivost,
- Nedůvěřivost,
- Depresivita,
- Negativní a cynický postoj k vlastní práci a ke klientům

V jiných zdrojích se ale pro větší přesnost uvádí podrobnější dělení na projevy v oblasti psychické, sociální a tělesné. Psychické obtíže zahrnují pocity emocionálního a psychického vyčerpání, pocit zbytečně vynaložené námahy, snížené sebevědomí, ztráta zájmu o témata spojená s profesí, redukce činnosti na rutinní postupy, potíže s koncentrací pozornosti. Dále pak zvýšená agresivita, úzkost, deprese, snížení aspirační úrovně, podrážděnost, nedostatek empatie a další... Z oblasti sociální je možné jmenovat úbytek pracovní angažovanosti a výkonu, nezájem o hodnocení ze strany druhých, snížená snaha řešit pracovní problémy, omezení kontaktu s osobami, které mají něco společného s profesí, nárůst konfliktů v pracovním i mimopracovním životě,... Neméně důležitou oblastí, ve které se vyhoření projevuje je tělesná složka. Zde se vyskytují obtíže jako celková únava, apatie a ochablost, snížená odolnost organismu – náchylnost k nemocem, bolesti hlavy, svalů, poruchy spánku a krevního oběhu. Mezi tyto příznaky řadíme i vegetativní obtíže oběhové, dýchací a trávicí soustavy. Syndrom vyhoření zvyšuje **riziko závislosti všeho druhu**, neboť lidé s touto diagnózou mají tendenci uchýlovat se k užívání náhražek, aby se sami vyléčili ze své úzkosti. Avšak je nutné připomenout, že náhražky nepomáhají zbavit se zátěže, ba co víc, celou situaci ztěžují.

Rush (2003) píše o důsledcích vyhoření, přičemž tím úplně konečným je rozhodnutí rezignovat na všechno, co bylo v životě důležité. Lidé se vzdávají přátel, víry a svých cílů. Rush se inspiroval opět Biblií a pojmenoval tento konečný důsledek jako „Eliášovo rozhodnutí“ a tvrdí, že každý člověk se syndromem vyhoření k němu dříve či později dojde. Jediné, co mu v tomto případě zbývá je zoufalství a pocit, že už chce jen zemřít. Toto „rozhodnutí“ je výsledkem souhry několika předcházejících důsledků, a to ztráty smyslu života, což je pro člověka něco jako poháněcí motor – největší motivační síla na světě. Je to důvod, proč žít. Dalším důsledkem předcházejícím rezignaci je ztráta pozitivního vnímání sebe, čili naprostá ztráta sebevědomí po všech stránkách. Dále je to pocit osamocení a izolace od světa. Bývá často reálný, protože „vyhořelý“ se skutečně společnosti straní. Zášť a hořkost je taktéž jedním z důsledků. Je zaměřena ve třech směrech, a to: vůči sobě, vůči druhým a vůči Bohu. Posledním jmenovaným následkem je

pocit celkové beznaděje, kdy si člověk pokládá otázku: „Proč se vlastně o něco snažit?“ a má pocit, že je vše nemožné. Pokud jsou tyto symptomy přítomny, je podle Rushe nevyhnutelné dojít k „Eliášovu rozhodnutí“.

2.5 Fáze syndromu vyhoření

Mnoho autorů popisuje jednotlivé fáze tohoto syndromu. To znamená, že se jedná o vyvíjející se proces, je tedy dynamický. Délka jeho vývoje může být v řádech měsíců i let, protože stadia mohou být různě dlouhá. Kebza a Šolcová (2003) uvádějí vývoj syndromu vyhoření podle Malachové:

- prvotní nadšení a zaujetí pro věc, doprovázené přetěžováním,
- psychické a částečně fyzické vyčerpání,
- počátky dehumanizované percepce jako obranného mechanismu,
- totální vyčerpání, nezájem, lhostejnost a negativismus.

V odborných zdrojích jsou fáze vývoje burnoutu popisovány různě, ať už hovoříme o četnosti fází nebo jejich obsahu. Nejčastěji jsou jmenovány fáze: nadšení, frustrace, apatie a stagnace, celkové vyčerpání. (Švingalová, 2006) V prvním stadiu má pracovník velkou angažovanost a ideály, kterých se snaží dosáhnout i za cenu dlouhodobého přetěžování. Jeho energie je vynakládána neefektivně, přeceňuje své síly a hýří optimismem. Poté dochází k „vystřízlivění“ a počáteční nadšené opadá. Následují zklamání a první frustrace z toho, že výsledky práce neodpovídají původní představě. Ve fázi apatie a stagnace dochází k polevování v pracovní aktivitě. Apatie je obranná reakce proti frustraci, kdy se člověk „mění“ v robota a vykonává jen to, co je nezbytně nutné. Následně se dostává do poslední fáze – tedy celkového vyčerpání. Například Stock (2010) uvádí stejná stadia, ale v odlišném pořadí: nadšení, stagnace, frustrace, apatie. Stagnaci považuje za počáteční fázi vyhoření, kdy na sobě člověk ani lidé v jeho okolí žádné známky onemocnění nepozorují. Pracovník v tomto stadiu pouze přehodnocuje své počáteční ideály.

2.6 Prevence a léčba vyhoření

Prevence jako opatření, jak předcházet vyhoření, zahrnuje velké množství rad a doporučení, jak se tomuto onemocnění vyhnout. Jde za prvé o zásady týkající se jedince, za druhá o doporučení na úrovni organizace. Švingalová (2006) je toho názoru, že budoucí pracovníci pomáhajících profesí by měli být na prevenci stresu a pracovního zatížení

upozornění již při studiích. Měli by být více vzděláváni v psychohygieně a celkově v psychologické oblasti, aby byly posíleny jejich praktické komunikativní dovednosti a vztahové kompetence pomáhajícího pracovníka.

Psychohygienu je nauka o tom, jak se starat o své duševní zdraví a jak zvyšovat odolnost vůči nejrůznějším škodlivým vlivům. Obecná pravidla duševní hygieny nám poskytují návod, jak správně dodržovat zásady zdravého životního stylu. Jde zejména o následující body v oblasti životosprávy:

- ❖ dostatečná doba spánku (6-8 hodin)
- ❖ správná a vyvážená strava a celková výživa
- ❖ správné dýchání a dostatek pohybu
- ❖ hospodaření s časem, dostatek času k odpočinku

Kromě těchto základních doporučení můžeme jmenovat i obecné předpoklady duševní rovnováhy, protože právě vyrovnanost má pro člověka velký význam v mnoha oblastech. Po psycho-somatické stránce jde o prevenci onemocnění, jako jsou migrény, vředy, alergie, onemocnění kardiovaskulárního systému, neurotické poruchy,... Dále přináší psychohygienu pozitivní výsledky v oblasti mezilidských vztahů, protože nevyrovnaný člověk je daleko konfliktnější na pracovišti i v soukromém životě. Z pracovního hlediska podává slabší výkony a nedokáže se na práci koncentrovat. V neposlední řadě přináší dodržování těchto pravidel i subjektivní uspokojení. Vraťme se proto ke zmiňovaným předpokladům duševní rovnováhy. Jsou to:

- soulad osobnostního vybavení a životních rolí člověka,
- udržování pozitivních hodnot,
- adekvátní sebepojetí,
- pocit životní spokojenosti.

V prevenci syndromu vyhoření na pracovní úrovni je třeba najít v práci optimální stupeň angažovanosti, dodržovat pestrý režim práce, dělat přestávky a využívat je k regeneraci sil, oddělovat pracovní život od osobního, ujasnit si priority. Pokud je vynaložená snaha přiměřená, tak bychom si v žádném případě neměli dělat „těžkou hlavu“ z neúspěchů a raději si situaci racionálně odůvodnit. Je potřeba naučit se delegovat úkoly na druhé, požádat kolegy, podřízené či nadřízené, o pomoc. Musíme si připustit svoji nedokonalost a vyhnout se tak nerealistickým nárokům na sebe. Abychom dosáhli kýženého výsledku a přitom se vyhnuli konfliktům na pracovišti, je vhodné osvojit si

pravidla zdravého prosazování si vlastního názoru, tedy asertivity. Kebza a Šolcová (2003) opět odkazují na Malachovou, která se více zaměřuje na prevenci syndromu vyhoření přímo u profesionálů pracujících s lidmi. Tvrdí, že nejdůležitější je udržet si určitý odstup od klientů (pacientů, žáků, ...). K tomu by mělo být využíváno například:

- „Sémantické odosobnění“, kdy se klient stává kauzou, pouze určitou diagnózou.
- Dále „intelektualismu“, přičemž pracovník hovoří o klientovi racionálně, bez emocí a osobního přístupu.
- Poslední popisovanou strategií je „izolace“, což v tomto případě znamená jasné rozlišení profesionálního přístupu ke klientovi od běžného přístupu k ostatním lidem.

Poskytnout informovanost a zajistit prevenci je v zájmu celé organizace, protože klientům se pak dostává té správné péče. Kooperující pracovní tým a přátelské vztahy na pracovišti jsou podmínkou k prevenci syndromu vyhoření. Podle Jeklové a Reitmayerové (2006) je nezbytná celková sociální opora nejen na úrovni organizace, ale i ze strany rodinných příslušníků, přátel a dalších blízkých osob. Prevence na úrovni organizace zahrnuje udržování celkového zdraví zaměstnanců, což v praxi znamená, že zaměstnavatel například zajišťuje různé pravidelné zdravotní prohlídky. Dalšími důležitými body jsou přesná definice profesionální role zaměstnance a s tím související adekvátní pracovní zatížení. Samozřejmě, je potřeba zajistit kvalitní pracovní podmínky.

V neposlední řadě je třeba dbát o informovanost zaměstnanců, a to z důvodu toho, že by měli vědět, co mají dělat sami pro sebe a jak předcházet stresu a vyhoření na úrovni jedince. Aby se pracovník mohl ve svém oboru realizovat a mít pocit možnosti kariérního růstu, je potřeba podporovat ho v dalším vzdělávání. Zaměstnanec by měl být kladně hodnocen za dobře odvedenou práci. Tím se předchází pocitu zbytečnosti.

Prevenci syndromu vyhoření, uvedení do praxe a korekci profesního chování by měl zajistit dnes často používaný proces „supervize“. Supervize pomáhá získat nadhled a slouží tak k prevenci přepracovanosti nebo k účinnému zvládnání pocitů. Pokud je pravidelně prováděna pod odborným dohledem, pak je podle odborníků jedním z nejlepších preventivních opatření proti syndromu vyhoření. Proces může být prováděn na jakémkoliv pracovišti na úrovni jedince, skupiny, či celé organizace. Forma supervize má svá specifika podle cílové skupiny, pro kterou je prováděna.

Veltruská (2007) uvádí, že instituce a organizace, které vznikly až po revoluci mají supervizi zapojenou do svých projektů od samého vzniku. Také vysokoškoláci připravující se na práci v pomáhajících profesích vědí, že supervize bude nedílnou součástí jejich pracovní náplně. Veltruská dále hovoří o tom, že „pomáhající“ musí neustále ovládat své emoce a být druhým k dispozici. Právě pro ně je supervize, tedy určitý nadhled nesmírně důležitý. Supervizoři, čili lidé poskytující rady a pomoc v této oblasti, se zaměřují často na tato zaměstnání, aby předešli obrazu učitelky, která nenávidí své žáky nebo setry, šířící kolem sebe špatnou náladu.

Jestliže k syndromu vyhoření již došlo, pak tou základní léčbou je psychoterapie, nácvik relaxačních technik, dýchacích cvičení a jiných uvolňujících metod, které zároveň slouží i jako prevence. Je nutné říci, že farmakoterapie je pouze léčbou podpůrnou. Avšak, možná díky farmaceutickým společnostem, které rýžují z lidí peníze, jsou psychofarmaka přeceňovaná. Lidem zatíženým stresem a postiženým syndromem vyhoření daleko více pomůže nějaké to „popovídání si“ s odborníkem ve formě psychoterapie.

3 Syndrom vyhoření ve zdravotnictví

Zdravotnickou péči nám poskytují lékaři, zdravotní sestry a pomocný zdravotnický personál. Každý z nich poskytuje péči jednotlivci, rodině, společnosti. Pracují v týmu, mají zodpovědnost za občany, kteří je potřebují. Právě z hlediska zodpovědnosti jsou na tom nejhůře lékaři, kteří dohlíží na preventivní opatření (očkování atd.), stanovují diagnózy, předepisují farmaceutika a doporučují způsob léčby. K vykonávání této profese je třeba absolvování lékařské fakulty a nutno podotknout, že vyšší vzdělání disponuje k rychlejšímu nástupu syndromu vyhoření. (Univerzita Karlova, 1998)

Podle pracoviště lze doktory medicíny dělit na ambulantní a na lékaře lůžkových zařízení. Z toho vyplývá, že povolání je vykonáváno v ambulantních ordinacích nebo v nemocnicích. Rovněž tak povolání zdravotní sestry. Ta by měla být jeho „pravou rukou“, nikoli však posluhovačkou. Její pracovní náplní je komplexní ošetrovatelská péče o lidi, kteří ji potřebují. V lůžkových zařízeních přijde zdravotní sestra daleko častěji do kontaktu s nemocnými než lékař, to jí samozřejmě přináší zvýšené riziko syndromu vyhoření, nehledě na jiná zdravotní rizika. V dnešní době jsou také velké nároky na vzdělání sester v oblasti odborné kvalifikace. Většinou je požadováno minimálně vyšší odborné vzdělání, což „starší ročníky“ nemají, tím pádem ztrácí hodnotu na pracovním trhu.

V nemocnicích a lůžkových zařízeních se setkáváme i s pomocným zdravotnickým personálem, s tzv. sanitáři. Z hlediska zatíženosti je na tom tato profese ze jmenovaných nejlépe. Nejedná se zde nijak velkou zodpovědnost a ani požadavky na vykonávání povolání sanitáře nejsou příliš vysoké. Je požadováno pouze nižší zdravotnické vzdělání - „zdravotnické minimum“. Těživější je zde ale neustálý přímý kontakt s lidmi a péče o ně. Starají se o základní hygienické potřeby klientů, a to o koupání, převlékání, myjí a sterilizují použité pomůcky a nástroje...

Celkově můžeme o zdravotnické profesi říci, že je spojena s větší mírou stresu, než jiné profese. Nadměrná zátěž zvyšuje riziko chybných výkonů a rozhodnutí, což ve zdravotnictví znamená hazard s lidskými životy. Bartošíková (2006) uvádí, že výzkumy z Ústavu zdravotnických informací a statistiky potvrzují dlouhodobou první příčku zdravotnictví v nemocech z povolání. *„V poslední zdravotnické zprávě Německé zaměstnanecké pojišťovny byla v pracovní oblasti zdravotnictví nemocnost o 17 % vyšší, než kolik udával průměr všech profesí v pojišťovně. U psychických onemocnění to bylo dokonce 56 %“* (Bartošíková, 2006, s. 10).

V následujících kapitolách bude pozornost věnována hlavně zdravotním sestřím, protože právě jich je ve zdravotnictví nejpočetnější zastoupení. A jak bylo zmíněno výše, dostávají se častěji do kontaktu s nemocnými a jsou tak více „vtahovány“ do jejich problémů. V dnešní době počet mužů pracujících v této profesi stoupá, nicméně i přesto jde o jedno z nejvíce feminizovaných povolání. V roce 2007 bylo na celém světě registrováno 10,4 % mužů mezi licencovanými sestrami. (Wikipedia, 2008) Dalo by se diskutovat, proč to tak je. Nejspíš jde o to, že žena je odjakživa považována za pečovatelku, zejména pro svou starostlivost, empatii a další vlastnosti přisuzované „něžnému pohlaví“.

3.1 Zátěž v profesi zdravotní sestry

O reakci na zátěž z hlediska osobnosti pracovníka bylo psáno výše. V této podkapitole je třeba uvést rizikové faktory, vztahující se přímo k podmínkám pracovní činnosti zdravotní sestry. Fyzické, chemické a fyzikální zatížení je zde zastoupeno jak statickou, tak dynamickou zátěží, což souvisí i se zatížením páteře, kloubního systému a svalů. Sestra se musí setkávat s nepříjemnými podněty – výkaly, močí, otevřenými ránami, vyrážkami,... Z toho vyplývá velké riziko infekce. Přichází do přímého styku s chemikáliemi – léky, dezinfekcí,... Směnný provoz přináší narušení spánkového režimu a pravidelných stravovacích návyků, včetně pitného režimu.

Co se týká zátěže psychické, emocionální a sociální, pak hovoříme zejména o neustálém udržování pozornosti, rychlé změně činnosti při reagování na požadavky a změny. Zdravotní sestra má obrovskou zodpovědnost za výsledky a následky své práce, proto se musí umět samostatně rozhodovat a účelně jednat. Jsou kladeny nároky na empatickou komunikaci s nemocnými i jejich rodinami. Sestra se opakovaně setkává s klienty v těžkých stavech utrpení, bolesti, umírání. V porovnání s jinými zdravotnickými profesemi jsou v nejužším kontaktu s pacientem, téměř po celý čas své pracovní doby. Vidí nemocného v tělesné i duševní nahotě a možná proto si k ní klient dovolí daleko více než k lékaři.

Problém nastává, když se sestra dostane do konfliktu rolí, kdy díky nárokům ze strany profese trpí rodina nebo osobní život. Samozřejmě může dojít i k opačné situaci, že kvůli nárokům ze strany osobní a rodinné utrpí újmu profese. (Bartošíková, 2006) Nemělo by se zapomínat ani na požadavky průběžného vzdělávání sester, protože se musí adaptovat na celou řadu nových metod a postupů. I přes tyto všechny nároky, které jsou na

sestru neustále kladeny, je finanční ohodnocení neuspokojivé, řekli bychom, neadekvátní k zátěži. V dnešní době je opravdu velké množství matek samoživitelek, které finančně zvládají svou domácnost velmi těžko. Tím pádem je „na scéně“ další negativně působící stresor.

Zatěžujícím faktorem pro zdravotníky jsou i masmédiá, která ve svém vlastním zájmu vyvolávají v lidech negativní postoje k současné zdravotnické péči. Způsob, jakým média získávají, upravují a šíří informace ve svůj prospěch, je krajně nevhodný. Ivan David prezentuje svůj názor ve sborníku příspěvků ze zdravotnického symposia *Stres zdravotníků* (Univerzita Karlova, 1998). Tvrdí, že sdělovací prostředky by měly zprostředkovávat kontrolu veřejnosti nad fungováním institucí, jenže konkrétně v České republice neplní média tento úkol dostatečně a mají tendenci manipulovat veřejným míněním v zájmu zvýšení atraktivity. Důvodem jsou podle Davida obchodní zájmy, politický vliv, nedostatečná odborná průprava novinářů, jejich vlastní názorová orientace,... Málomocný ze žurnalistů, kritizujících zdravotnictví, si v něm zkusil pracovat. Tím pádem je obraz zdravotnické péče ve vědomí občanů poněkud pokřivený, což vyvolává nedůvěru v pacientech, jejich rodinách i v široké veřejnosti a přispívá ke špatnému vztahu mezi zdravotníkem a nemocným.

3.1.1 Vztahy na pracovišti

Interpersonální vztahy na pracovišti jsou jedním z nejvýznamnějších faktorů ovlivňujících celkovou atmosféru pracovního prostředí. Nejbližším spolupracovníkem zdravotní sestry je lékař. Při práci v týmu mohou vznikat konflikty. Sestry si stěžují například na přehlížení, nedocnění, nepochopení ze strany lékařů, ale jejich spolupráce by měla být na úrovni rovnoprávného partnerského vztahu. Podle Bartoškové (2006) vyplývá řada problémů ze vzájemného nepochopení rolí v rámci moderního lékařství a ošetrovatelské péče. Lékaři i sestry údajně kladou rozdílný důraz na určité části léčebného procesu.

Jak již bylo zmíněno, sestry se cítí nedocněné a naopak lékaři se cítí ohroženi vysokoškolskými ošetrovatelskými profesemi a vyskytují se mezi nimi takové názory, že by ošetrovatelství vůbec nemělo zasahovat do oblasti lékařství. V nejhorších případech může dojít k tzv. mobbingu, což je šikana na pracovišti a pro mnoho sester důvod k odchodu ze zaměstnání. Ve vyspělých zemích dochází ke změně postavení zdravotních sester a lékařů. Lékaři ztrácejí některé své výsady a sestry posilují své postavení

v současném systému zdravotní péče. (Bártlová in Bartošíková, 2006) Nicméně, je důležité si připomenout, že to, na čem zdravotnictví stojí je pacient. Samozřejmě, sestry se nesetkávají jen s nimi, ale v neposlední řadě i s jejich rodinami.

Zdravotnická péče je v dnešní době sice pokroková, avšak pro pacienty stejně zatěžující jako v kterékoliv jiné době. Nemocný nemůže vědět, jaká vyšetření ho z důvodu jeho diagnózy čekají a co bude jejich součástí – včetně zdravotních komplikací. Klienti a jejich rodiny mají často pocit, že nejsou dostatečně informováni. Dostaví-li se vztek nebo jiné negativní emoce, pak „první na ráně“ bude vždy zdravotní sestra, která, jak již bylo řečeno, je pacientovi nejbližší. Sestry jsou při přípravě na své povolání upozorňovány na riziko přenosu negativních emocí, jenže i ony jsou lidé s emocemi a vlastními problémy. Klienty zažívající zdravotní krizi toto zrovna příliš nezajímá. Z těchto výše uvedených situací vyplývá, že sestra by měla umět dokonale ovládat své chování a vnější projevy emocí, trpělivě jednat s klienty i jejich rodinami. Na kolik to však každá z nich dokáže, je otázkou.

3.1.2 Problémoví pacienti

Podle Honzáka (1999) závisí úroveň spolupráce na oboustranné ochotě tolerovat odchylky druhého a dohodnout se na kompromisu. Účastníci jednání by si měli uvědomovat osobní postoje a také celkovou situaci. Zdravotníci a pacienti se setkávají jako o pomoc žádající a pomoc poskytující partneři. Existují lidé, kteří nejsou schopni adekvátní komunikace v tomto vztahu. Pokud jde o člověka s akutním onemocněním, pak většinou zdravotník tuto situaci „nějak přežije“, ale u lidí s chronickým onemocněním je to náročnější právě díky opakovaným setkáním. Honzák (1999) rozlišuje problémové pacienty na:

- agresivní
- úzkostné
- depresivní
- narcistické

Agresivní jednání pacienta vyvolává ve zdravotníkovi stresovou reakci typu útok nebo útek. Vzhledem k tomu, že lékař nebo zdravotní sestra považují dané teritorium za vlastní, tak je útok častější. Nejdůležitější v tomto případě je neodpovědět impulzivně. Úzkostný pacient zveličuje své problémy a dožaduje se pocitu bezpečí a podpory. Pokud se mu ho nedostává, pak následuje agresivní útok nebo hysterické jednání. Depresivní klient

je bez zájmu o cokoliv, nevidí v ničem perspektivu, tudíž není ochoten se zdravotnickým personálem spolupracovat. Největší chybou by podle Honzáka (1999) bylo říkat pacientovi, aby se sebral. Je třeba velké trpělivosti ze strany personálu. Posledním jmenovaným typem problémového pacienta je „narcista“. Jde o klienty, kteří sekýrují a následně si stěžují, protože mají dojem, že právě oni jsou středobodem všeho. Ostatní by měli uznávat a ctít jejich výjimečnost.

3.2 Nejrizikovější zdravotnická pracoviště

V této kapitole je rizikovost pracoviště pojata z hlediska psychosociální zátěže pracovníků. Tedy nejsou tím myšlena rizika infekčních onemocnění, úrazů a podobně. Téměř všichni autoři, kteří se zabývají syndromem vyhoření, stresem nebo jinými zátěžovými situacemi zdravotnických pracovníků, upozorňují na specifika péče o umírající osoby. Jde o instituce typu hospic a jiná ústavní zařízení, kam chodí lidé na dožití. Dnes se můžeme setkat i s pojmem paliativní péče, což je nadřazený pojem, vymezující komplexní péči o člověka s nevléčitelnou chorobou. Někdy se paliativní a hospicová péče uvádějí jako synonyma. Můžeme tedy říci, že tato péče se snaží zmírnit nebo odstranit symptomy (např. bolest), nikoliv hlavní příčiny onemocnění.

Je obecně známo, že vlivem pokroku v oblasti medicíny se dnes lidé dožívají vyššího věku. Nicméně, nevléčitelné nemoci jsou zde stále a tudíž i lidé, kteří se musí připravit na nevyhnutelně se blížící odchod ze světa. Přestože víme, že každého z nás smrt čeká, nevíme, kdy přijde. Pacienti v paliativní péči vědí, že přijde brzy a pracovníci takto zaměřených institucí jim pomáhají vyrovnat se s touto skutečností a důstojně odejít. Podle Kübler-Rossové (1993) má proces umírání pět fází:

1. šok, popírání
2. agrese
3. smlouvání
4. deprese
5. smíření

Pracovníci, kteří se o umírající starají, mají za úkol, spíše za cíl, dostat klienta do poslední fáze „smíření“, jelikož smířený člověk umírá nejdůstojněji. Ovšem dostat se s pacientem přes předcházející stadia může být dlouhé a někdy marné snažení, potom nemocný odejde nedůstojně a to může zdravotník brát jako osobní prohru. (Kübler-Rossová, 1993) Je tedy jasné, že dívat se na smrt je nesmírně zatěžující. Proto je třeba

držet si od klientů odstup a emocionálně se příliš neangažovat. Jsou ale i jiná zdravotnická zařízení, která se všeobecně považují za více stresová než ostatní. Jde například o péči o duševně nemocné lidi. Takovou péči zajišťuje obor psychiatrie. Je důležité se o něm zmínit, zejména proto, že každá psychická porucha zhoršuje kvalitu života nemocného, ale i jeho okolí, a tak si představme, že máme na starosti celou řadu takových lidí, kteří na nás přenášejí své emoce.

Psychiatrická zařízení se dělí na ambulantní, ústavní a zvláštní zdravotnickou péči (tzn. záchytné stanice, protidrogová centra, stacionáře). (Špičáková, 2010) Z hlediska zátěže jsou na tom asi nejhůře pracovníci ústavní (léčebenské) péče, poněvadž zde jsou pacienti hospitalizováni dlouhodobě a často opakovaně. Vzhledem k tomu, že stav nemocných je povětšinou stabilizovaný (po hospitalizaci se nezhoršuje), jsou s nimi lékaři v kontaktu méně, než je tomu v jiných zdravotnických zařízeních a je to především sestra, která tráví s pacientem téměř všechnen čas své pracovní doby. Práce na psychiatrii vyžaduje zralost vlastní osoby. Zdravotník by měl v první řadě chápat, že onemocnět duševní poruchou neznamena degradaci člověka a ztrátu na hodnotách lidského bytí. Úkolem sestry je motivovat pacienta ke spolupráci na léčebném procesu. Duševní poruchy mají mnoho podob, proto je důležitý přístup k nemoci podle její povahy, což vyžaduje velké teoretické znalosti a zkušenosti, ale i intuitivní jednání v individuálním přístupu. To vyžaduje neustálou pozornost, zejména proto, že stav duševně nemocného pacienta se může změnit z minuty na minutu.

Stav pacienta se mnohdy dlouhou dobu nezlepšuje, nebo se dokonce může zhoršit. V těchto případech není vždy rodina nemocného chápavá a opět následuje již zmíněný konflikt mezi sestrou a příbuznými klienta. Jedním z aktuálních problémů, zatěžujících psychiatrické zdravotníky, jsou síťová lůžka. Různí ochránci lidských práv a rodiny pacientů podceňují fakt, že ona lůžka jsou zde hlavně z důvodu ochrany pacienta a jeho zdraví. Neklidní klienti jsou si ve svém stavu schopni způsobit újmu na zdraví svém, ostatních pacientů i zdravotnického personálu. Takže jde opět o zátěžovou situaci, kdy musí zdravotník čelit stížnostem, ale tentokrát nejen ze strany pacienta a jeho rodiny, ale i ze strany mnohých organizací a institucí. Nutno podotknout, že již zmiňovaná média zdravotníkům příliš nepomáhají, spíše podněcují ve společnosti negativní postoje k tomuto problému.

3.3 Duševní hygiena a supervize ve zdravotnictví

Křivohlavý a Pečenková (2004, s. 10) odkazují na práci a výzkum doktorky Sheily Cassidy, která se starala o pacienty a zdravotnický personál v jednom z anglických hospiců. Cassidyová poukazuje na to, že při péči o psychický stav těchto lidí, měla největší práci právě se zdravotnickým personálem. Proto bylo podle ní vypracováno několik zásad určených pečovatelkám:

- Bud' sama k sobě vlídná a mírná.
- Tvým úkolem je pomáhat druhým lidem a ne je měnit. Změnit můžeš pouze sama sebe.
- Najdi si místo, útočiště, kam se můžeš uchýlit, když naléhavě potřebuješ uklidnění.
- Svým kolegům a spolupracovníkům buď oporou a povzbuzením.
- Cítit se bezmocná tváří v tvář bolesti a utrpení je zcela přirozené.
- Na konci pracovního dne se soustřeď na něco dobrého, co se ti v práci povedlo.
- Povzbuzuj a posiluj sama sebe, třeba tím, že budeš dělat věci jinak, tvořivě.
- Využívej sociální opory ve svém okolí.
- Uvědom si, že nejsi všemohoucí a nauč se říkat „ne“.
- Hraj si a směj se.

Ve své knize *Duševní hygiena zdravotní sestry* uvádí Křivohlavý a Pečenková (2004) mimo jiné i fakt, že jedním z nejeфекtivnějších opatření v prevenci syndromu vyhoření, je naučit se hospodařit s časem a mouře, s rozmyslem, jej využívat. K tomu je třeba odlišit důležité od nedůležitého, tzn. zvažovat hodnotu všeho, čemu chceme třeba jen minutu svého života věnovat. Pokud usoudíme, že věc je důležitá, pak jí můžeme vymezit tolik času, kolik si zaslouží. Při skupinové práci bychom měli mít vždy pevně dojednaný konec, a to především z důvodu ujasnění si časového plánu a dalšího rozvržení činností. Zvažování priorit pak musíme provádět pravidelně, mnohdy i každý den.

Některé stresory jsou nevyhnutelné, ale můžeme předejít rozvoji stresu a vzniku syndromu vyhoření. Vezmeme-li v úvahu supervizi zaměřenou na zdravotní sestry, pak jde hlavně o potlačení přenosu negativních emocí z pacienta na zdravotníka. Je třeba, aby sestra uměla tyto emoce zpracovat a uvolnit. Supervize pomáhá zvládat reakce na zátěžové

situace a vyrovnat se s pocity, se kterými se zdravotník každý den setkává. Zjednodušeně můžeme říci, že se jedná o již zmiňovaný proces získávání nadhledu, při kterém se terapeut (supervizor) stává průvodcem zdravotníka v odbourávání zátěže. Vyhledat pomoc odborníka není žádná hanba, a to je fakt, který by si měl každý připustit.

Toto všechno pro sebe může zdravotník udělat z vlastní iniciativy, aby přešel stresu či dokonce syndromu vyhoření. Bartošíková (2006) uvádí i faktory, které pozitivně působí na sestry, ale i ostatní zdravotnický personál, tak nějak automaticky. Například styk s různorodými lidmi může být zdrojem rozšíření vlastních obzorů. Umí-li sestra naslouchat, může se od svých pacientů poučit o životních hodnotách, smyslu lidského života a porovnáním dojít k přehodnocení vlastních postojů. Je možné zažít, jak nemocní statečně bojují s nepřízní. Velkým zadostiučiněním je pro zdravotníka prosté poděkování pacienta nebo jeho blízkých. Jako ochranný faktor působí také to, že oproti jiným povoláním mají zdravotníci nadprůměrné znalosti v oblasti zdraví a jeho ochrany, čehož mohou využívat i v osobním životě, například při výchově dětí. Na rozdíl od některých jiných profesí vědí, co je pocit smysluplnosti práce.

4 Projekt výzkumu

V teoretické části bylo zmiňováno, že jedněmi z nejrizikovějších zdravotnických pracovišť jsou psychiatrické léčebny, proto se míra vyhoření u pracovníků těchto ústavů stala tématem tohoto výzkumu. Zároveň jde o srovnání mezi odděleními, kde se stav pacientů zlepšuje, jsou propouštěni domů a zdravotníci na nich vidí určité pokroky... Druhým typem srovnávaných oddělení, jsou ta, kam pacienti „přicházejí zemřít“, setrvávají zde do své smrti, čili jde v podstatě o kombinaci paliativní péče a péče o mentálně narušené klienty. Cílem výzkumu je zjistit, zda se u skupiny zdravotníků, pracujících s nevléčitelnými pacienty projevuje více příznaků vyhoření nebo jestli tento faktor není až tolik podstatný a příznaky syndromu vyhoření se projevují bez ohledu na to, s jakými klienty se sestry setkávají.

V druhé části výzkumu jde především o pohled vedoucích pracovníků, konkrétně staničních sester obou zkoumaných typů oddělení, na podřízené v souvislosti se syndromem vyhoření, o to, jak vyhořelý se jim jejich personál jeví. Zároveň je otázkou vlastní zátěž, tedy hlavně faktor vedoucího pozice s větší zodpovědností.

4.1 Metodika výzkumu

V první části výzkumu byl ke zjištění potřebných dat použit dotazník obsahující 25 otázek. První čtyři otázky se týkají věku respondenta, délky jeho praxe ve zdravotnictví a na psychiatrii. Čtvrtá otevřená otázka je zaměřena na důvod, proč se zdravotník rozhodl právě pro práci na psychiatrii. Následujících 20 otázek, ve formě tvrzení s možností výběru škálové odpovědi, se dotazovalo na tělesné a psychické zdravotní obtíže člověka, trpícího přepracováním, či syndromem vyhoření. Tato část byla obodována podle vybraného stupně od jednoho do pěti bodů, přičemž pět bodů náleželo při výběru odpovědi „vždy“, a dále sestupně. Poslední otázka se ptá na způsob, jakým se sestry se stresem a zátěží vyrovnávají. Dotazník byl anonymní a je přiložen na konci práce (**Příloha 2**).

Druhou, spíše doplňující, metodou byl standardizovaný rozhovor se staničními sestrami obou zkoumaných vzorků, týkající se požadavků na vykonávání pozice, informovanosti o syndromu vyhoření, stavu jejich podřízených zdravotních sester a v neposlední řadě vlastních projevů syndromu vyhoření, včetně kompenzace.

4.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Dotazník vyplnilo celkem šedesát zdravotních sester. Všechny jsou ženy ve věku 23 - 58 let. Třicet respondentek pracuje na odděleních zaměřených na oligofrenii a demenci v Psychiatrické léčebně Dobřany, kde jejich klienti setrvávají většinou doživotně. Zbýlých třicet účastnic dotazníkového šetření je zaměstnáno na odděleních pro léčbu závislostí a psychoterapie, též v PL Dobřany. Na jejich klientech je možné vidět pokroky a lepší se zdravotní stav...

Účastnicemi **rozhovorů** byly:

- a) staniční sestra z oddělení geriatrie, pečující o jedince se stařeckou demencí
- b) staniční sestra z oddělení psychoterapie, pečující o jedince s řešitelnými problémy.

Jedná se o funkci, na kterou se tyto ženy musely propracovat dlouholetou praxí a splněním určitého stupně vzdělání, včetně dalších školicích kurzů a seminářů. Obě mají pod sebou okolo padesáti podřízených zdravotních sester a sanitářů (tj. pomocný zdravotnický personál). Všichni dotazovaní, ať už formou dotazníku nebo rozhovoru, spolupracovali svědomitě a velmi ochotně.

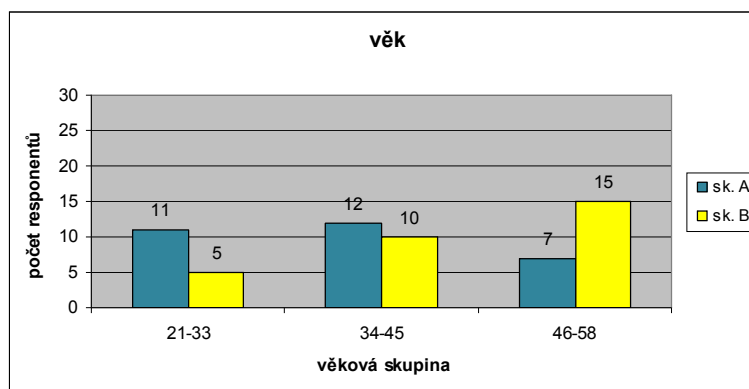
4.3 Stanovené hypotézy

H1 – U sester z oddělení demencí a oligofrenie je větší míra výskytu projevů syndromu vyhoření, než u sester z oddělení léčby závislostí a psychoterapie.

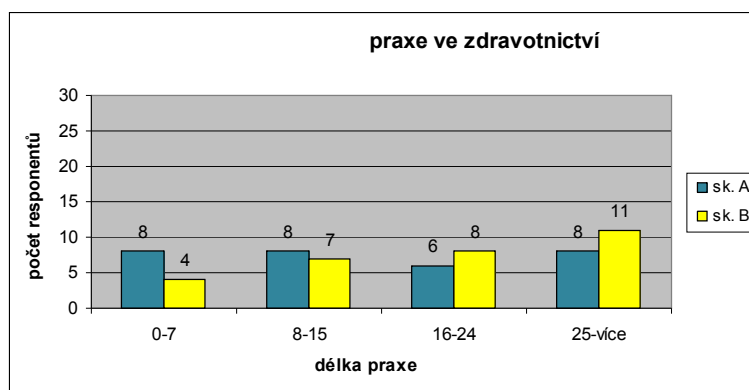
H2 – Staniční sestra geriatrie má více projevů syndromu vyhoření, než staniční sestra psychoterapie.

5 Výsledky dotazníkového šetření

V této kapitole budou výsledky dotazníkového šetření analyzovány v grafech, přičemž každé otázce náleží jeden nadepsaný graf. Zkratka „sk. A“ znamená skupinu respondentek z oddělení zaměřujících se na péči o pacienty s oligofrenií nebo demencí. Naproti tomu „sk. B“ je skupina dotazovaných z oddělení psychoterapie a léčby závislostí. Na ose Y vždy vidíme počet respondentů a na ose X možnosti odpovědí, mezi kterými zdravotní sestry volily. Hodnoty v grafech jsou vyjádřeny přesným počtem respondentek, které danou možnost zvolily, v komentáři pak vyjádřeno v %.

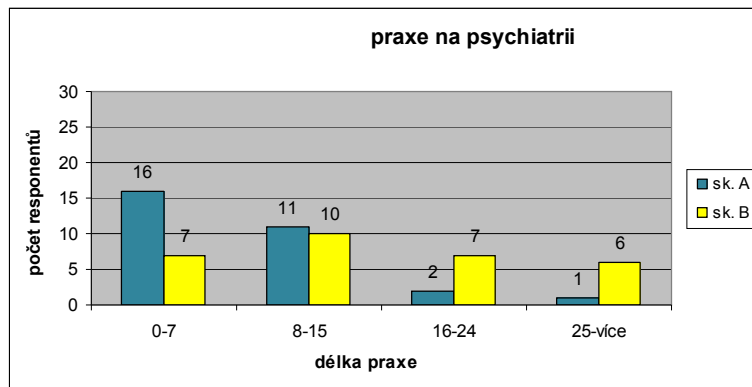


Ze skupiny A bylo nejvíce dotazovaných ve střední věkové skupině 34-45 let (40%), dále v první věkové skupině (36,6%) a nejméně se jich našlo v poslední věkové skupině (23,3%). Ve skupině B byla celá polovina respondentek (50%) zařazena do poslední věkové kategorie. Do střední skupiny se pak dostalo 10 (33,3%) odpovídajících a nejméně do nejmladší věkové kategorie (16,7%).

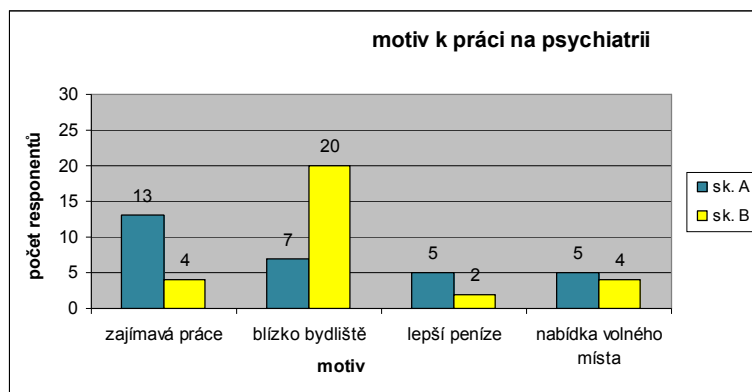


Ve skupině A byl shodný počet respondentek (26,7%) u délky praxe 0-7, 8-15 a 25 a více let. Zdravotních sester s celkovou délkou praxe 16-24 let bylo ve skupině A nejméně (20%). Ve skupině B zastupovalo nejvíce respondentek (36,6%) poslední možnost, tedy délku praxe ve zdravotnictví 25 a více let. Dále možnost 16-24 let praxe (26,7%), 8-15 let

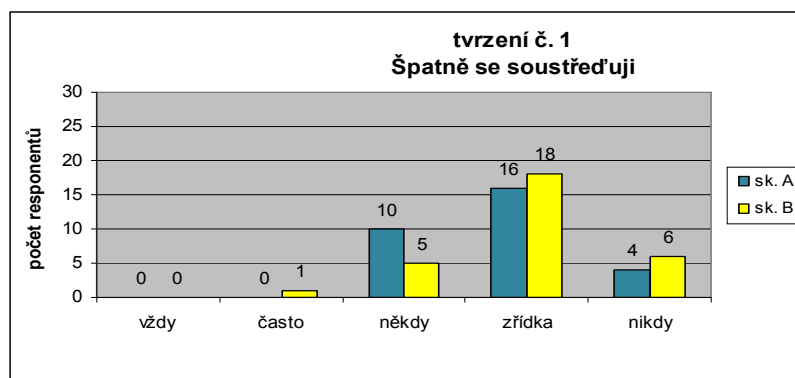
(23,3%) a nejméně dotázaných ze skupiny B se zařadilo k nejkratší délce praxe 0-7 let (13,3%).



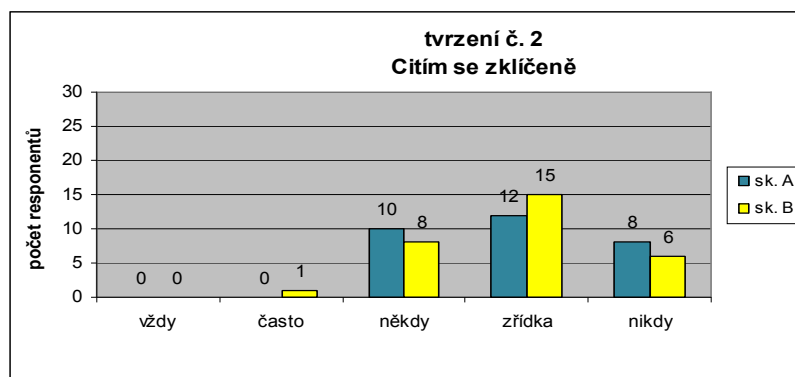
Více než polovina respondentek ze skupiny A pracuje na psychiatrii nejkratší možnou dobu 0-7 let (53,2%) a dále sestupně 8-15 let (36,6%), 16-24 let (6,7%) a 25 a více let (3,3%). Skupina B má největší zastoupení v délce praxe 8-15 let (33,3%), dále shodně ve skupinách 0-7 a 16-24 let (23,3%) a nakonec v nejdelší možné délce praxe 25 a více let (20%).



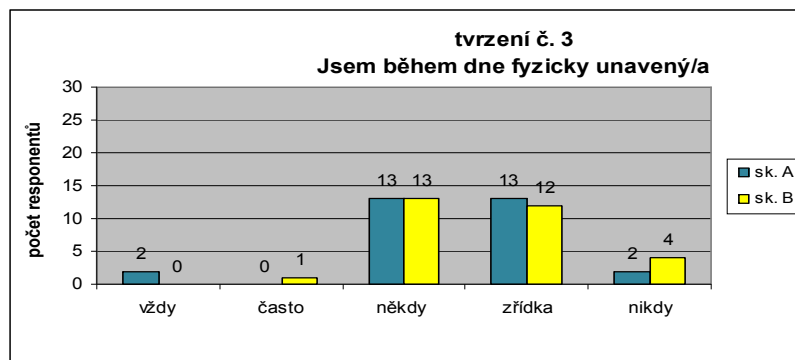
Tato otázka byla otevřená, ale odpovědi na ní se opakovaly více, či méně v obou skupinách. Skupina A odpovídala nejčastěji, že se jim tato práce jeví jako zajímavá (43,3%). Dalším nejčastěji se opakujícím motivem bylo to, že jde o práci v blízkosti bydliště (23,3%). Shodný počet odpovědí byl u motivu „lepší peníze“ a „nabídka volného místa“ (16,7%). U skupiny B byla nejčastěji voleným motivem blízkost od bydliště (66,7%), poté shodně motiv nabídky volného místa a zajímavosti práce (13,3%) a až na posledním místě byl motiv „peníze“ (6,7%).



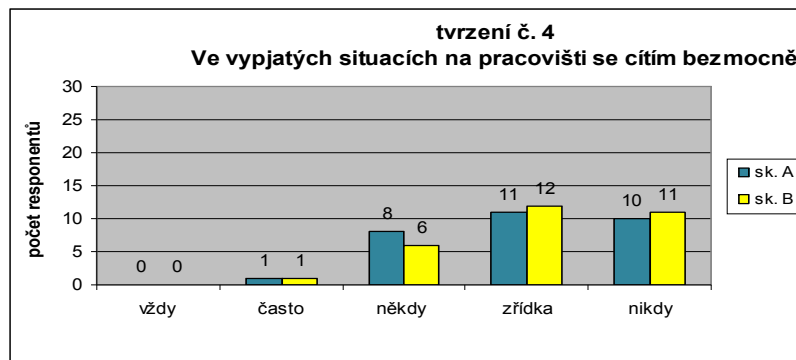
Ve skupině A se u tohoto tvrzení neobjevily ani jedinkrát možnosti „vždy“ a „často“. Ve skupině B se možnost „často“ jednou objevila (3,3%). Nejvíce byla u obou skupin zastoupena odpověď „zřídka“ (sk. A 53,2%, sk. B 59,9%). Možnost „někdy“ zvolilo u skupiny A 10 (33,3%) a u skupiny B jen 5 (16,7%) respondentek. „Nikdy“ vybraly ve skupině A 4 sestry (13,3%) a ve skupině B 6 dotázaných sester (20%).



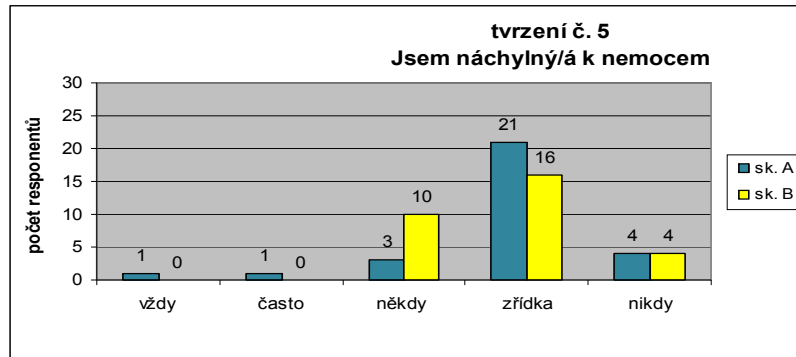
Výsledky tohoto tvrzení dopadly obdobně jako u předchozího. Nejvíce volenou možností bylo „zřídka“ (sk. A 40%, sk. B 50%). Dále „někdy“ (sk. A 33,3%, sk. B 26,7%). Na třetím místě byla u obou skupin odpověď „nikdy“ (sk. A 26,7%, sk. B 20%). Stejně jako u předchozího nebyla odpověď „vždy“ zvolena ani jednou a možnost „často“ u skupiny B pouze jednou (3,3%).



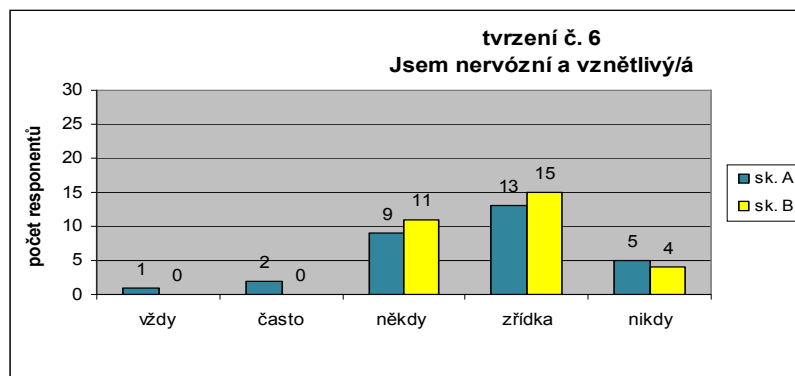
U skupiny A byl shodný počet odpovědí „někdy“ a „zřídka“ (43,3%). Rovněž pak u odpovědí „nikdy“ a „vždy“ (6,7%). Možnost „často“ nebyla v této skupině zastoupena ani jednou. Ve skupině B byla také nejvíce vybírána možnost „někdy“ (43,3%), potom „zřídka“ (40%), „nikdy“ (13,3%), „často“ (3,3%) a „vždy“ ani jednou.



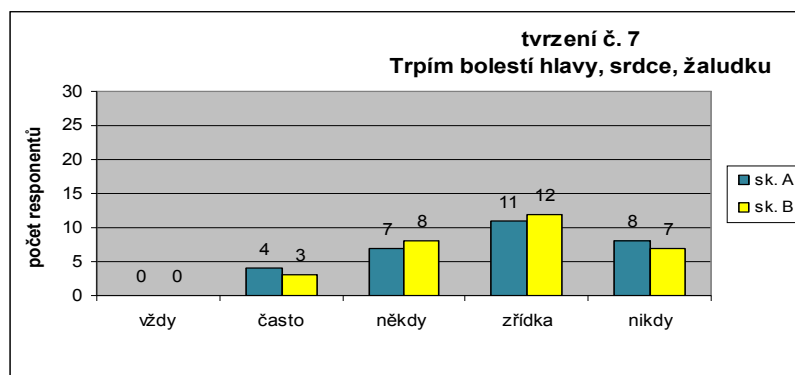
U tvrzení č. 4 se opět nejvíce objevovala odpověď „zřídka“, a to u obou skupin s nepatrným rozdílem (sk. A 36,6%, sk. B 40%). Rovněž tak možnost „nikdy“, kterou obě skupiny volily jako druhou nejčastější (sk. A 33,3%, sk. B 36,6%). Jako třetí nejčastější byla odpověď „někdy“ – též u obou skupin (sk. A 26,7%, sk. B 20%). Možnost „často“ se u sk. A i sk. B objevila pouze jednou (3,3%) a „vždy“ ani jednou.



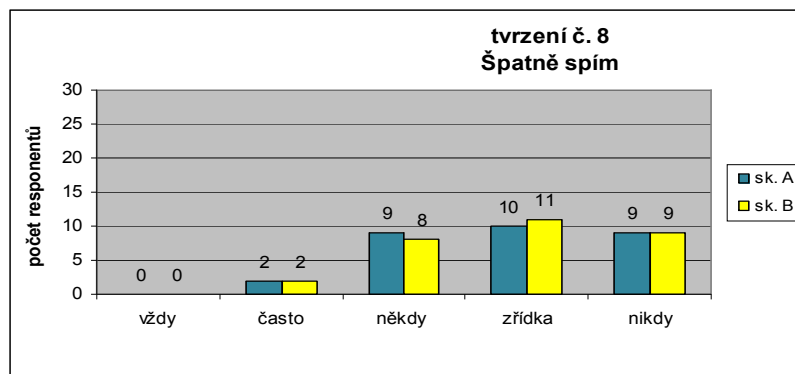
V obou skupinách se opět nejčastěji objevovala odpověď „zřídka“ (sk. A 69,9%, sk. B 53,2%). Dále se výsledky lišily. Druhou nejčastěji volenou odpovědí ve skupině A bylo „nikdy“ (13,3%), dále „někdy“ (10%) a nakonec shodně odpovědi „vždy“ a „často“ (3,3%). Ve skupině B bylo druhou nejčastěji volenou možností „někdy“ (33,3%), třetí „nikdy“ (13,3%). „Vždy“ a „často“ se u skupiny B neobjevily vůbec.



Tvrzení č. 6 dopadlo téměř stejně pro obě skupiny. Nejčastěji byla volena možnost „zřídka“ (sk. A 43,3%, sk. B 50%), dále „někdy“ (sk. A 30%, sk. B 36,6%), „nikdy“ (sk. A 16,7%, sk. B 13,3%). Odpovědi „vždy“ a „často“ byly voleny pouze skupinou A, a to v minimální míře (3,3% a 6,7%).

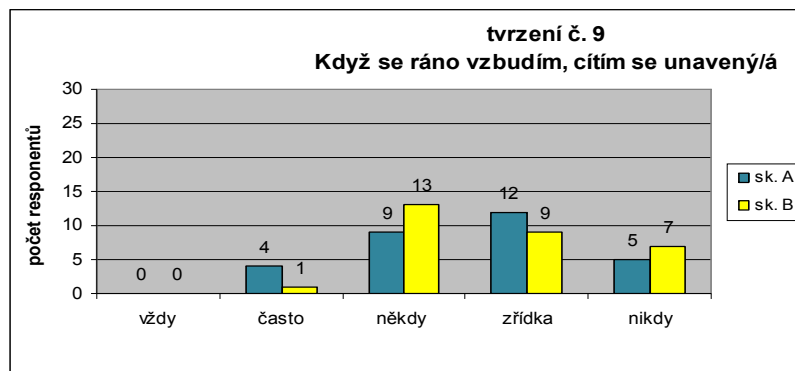


Zde bylo opět „nejoblíbenější“ možností „zřídka“ (sk. A 36,6%, sk. B 40%), dále u skupiny A „nikdy“ (26,7%), potom „někdy“ (23,3%), „často“ (13,3%). U skupiny B volily respondenty častěji „někdy“ (26,7%), potom „nikdy“ (23,3%) a nakonec také „často“ (10%). Odpověď „vždy“ se neobjevila ani u jedné ze skupin.

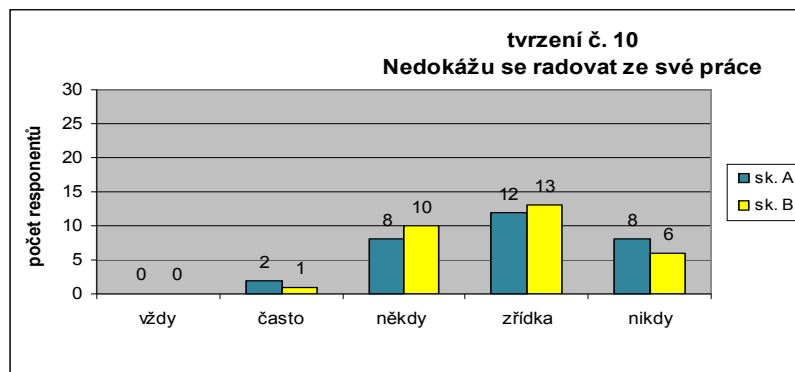


V odpovědích u tvrzení č. 8 se obě skupiny lišily jen minimálně. „Zřídka“ bylo opět na prvním místě (sk. A 33,3%, sk. B 36,6%), dále „nikdy“ (sk. A 30%, sk. B 30%) a

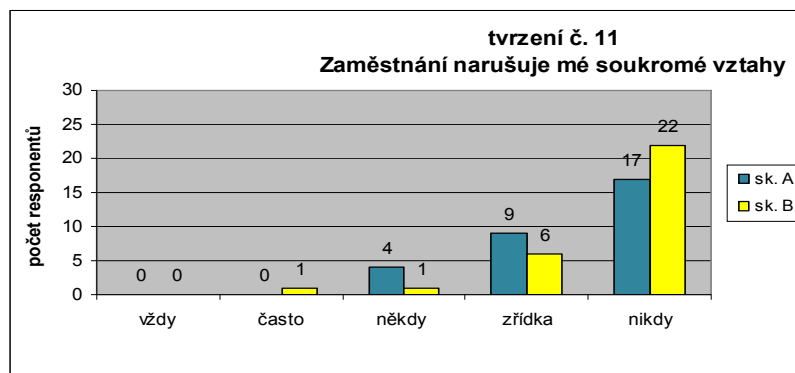
„někdy“ (sk. A 30%, sk. B 26,7%). Naprosto shodně pro obě skupiny dopadl výsledek u možnosti „často“ (6,7%). Odpověď „vždy“ nebyla zvolena nikým.



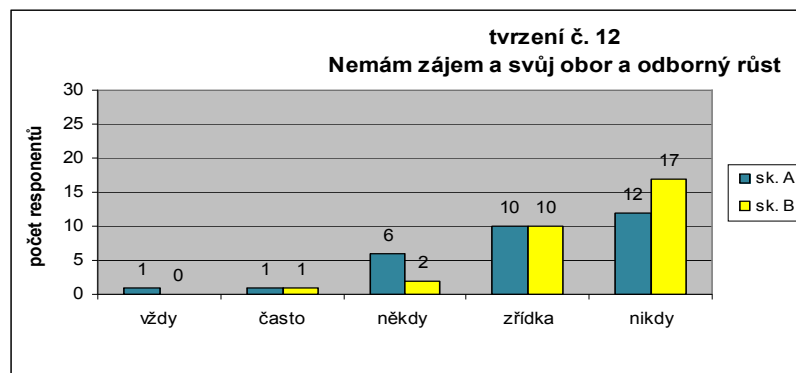
Skupina A volila u tvrzení č. 9 nejčastěji odpověď „zřídka“ (40%), jako druhou „někdy“ (30%), dále „nikdy“ (16,7%), „často“ a „vždy“ nebylo zvoleno vůbec. Skupina B volila nejčastěji odpověď „někdy“ (43,3%), dále „zřídka“ (30%), „nikdy“ (23,3%) a „často“ (3,3%). „Vždy“ opět nezvolila ani jediná respondentka.



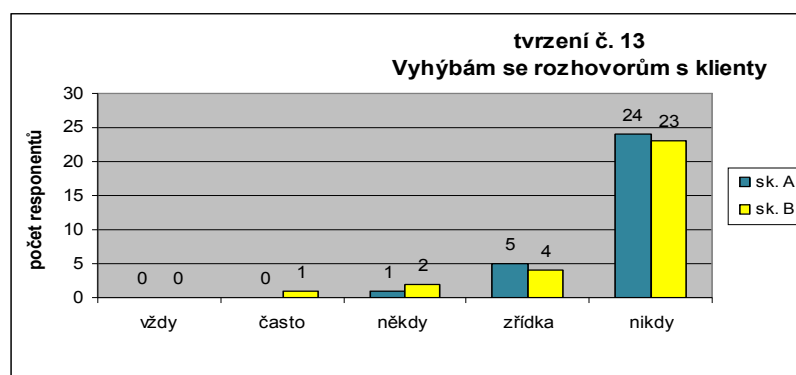
Na tvrzení „nedokážu se radovat ze své práce“ odpověděli nejčastěji respondentky skupiny A odpovědí „zřídka“ (40%), dále shodně „někdy“ a „nikdy“ (26,7%) a nejméně „často“ (3,3%). Skupina B taktéž nejčastěji volila možnost „zřídka“ (43,3%), dále „někdy“ (33,3%), „nikdy“ (20%) a „často“ (3,3%).



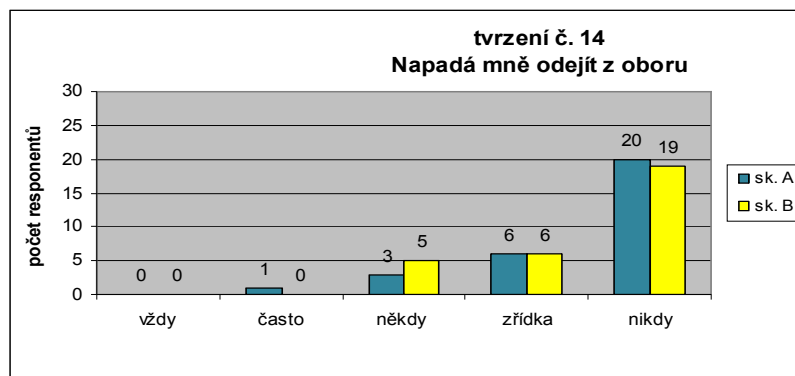
Nejvíce sester reagovalo na tvrzení č. 11 výběrem možnosti „nikdy“ (sk. A 56,5%, sk. B 73,5%), dále „zřídka“ (sk. A 30%, sk. B 20%), „někdy“ (sk. A 13,3%, sk. B 3,3%) a jedna respondentka skupiny B odpověděla „často“ (3,3%).



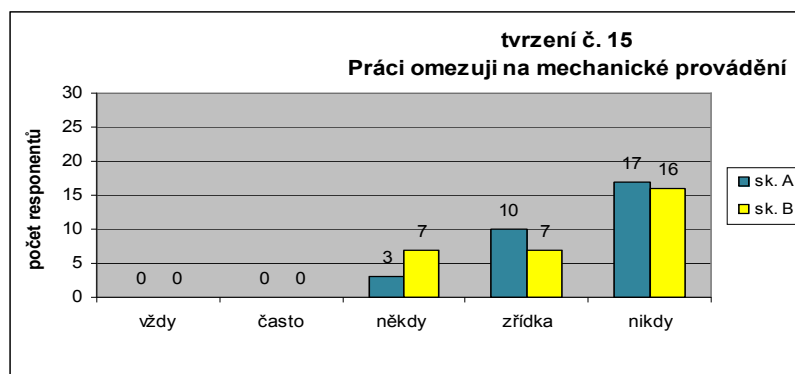
Ve skupině A odpověděl shodný počet respondentek „vždy“ a „často“ (3,3%), následovala odpověď „někdy“ (20%), potom „zřídka“ (33,3%) a nejčastěji volenou odpovědí bylo „nikdy“ (40%). Stejně tak u skupiny B - „nikdy“ volilo absolutně nejvíce respondentek (56,5%), druhou nejčastěji volenou odpovědí bylo „zřídka“ (33,3%), dále „někdy“ (6,7%), „často“ (3,3%). Žádné „vždy“ se v této skupině nenašlo.



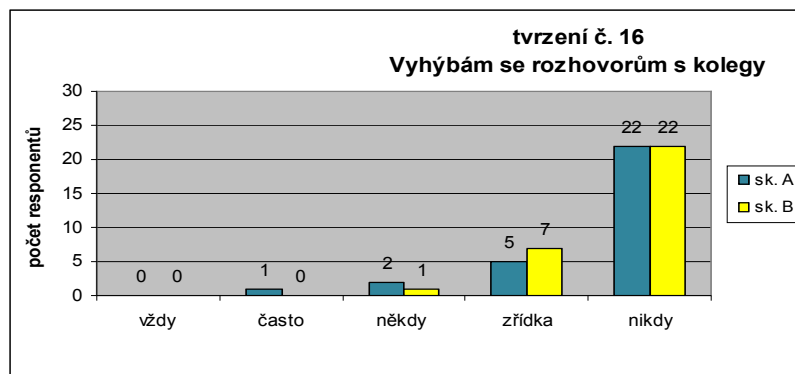
Absolutně nejvíce dotazovaných zvolilo u tvrzení č. 13 možnost „nikdy“, a to u obou dvou skupin (sk. A 80%, sk. B 76,7%). Jako druhá nejčastější odpověď byla „zřídka“ (sk. A 16,7%, sk. B 13,3%), třetí „někdy“ (sk. A 3,3%, sk. B 6,7%). U skupiny A se neobjevila možnost „vždy“, ani „často“, ale u skupiny B se možnost „často“ objevila jednou (3,3%).



Tvrzení číslo 14 dopadlo obdobně jako předchozí. Skupina A: „nikdy“ (66,7%), „zřídka“ (20%), „někdy“ (10%), „často“ (3,3%). Skupiny B: „nikdy“ (63,3%), „zřídka“ (20%), „někdy“ (16,7%).

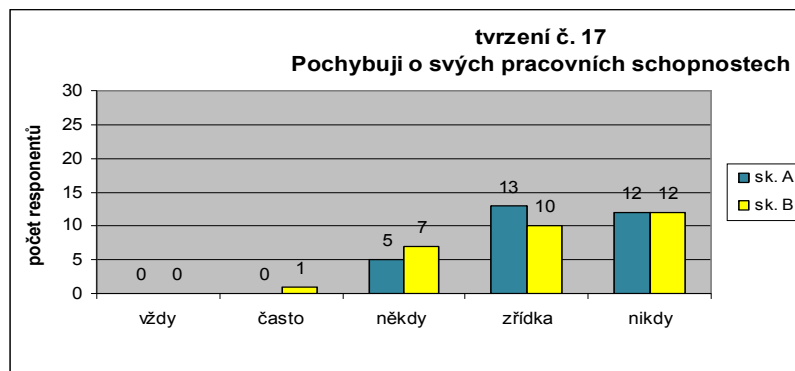


U tohoto tvrzení nezvolila možnost „vždy“, ani „často“ žádná z dotazovaných sester. Naproti tomu odpověď „nikdy“ volila více než polovina respondentek obou skupin (sk. A 56,5%, sk. B 53,2%). Druhou nejčastější odpovědí u skupiny A bylo „zřídka“ (33,3%) a nakonec „někdy“ (10%). U skupiny B byl shodný počet odpovědí „zřídka“ a „někdy“ (23,3%).

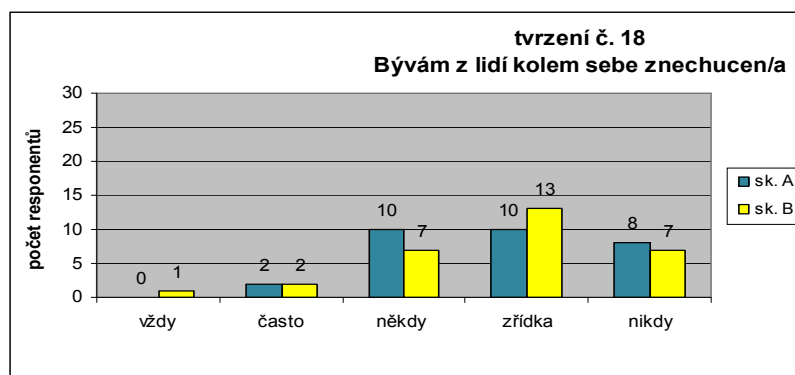


Zde byl stejný počet odpovědí zaznamenán jak u skupiny A, tak u skupiny B u možnosti „nikdy“ (73,5%). Skupina A dále odpovídala „zřídka“ (16,7%), „někdy“ (6,7%)

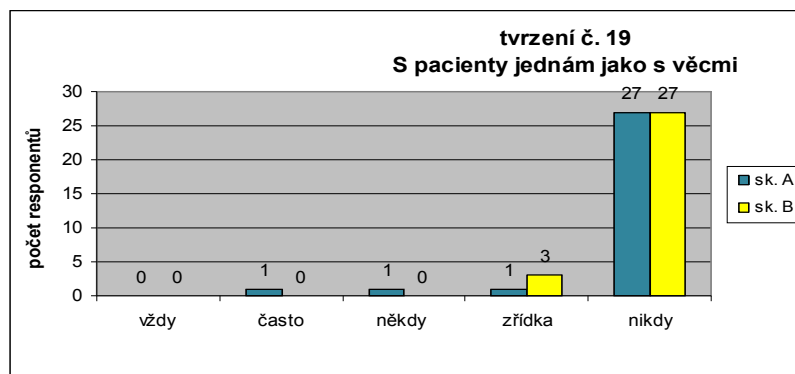
a „často“ (3,3%). U skupiny B se jako další objevovala odpověď „zřídka“ (23,3%) a jedna respondentka odpověděla „někdy“ (6,7%). Zvolením možnosti „vždy“ neodpověděl nikdo.



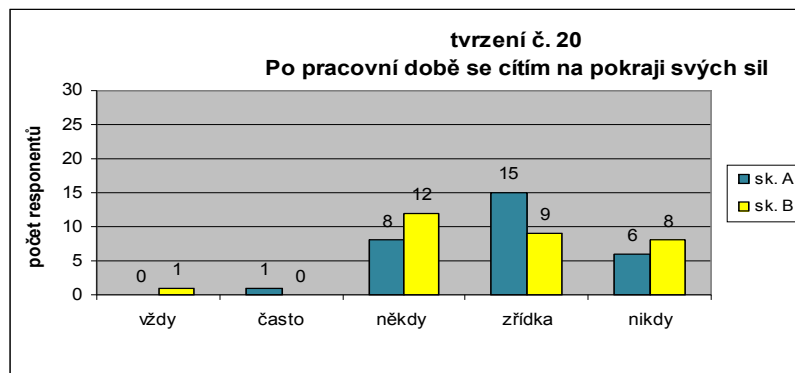
Skupina A odpovídala nejčastěji možností „zřídka“ (43,3%), „nikdy“ (40%), „někdy“ (16,7%). „Často“, ani „vždy“ neuvedl nikdo. Skupina B odpovídala takto: „nikdy“ (40%), „zřídka“ (33,3%), „někdy“ (23,3%) a často (3,3%).



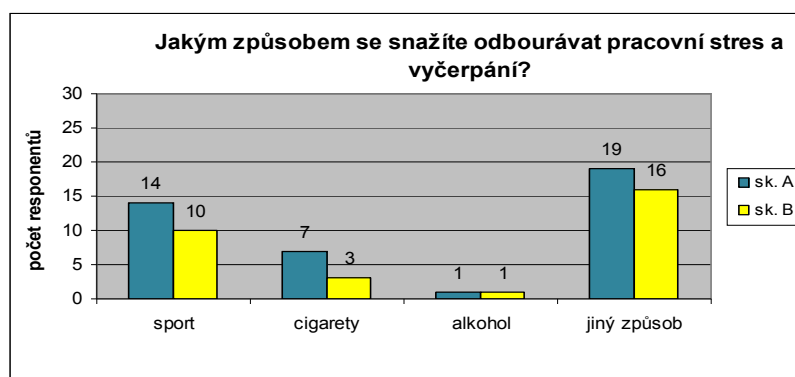
Skupina A volila nejčastěji možnost „někdy“ a „zřídka“ (33,3%), dále pak „nikdy“ (26,7%) a „často“ (6,7%). Ve skupině B se objevila i možnost „vždy“ (3,3%). „Často“ bylo též zastoupeno (6,7%). Shodně byly označeny odpovědi „někdy“ a „nikdy“ (23,3%). Nejvíce voleno bylo „zřídka“ (43,3%).



S velmi patrným rozdílem byla nejčastěji volenou možností v obou skupinách odpověď „nikdy“ (90,1%). Skupina A pak volila se shodným zastoupením i možnosti „zřídka“, „někdy“, „často“ (3,3%). U skupiny B se jako další objevila pouze možnost „zřídka“ (10%).



U skupiny A bylo nejčastější odpovědí „zřídka“ (50%), dále „někdy“ (26,7%), „nikdy“ (20%) a „často“ (3,3%). U skupiny B se objevila i odpověď „vždy“ (3,3%), „často“ pak nikoliv. Dále bylo zaznamenáno několik odpovědí „nikdy“ (26,7%), „zřídka“ (30%) a nejvíce „někdy“ (40%).



Účastnice dotazníkového šetření pojali možnost D (jiný způsob odbourávání stresu a vyčerpání) spíše jako doplňující, proto některé z nich odpověděly zaškrtnutím některé z předchozích možností a k tomu ještě vyplnily možnost D, která byla otevřená. Zde se nejvíce objevovala odpověď „přátelé, rodina“, „četba“, „televize“ a „relaxační techniky“. Ostatní odpovědi, jako například „koupím si malý/velký dárek“, byly v zanedbatelném počtu. Z předchozích jasně daných možností byl nejčastěji volen sport, dále cigarety a v nejmenší míře alkohol. Z výše uvedených důvodů je u této otázky obtížné vyjádřit procentuální výsledek.

Pro zjednodušení prokazatelnosti výsledků při analýze hypotéz byly všechny hodnoty přepočteny na body od jednoho do pěti, přičemž pět bodů náleželo při výběru odpovědi „vždy“, a dále sestupně. Body byly sečteny u každé skupiny zvlášť a vyděleny počtem respondentek (30). Výsledkem je následující tabulka.

	body celkem	body - průměr na 1 sestru
sk. A	1162	38,7
sk. B	1137	37,9

5.1 Interpretace výsledků dotazníkového šetření

Můžeme říci, že každý výsledný graf, ve kterém se neobjevili žádné hodnoty v levé části (tzn. u možností „vždy“ a „často“), vyšel pozitivně. Toto se ale týká pouze grafu u tvrzení číslo 15 (Práci omezují na mechanické provádění.). Jinak minimální hodnoty v levé části pozorujeme u všech tvrzení. Velice pozitivní se jeví výsledky tvrzení 11, 13, 14, 15, 16 a 19, kde více než polovina respondentek z obou skupin odpověděla zvolením možnosti „nikdy“. Nicméně, co se týká srovnání, které bylo cílem výzkumu, tak se výsledky mezi oběma odděleními lišili skutečně minimálně. To vidíme i ve výše uvedené tabulce, kde je zaznamenáno, že průměr získaných bodů na jednu sestru je pouze o 0,8 bodu vyšší u sester ze skupiny A (oddělení demence a oligofrenie), než u sester skupiny B (psychoterapie a léčba závislostí). Z toho vyplývá, že hypotéza **H1** se potvrdila, ale jen ve velmi malé, téměř zanedbatelné míře.

U každé dotazované skupiny byla nejvíce zastoupena jiná věková kategorie. U skupiny A to byla střední věková kategorie a s ní téměř srovnatelně nejmladší kategorie. Naproti tomu, ve skupině B vedla s naprostou převahou nejstarší věková kategorie. V následujícím rozhovoru se objevilo tvrzení jedné ze staničních sester, že příznaky syndromu vyhoření pozoruje především u starších kolegyň. Možná by pro další výzkumy bylo dobré položit si otázku vlivu faktoru věku. Délka praxe je zde přímo úměrná věku. Ovšem u otázky délky praxe ve zdravotnictví a délky praxe na psychiatrii se hodnoty liší. To znamená, že velká většina dotázaných své pracoviště v minulosti měnila. S tím souvisí vyhodnocení další otázky – motivu práce v oboru psychiatrie. Zajímavé je, že nejvíce respondentek skupiny A odpovědělo, že je tento obor zajímavý a u skupiny B celé 2/3 dotazovaných odpověděly, že si toto pracoviště zvolily, kvůli blízkosti od bydliště.

Pozitivním zjištěním je také výsledek poslední otázky, která byla zaměřena na způsob vyrovnávání se s pracovním stresem a vyčerpáním. Naprostá většina sester

kompenzuje tuto zátěž zdravým způsobem. Z nezdravých způsobů (alkohol, cigarety) byly voleny častěji cigarety. Alkoholem kompenzuje stres a vyčerpání pouze jedna respondentka z každé skupiny. U některých dotazovaných by bylo vhodné zařadit například relaxační techniky a jiné doporučované metody odbourávání zátěže. Celkově se dají výsledky dotazníkového šetření zhodnotit veskrze pozitivně s ohledem na to, jak náročné je povolání zdravotní sestry.

6 Rozhovor se staničními sestrami

Rozhovor proběhl dne 26. března v areálu Psychiatrické léčebny v Dobřanech. Byly přítomny pouze dotazované a tazatelka. Staniční sestry na kladené otázky odpovídaly ochotně a vystupovaly velice příjemně. Na staniční sestře A bylo možné pozorovat známky vyčerpání, a to především fyzického charakteru. Jak již bylo psáno výše, účastnicemi této metody byly:

- a) staniční sestra z oddělení geriatric, 43 let, pečující o jedince se stařeckou demencí (**st. sestra A**)
- b) staniční sestra z oddělení psychoterapie, 39 let, pečující o jedince s řešitelnými psychickými problémy. (**st. sestra B**)

1. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví? A z toho na psychiatrii?

St. sestra A: Ve zdravotnictví pracuji celkem 25 let a konkrétně na psychiatrii 17 let.

St. sestra B: Obecně ve zdravotnictví pracuji 14 let, z toho na psychiatrii 8 let.

2. Proč jste se rozhodla právě pro práci na psychiatrii?

St. sestra A: Nechtěla jsem dojíždět kvůli dětem a v PL Dobřany bylo zrovna volné místo na geriatrici.

St. sestra B: Je to zaměstnání v místě bydliště a měla jsem vždy zájem o psychologii.

3. Jak dlouho pracujete ve funkci staniční sestry?

St. sestra A: Myslím, že sedmým rokem.

St. sestra B: Přesně čtyři a půl roku.

4. Jaké podmínky jste musela splňovat pro tuto funkci?

St. sestra A: Několikaletá praxe v PL Dobřany mi byla výhodou a bylo mi doporučeno dodělat si bakalářské vzdělání, tak jsem to splnila.

St. sestra B: Musela jsem si dodělat specializaci v psychiatrii.

5. Jak velký tým pracovníků řídíte?

St. sestra A: Mám pod sebou 32 pracovníků. Většinou zdravotní sestry a k tomu několik sanitářů, což je pomocný zdravotnický personál.

St. sestra B: Je to celkem 24 lidí, včetně pomocného personálu.

6. Jakým způsobem a do jaké míry jste byla kdy informována o syndromu vyhoření?

St. sestra A: Na vysoké škole ve velké míře.

St. sestra B: O syndromu vyhoření jsem byla informována hojně při studiu střední zdravotnické školy, v rámci povinných předmětů.

7. Pociťujete na sobě nějaké příznaky syndromu vyhoření? A jaké?

St. sestra A: Ano, rozhodně. Pociťuji často bezmoc cokoliv změnit, neschopnost něco ovlivnit a zbytečnost své práce.

St. sestra B: Zatím ne. Ze své práce mám spíše pozitivní pocity.

8. Jaké máte pocity, než jdete do práce?

St. sestra A: Nervozita, dilema, tlak, ...

St. sestra B: Někdy pociťuji obavy, že by mohlo dojít k mimořádné situaci při problémovém pacientovi.

9. Pozorujete na svém personálu nějaké příznaky syndromu vyhoření? A jaké?

St. sestra A: Ano, často na nich pozoruji nervozitu a vidím mezi nimi konflikty a „žabomyší války“.

St. sestra B: Hlavně u starších kolegyně. Jsou nepřístupné změnám a někdy mrzuté na celý svět.

10. Myslíte si, že je Váš personál dostatečně informován o syndromu vyhoření?

St. sestra A: Nevím, jestli dostatečně, ale informováni jsou určitě.

St. sestra B: Určitě jsou informováni ze škol a z různé literatury.

11. Jeví se Vám funkce staniční sestry zátěžovější, než práce ve směnném provozu? A proč?

St. sestra A: Ano, protože musím usměrňovat konflikty mezi personálem, zajišťovat materiály a celkový chod oddělení.

St. sestra B: Ano, protože staniční sestra nese zodpovědnost za celé oddělení, pacienty a personál. Musí se zodpovídat nadřízeným.

12. Myslíte si, že má faktor lepšího se stavu pacienta vliv na Váš psychický stav?

St. sestra A: Myslím si, že tento faktor má vliv na veškerý personál, včetně lékařů. Naši pacienti neprojevují vděk a jejich rodiny, které vše pozorují zvenčí, si mnohdy jen stěžují.

St. sestra B: Rozhodně ano, protože z našeho oddělení odcházejí klienti většinou uzdravení. Zlepšení zdravotního stavu a projevený vděk je zadostiučinění pro každého zdravotníka.

13. Jakým způsobem se Vy osobně vyrovnáváte se stresem?

St. sestra A: Vyšívám nebo trávím čas se svými nejbližšími.

St. sestra B: Jdu se projít se psem někam daleko od lidí.

6.1 Interpretace výsledků rozhovoru

Z rozhovoru vyplývá, že na rozdíl od dotazníkového šetření zde byly patrné rozdíly. Staniční sestra geriatric (A) je sice jen o čtyři roky starší než staniční sestra psychoterapie (B), ale praxe vykazuje o 11 let více, z toho na psychiatrii o 9 let více. Ve funkci staniční sestry je o dva a půl roku déle. Obě dotazované přiznaly, že v PL Dobřany pracují především proto, že ji mají v místě bydliště a pouze sestra B odpověděla, že ji obor, ve kterém pracuje, skutečně zajímá. Nevím přesně, jaké podmínky musí adept/ka na post staniční sestry skutečně splňovat, ale sestra A má vyšší vzdělání a doplnila si ho právě kvůli této pozici.

Staniční sestra geriatric řídí větší tým pracovníků, než staniční sestra psychoterapie a uváděla řešení jejich konfliktů jako svou zátěž. Obě se shodly na tom, že největší zátěží je pro ně zodpovídat za chod celého oddělení. Pokud jde o příznaky syndromu vyhoření, tak sestra A popisuje pocit nervozity, bezmoci, neschopnosti cokoliv změnit. Sestra B je na tom o poznání lépe. Odpověděla, že na sobě žádné příznaky syndromu vyhoření nepozoruje, pouze pociťuje obavy z mimořádných situací kolem problémových pacientů. Na svém personálu pozoruje sestra A již zmiňovanou konfliktnost a nervozitu. Sestra B vidí příznaky syndromu vyhoření především u svých starších kolegyně, a to v podobě nepřístupnosti a mrzutosti.

Co se týká informovanosti, tvrdí obě dotazované, že si myslí, že ony samy jsou informované ve velké míře, ale o svých podřízených to s jistotou říci nemohou. Na otázce, zda je faktor lepšího se stavu pacienta důležitý pro psychický stav zdravotníka, se obě staniční též shodly - jde o velice důležitý faktor. Bohužel, podle výpovědi sestry A, se na geriatrickém oddělení lepší se stav pacienta nevidí, a tudíž těmto pracovníkům chybí pocit zadostiučinění. Naproti tomu staniční sestra B potvrdila, že pocit zadostiučinění při pozorování zlepšujícího se stavu pacienta má pozitivní vliv na psychiku zdravotníka. Dotazované se vyrovnávají se stresem zdravým způsobem, a to ručními pracemi (sestra A) a procházkami se psem (sestra B).

Souhrnně mohou říci, že hypotéza H2 se potvrdila. Staniční sestra geriatric skutečně vykazuje více projevů syndromu vyhoření, než staniční sestra psychoterapie.

Závěr

Cílem prvních tří kapitol, tedy teoretické části, bylo objasnit základní pojmy z oblasti stresu a syndromu vyhoření s následným zaměřením na zdravotnickou profesi, což bylo pro mou práci stěžejní. Jsou zde uvedeny rizikové faktory, symptomatologie v konkrétních fázích syndromu, prevence a možná řešení problému. Dále jsem se zaobírala zátěží v profesi zdravotní sestry, a to proto, že jsem při studiu literatury zjistila, že právě ony jsou nejčastěji postiženy syndromem vyhoření. Následně jsem při bádání po nejrizikovějších zdravotnických pracovištích zjistila, že nejohroženějšími zdravotníky jsou ti, kteří pečují o nevléčitelně nemocné a o lidi s psychickými problémy. Tímto směrem se tedy ubíral i můj výzkum. Snažila jsem se zjistit, zda je faktor uzdravujícího se pacienta pro psychiku zdravotníků opravdu natolik důležitý. Zároveň jsem si dala za cíl prozkoumat míru vyhoření u zdravotních sester psychiatrické léčebny v Dobřanech.

Výzkum ukázal, že faktor lepšího se stavu pacienta zřejmě není v tomto konkrétním případě ovlivňující, protože míra vyhoření u srovnávaných skupin byla téměř stejná. Zajímavé je, že staniční sestry, se kterými byl proveden rozhovor, jako doplňující metoda, se shodly na tom, že tento faktor je nesmírně důležitý pro všechny zdravotníky. A skutečně, staniční sestra z oddělení, kde se pacienti neuzdravují, ale naopak sem přicházejí dožít, popisuje mnohem více příznaků syndromu vyhoření.

Souhrnně bych řekla, že výsledky výzkumu byly spíše pozitivní. Pouze některé z respondentek jevily větší míru syndromu vyhoření, ale rozhodně šlo jen o výjimky. Doporučila bych relaxační techniky a rozumně si rozvrhnout čas.

Resumé

Tato bakalářská práce pojednává o syndromu vyhoření ve zdravotnické profesi. Teoretická část je rozdělena do tří hlavních kapitol, z nichž každá má své podkapitoly. V první části se můžeme dočíst o tom, co je to stres a stresor, jaké jsou druhy stresu, jeho ovlivňující faktory a projevy. Druhá kapitola je zaměřena na syndrom vyhoření obecně. Najdeme zde teoretické koncepce, rizikové faktory, rizikové profesní skupiny, klinický obraz syndromu vyhoření, jeho fáze a ve stručnosti také prevenci a léčbu. Poslední kapitola teoretické části je blíže zaměřena na zdravotnický personál, a to především na zdravotní sestry a jejich profesní zátěž. Jsou zde rozebírány vztahy na pracovišti, to jaká pracoviště jsou vlastně nejrizikovější a v neposlední řadě duševní hygiena a supervize ve zdravotnictví. Čtvrtá kapitola je již věnována praktické části. Můžeme se zde seznámit s projektem výzkumu, metodikou, charakteristikou zkoumaného vzorku a stanovenými hypotézami. V páté kapitole se dozvíme výsledky dotazníkového šetření pomocí grafického znázornění a následně pak interpretací výsledků. Poslední kapitola této bakalářské práce je zaměřena na použitou doplňující metodu, tedy rozhovor se staničními sestrami. Celá praktická část zkoumá rozdíly v míře vyhoření zdravotních sester pracujících v oboru psychiatrie s ohledem na faktor lepšího se stavu pacienta.

Resumé

This bachelor thesis deals with burn-out in medical profession. The theoretical part is divided into the three main chapters. Each chapter has another smaller chapters. In the first part the reader can find the information about what is stress and what causes it, about kinds of stress, influencing factors and its symptoms. The second chapter focuses on burn-out in general. The reader can find theoretical approaches, dangerous factors, dangerous profession, clinical image of burn-out, stages of burn-out, and briefly also precautions and possible treatments here. The last chapter of this theoretical part deals closely with medical staff, mainly with nurses and their professional strain. The relationships at work, high – risk working places, mental hygiene and supervision in health care is described here. The fourth chapter already belongs to the practical part or the thesis. The reader can find the project of this research, methods of the research, features of examined people and hypotheses here. In the fifth chapter the results of this questionnaire research are shown by the help of graphs. And then the interpretation of these results appears in this part. The last chapter of this bachelor thesis focuses on additional methods that were used and these are the dialogues with staff nurses. The whole practical part studies differences in extent of burn-outs in case of nurses working in branch of psychiatry considering health of the patient which is getting better.

Seznam použité a citované literatury

- BALÁŠ, Ondřej. *Subjektivní spokojenost v kontextu životního příběhu*. [diplomová práce]. Vedoucí práce Jiří NĚMEC. Brno, Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 2009.
- BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.
- BROCKERT, Siegfried. *Ovládání stresu*. Praha: Melantrich, 1993. ISBN 80-7023-159-9.
- EGER, Ludvík. *Stres, prevence a management stresu*. Plzeň: Západočeská univerzita 1997. ISBN 80-7082-366-6.
- HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- HENNIG, Claudius a KELLER, Gustav. *Antistresový program pro učitele: Projevy, příčiny a způsoby překonání stresu z povolání*. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-093-6.
- HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-032-0.
- HONZÁK, Radkin a NOVOTNÁ, Vladimíra. *Krize v životě, život v krizi*. Praha: Road, 1994. ISBN 80-85385-60-00.
- JEKLOVÁ, Marta a REITMAYEROVÁ, Eva. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.
- KEBZA, Vladimír a ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření: informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-121-6.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-551-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro a PEČENKOVÁ, Jaroslava. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0784-5.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Arica Turnov & Nadace Klíček, 1993. ISBN 80-85878-12-7.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Pracovní stres a zdraví*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2003. ISBN 80-903604-1-6.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář, 1995. ISBN 80-85255-74-X.

POTTER, Beverly A.. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání: „Pracovní vyhoření“ – příčiny a východiska*. Olomouc: Votobia, 1997. ISBN 80-7198-211-3.

RUSH, Myron D.. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2003. ISBN 80-7255-074-8.

STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010.

ISBN 978-80-247-3553-5.

ŠPIČÁKOVÁ, Renáta. *Psychická zátěž všeobecných sester pracujících v Psychiatrické léčebně v Brně*. [bakalářská práce]. Vedoucí práce Dana DOLANOVÁ. Brno, Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2010.

ŠVINGALOVÁ, Dana. *Stres a „vyhoření“ u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická univerzita, 2006. ISBN 80-7372-105-8.

Univerzita Karlova. Lékařská fakulta. *Stres zdravotníků*. Ivan DAVID. Praha: Galén, 1998. ISBN 80-85824-74-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

ZÁBOJNÍKOVÁ, Zuzana. *Syndrom vyhoření u zdravotních sester*. [bakalářská práce]. Vedoucí práce Josef KONEČNÝ. Zlín, Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií, 2010.

Internetové zdroje:

VELTRUBSKÁ, Ivana. *Supervize a co s ní?* In: *ivavel.cz* [online]. ©2007 [cit. 20.1.2012].

Dostupné z: http://www.ivavel.cz/texty/Supervize_a_co_s_ni.pdf

Wikipedia. *Zdravotní sestra* [online]. Poslední změna 2.3.2012 09:49 [cit. 10.3.2012].

Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotn%C3%AD_sestra

Přílohy

Příloha 1 – Tabulka životních událostí (Holmes, Rahe in Baláš, 2009)

<i>Pořadí</i>	<i>Událost</i>	<i>Body</i>
1.	Úmrtí partnera, partnerky	100
2.	Rozvod	73
3.	Rozvrat manželství	63
4.	Uvěznění	63
5.	Úmrtí blízkého člena rodiny	63
6.	Úraz nebo vážné onemocnění	53
7.	Sňatek	50
8.	Ztráta zaměstnání	47
9.	Usmíření a přebudování manželství	45
10.	Odchod do důchodu	45
11.	Změna zdravotního stavu člena rodiny	44
12.	Těhotenství	40
13.	Sexuální obtíže	39
14.	Přírůstek nového člena do rodiny	39
15.	Změna zaměstnání	39
16.	Změna finančního stavu	38
17.	Úmrtí blízkého přítele	37
18.	Přeřazení na jinou práci	36
19.	Závažné neshody s partnerem	35
20.	Půjčka vyšší než jeden průměrný roční plat	31
21.	Splatnost půjčky	30
22.	Změna odpovědnosti v zaměstnání	29
23.	Syn nebo dcera opouští domov	29
24.	Konflikty s tchánem nebo tchýní, zetěm, snachou	29
25.	Mimořádný osobní čin nebo výkon	28
26.	Manžel, manželka nastupuje či končí zaměstnání	26
27.	Vstup do školy nebo její ukončení	26
28.	Změna životních podmínek	25

29.	Změna životních zvyklostí	24
30.	Problémy a konflikty se šéfem	23
31.	Změna pracovní doby nebo pracovních podmínek	20
32.	Změna bydliště	20
33.	Změna školy	20
34.	Změna rekreačních aktivit	19
35.	Změna církve či politické strany	19
36.	Změna sociálních aktivit	18
37.	Půjčka menší než průměrný roční plat	17
38.	Změna spánkových zvyklostí a režimu	16
39.	Změny v širší rodině (úmrtí, sňatky)	15
40.	Změny stravovacích zvyklostí	15
41.	Vánoce	12
42.	Menší přestupek zákona (např. dopravní) a jeho projednání	11

Příloha 2

Dotazník pro zdravotní sestry **PL Dobřany**

Věk:

Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Jak dlouho pracujete na psychiatrii?

Proč jste se rozhodl/a právě pro psychiatrii?

Odpovězte, prosím, na následující otázky výběrem nejvhodnější z možností.

1. Špatně se soustředuji

vždy často někdy zřídka nikdy

2. Cítím se sklíčeně

vždy často někdy zřídka nikdy

3. Jsem během dne fyzicky unavený/á

vždy často někdy zřídka nikdy

4. Ve vypjatých situacích na pracovišti se cítím bezmocně

vždy často někdy zřídka nikdy

5. Jsem náchylný/á k nemocem

vždy často někdy zřídka nikdy

6. Jsem nervózní a vznětlivý/á

vždy často někdy zřídka nikdy

7. Trpím bolestí hlavy, srdce, žaludku

vždy často někdy zřídka nikdy

8. Špatně spím

vždy často někdy zřídka nikdy

9. Když se ráno vzbudím, cítím se unavený/á

vždy často někdy zřídka nikdy

10. Nedokážu se radovat ze své práce
vždy často někdy zřídka nikdy
11. Zaměstnání narušuje mé soukromé vztahy
vždy často někdy zřídka nikdy
12. Nemám zájem o svůj obor a odborný růst
vždy často někdy zřídka nikdy
13. Vyhýbám se rozhovorům s klienty
vždy často někdy zřídka nikdy
14. Napadá mě odejít z oboru
vždy často někdy zřídka nikdy
15. Práci omezují na mechanické provádění
vždy často někdy zřídka nikdy
16. Vyhýbám se rozhovorům s kolegy
vždy často někdy zřídka nikdy
17. Pochybuji o svých pracovních schopnostech
vždy často někdy zřídka nikdy
18. Bývám z lidí kolem sebe znechucen/a
vždy často někdy zřídka nikdy
19. S pacienty jednám jako s věcmi
vždy často někdy zřídka nikdy
20. Po pracovní době se cítím na pokraji svých sil
vždy často někdy zřídka nikdy
21. Jakým způsobem se snažíte odbourávat svůj pracovní stres a vyčerpání??
A. sport
B. cigarety
C. alkohol
D. jiným způsobem – prosím, uveďte.....

