

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha 2011

Zuzana Dohnalová

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

Syndrom vyhoření u zdravotních sester

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:
Mgr. Olga Doňková

Vypracovala:
Zuzana Dohnalová

Praha 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Syndrom vyhoření u zdravotních sester“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Praze dne 15. 04. 2011

.....
Zuzana Dohnalová

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Olze Doňkové za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat celé klinice otorinolaryngologie ve fakultní nemocnici Motol, kde pracuji, především zdravotním sestřám za pomoc při vyplňování dotazníků, a kterých si vážím.

Zuzana Dohnalová

OBSAH

Úvod	3
Teoretická část	5
1. Stres	6
1.1 Definice stresu	6
1.2 Dělení stresu	6
1.3 Druhy stresových podnětů	8
1.4 Příznaky stresu	10
1.5 Fáze stresu	10
1.6 Vyrovnávání se se stresem	12
1.7 Psychická odolnost	15
1.8 Syndrom pomáhajících	17
2. Syndrom vyhoření	18
2.1 Úvod do problematiky	18
2.2 Definice syndromu vyhoření	19
2.3 Rizikové skupiny	20
2.4 Příčiny a faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření	22
2.5 Příznaky syndromu vyhoření	23
2.6 Fáze syndromu vyhoření	24
2.7 Diagnostika syndromu vyhoření	27
2.8 Prevence a léčba syndromu vyhoření	29
3. Stres a syndrom vyhoření u zdravotních sester	33
3.1 Profese zdravotní sestry	33
3.2 Stres u zdravotních sester	36
3.3 Syndrom vyhoření u zdravotních sester	37

Empirická část	41
4. Vlastní mapující průzkum	42
4.1 Cíle průzkumu a formulace otázek	42
4.2 Charakteristika výzkumného vzorku	42
4.3 Charakteristika místa šetření	45
4.4 Použité metody	46
4.5 Prezentace výsledků	48
4.6 Diskuze	54
4.7 Závěr průzkumu	57
Závěr	58
Resumé	60
Anotace	61
Seznam použité literatury	62
Seznam příloh	63

Úvod

Syndrom vyhoření je velmi problémový jev, protože se může objevit téměř ve všech profesích a ve všech zaměstnáních, ale také ve vztazích jedince k druhým lidem. Proto jsou všichni lidé tímto problémem ohroženi. Avšak ne všem je známo, jak s tímto častým a nebezpečným jevem bojovat a vyrovnávat se s ním. Syndrom vyhoření je často spojován s pomáhajícími profesemi. Pracovníci těchto profesí pomáhají druhým lidem v nesnázích a v těžkých, pro ně mnohdy bezvýsledných, situacích. Je proto důležité, aby pracovníci pomáhajících profesí měli o syndromu vyhoření dostatek informací, věděli jak se projevuje a uměli s ním bojovat, případně věděli, co dělat, když už se u nich objeví. Syndrom vyhoření je úzce spojen se stresem, proto se v bakalářské práci zabývám i tímto tématem a podrobněji ho zde popisuji. Stres na nás všechny působí každý den, a pokud se s ním nedokážeme vyrovnat, může chronický stres přejít až v syndrom vyhoření. Téma mé bakalářské práce souvisí se sociální pedagogikou, jelikož je důležité se naučit tento problém rozpoznat a velmi důležité je naučit se správným metodám vyrovnávání se stresem.

Cílem mé bakalářské práce je, na základě prostudované odborné literatury, zmapovat problematiku stresu a především syndromu vyhoření u pomáhajících profesí se zaměřením na profesi zdravotní sestry. Dalším cílem je zpracování vytvořeného dotazníku, rozděleného do dvou částí, dotazníku vlastní konstrukce a standardizovaného dotazníku Maslach Burnout Inventory. Získáním potřebných informací bych chtěla odpovědět na vytvořené výzkumné otázky, které se týkají obeznamenosti zdravotních sester s pojmem syndromu vyhoření. Velmi důležité je také zjistit, zda se jednotlivé subškály syndromu vyhoření objevují u zdravotních sester na klinice otorinolaryngologie a v jaké míře na jednotlivých zkoumaných odděleních.

První kapitola teoretické části je věnována obecnému pojednání o stresu, kde je tato problematika podrobně popsána. Důležité informace jsou získány pomocí studií odborných knih, zaměřených na tuto problematiku. V této části je popsána specifikace stresu, jeho dělení, možné stresové podněty, které na člověka působí. Také příznaky stresu a především metody vyrovnávání se s ním.

Druhá kapitola je zaměřena na syndrom vyhoření. V této části je popsána problematika syndromu vyhoření, jeho příčiny, příznaky, fáze, rizikové a ohrožené skupiny lidí. Také jsou zde popsány možnosti diagnostiky syndromu vyhoření,

zaměřené na jednotlivé dotazníkové metody a léčba, či možnosti zvládnání tohoto problému.

Třetí kapitola bakalářské práce je zaměřena na popis profese zdravotní sestry a zabývá se problematikou stresu a syndromu vyhoření konkrétně u zdravotních sester.

Empirická část bakalářské práce je zaměřena na průzkum výskytu syndromu vyhoření u zdravotních sester na klinice otorinolaryngologie. Za metodu sběru dat byl zvolen dotazník složený ze dvou částí, části vlastního vytvořeného dotazníku a standardizovaného dotazníku Maslach Burnout Inventory, autorem Ch. Maslachové a S. Jacksonové. Cílem průzkumného šetření je zjistit, jaká je obeznámenost zdravotních sester s termínem syndrom vyhoření a dále, zda se syndrom vyhoření objevuje u zdravotních sester, případně v jaké míře na jednotlivých zdravotnických odděleních.

Teoretická část

1. Stres

1.1 Definice stresu

„Stres je nespecifická odpověď organismu na jakýkoliv požadavek (zátěž), který je kladen na organismus.“ (Selye in Cungi, 1998, s.15)

Pojem stres má mnoho definic a v každé literatuře můžeme najít jiný výklad tohoto pojmu. Jedna z prvních českých knih, která pojednává o stresu, se nazývá *Jak zvládat stres*, je z roku 1994 a jejím autorem je Jaro Křivohlavý.

Stres je určitá odpověď organismu člověka, ale i zvířat na určitý stresový podnět, nějakou událost, zátěž, nebo-li stresor. Objeví se tam, kde dojde k nerovnováze mezi působící zátěží a projektivními faktory a jedinec se nedokáže bránit působící zátěži. Stresory mohou být vnějšího, ale i vnitřního původu. Na druhé straně jsou faktory, které nás chrání a pomáhají nám se vyrovnat se stresem, tzv. salutory. Tyto faktory mohou být biologické, psychologické, sociální, ekologické a duchovní. Patří mezi ně pozitivní rodinné vztahy, dobré pracovní zázemí, duševní hygiena a další. (Křivohlavý, 2001)

Stres se projevuje charakteristickými znaky, které jsou výsledkem vnitřních změn systému organismu. Důležitým faktorem při vzniku stresu je rozložení účinku stresorů v čase a způsob, jak tuto situaci dokážeme vyřešit. (Baštecká & Goldmann, 2001)

Stres je určitá změna, která vzniká v psychologických regulačních mechanismech na základě působení různých druhů stresových podnětů. Bereme ho jako neobvyklou situaci, která v nás může vyvolat neadekvátní odpověď a změnu zaběhnutého, každodenního jednání. Pojmeme stres můžeme označit těžkou situaci, nepříznivý faktor, odpověď organismu na stresující podnět. Ale i náš celkový vnitřní fyzický i psychický stav. O stresu hovoříme jako o multifaktoriálním jevu, protože je určen velkým počtem činitelů. (Křivohlavý, 1994)

1.2 Dělení stresu

Stres lze dělit z mnoha hledisek, například podle délky působení, síly stresoru a dopadu na organismus.

Hyperstres a hypostres

Hyperstres je velký stres, který přesahuje naše hranice schopností se mu adaptovat a **hypostres** je stres, který můžeme jednoduše zvládnout, pokud na nás ale působí dlouhodobě, může dojít k jeho zvratu v hyperstres. (Křivohlavý, 1994)

Akutní, chronický a intermitentní stres

Dle Mohapla (1990 in Baštecká, & Goldmann, 2001) dělíme stres na akutní, chronický a intermitentní, podle toho, jak dlouho na nás stresové podněty působí.

- **Akutní stres** prožíváme, když na nás působí stresové podněty krátkou dobu, minuty až hodiny. Tímto stresovým podnětem může být hádka s partnerem, oznámení pozitivní, či negativní zprávy, úraz, znásilnění, autonehoda a další. Tento stres v nás vyvolá náhlé, někdy až nečekané reakce. U akutního stresu se může objevit akutní reakce na stres, odborníci o ní hovoří jako o neurotické poruše, která se projeví do několika minut po stresové události. Jejimi příznaky mohou být strnulost (stupor), snížené vnímání, dezorientace, apatie. Tato reakce odezní během pár hodin, až několik dnů. Může se objevit ztráta paměti na tuto událost. (Cungi, 2001)

- **Chronický stres** má na celkový organismus těla horší dopad, než stres akutní. Můžeme se s ním vyrovnat a adaptovat se na něj, protože na nás působí trvale. Pokud se s chronickým stresem zadaptujeme, můžeme ho začít brát jako běžný jev v našem životě. Ale může náš organismus natolik oslabit, že se mohou objevit nejrůznější potíže spojené s ním. Člověk bývá velmi často nespokojený se svým způsobem života a to v něm vyvolává dlouhodobý pocit frustrace a nespokojenosti. Jinou příčinou chronického stresu může být neustálé pracovní nasazení, partnerské neshody, či nedostatek finančních prostředků. U dlouhotrvajícího, chronického stresu se mohou objevit různé choroby především kardiovaskulárního systému, metabolismu a gastrointestinálního traktu. (Vinay, 2007)

Chronický a opakovaný stres zatěžuje celý organismus, což může mít za následek celkové opotřebení systému.

- **Intermitentní**, nebo-li přerušovaný stres je, dle Mohapla (1990 in Baštecká, & Goldmann, 2001), nejnáročnější pro náš organismus. Jelikož se tento stres objevuje nepravidelně, nemůžeme se s ním smířit a adaptovat se na něj.

Distres a eustres

Stres také můžeme dělit podle dopadu působení stresu na náš organismus. Dělíme ho na distres a eustres.

- **Distres**, nebo-li patologicky působící stres. Tento stres je negativní a jeho působení na organismus je škodlivé, protože v tu chvíli, kdy na nás daný stres působí, nemáme dostatečné možnosti, protektivní mechanismy a schopnosti se mu bránit. Distres může způsobit jak psychické, tak fyzické obtíže. Negativním stresem je pro nás úmrtí někoho blízkého, nemoc, ztráta zaměstnání a jiné. (Křivohlavý 2010)

- **Eustres**, je pozitivní stres, který na nás působí a my jej rádi podstoupíme, vyhledáváme jej a mnohdy si tuto situaci, jako stresovou, nepřipustíme, nebo neuvědomíme. Jako příčinu pozitivního stresu můžeme uvést například narození dítěte. Tato situace je sama o sobě velmi stresová, bojíme se, zda vše dopadne dobře. Na druhou stranu se těšíme na narození nového potomka a na to, kdy bude součástí našeho života. Tuto situaci velmi rádi podstupujeme znovu, i přes negativní zážitky spojené s porodem a s učení se nové role rodičů. Pozitivní stres nás také nutí k lepším výkonům. (Křivohlavý, 2010)

1.3 Druhy stresových podnětů (stresorů)

Stresové podněty působící na nás jsou různé. Důvod stresu může být pro nás známý, ale v některých situacích se může stát, že tento důvod neznáme.

Stresovým podnětem mohou být považovány všechny vlivy, které vedou ke zvýšení sekrece adrenokortikotropního hormonu u normálních jedinců. Dělíme je dle **síly působení** na jedince a významu pro daného jedince a **časového průběhu**. (Baštecká & Goldmann, 2001)

Tyto podněty se obecně člení na fyzikální, chemické, psychické, či psychosociální a další.

Selye (1979 in Křivohlavý, 2005) rozděluje stresory do dvou skupin, a to **fyzikální** (např. námaha, chlad, teplo, trauma, infekce, těhotenství, ale i alkohol, kofein, nikotin, radiace, vibrace, otřesy, změny ročního období) a **emocionální** (např. radost, porážka, úzkost, strach, nenávisť).

Dle Schreibera (1985 in Kebza, 2005) jsou dvě základní skupiny stresorů. Do první skupiny, mezi **experimentální** stresory, patří fyzikální, chemické, způsobující bolest, a komplexní, založené na vlivu nového prostředí, imobilizace, anticipace bolesti či námaze. Do druhé skupiny **lidských** stresorů patří individuální, vyplývající z nemoci, skupinové a sociální.

Lazarus (1966 in Křivohlavý, 1994) rozlišuje stresory podle délky působení na **krátkodobé a dlouhodobé**. Mezi krátkodobé stresory řadí bolest, vystavení teplu, chladu a jiné. Dlouhodobě působícími stresory je například svěřeni vysoce odpovědných úkolů, chronické onemocnění a podobné.

Stresory mohou být také **malé a velké**. Malými, nebo-li ministresory až mikrostressory označujeme ty zátěže, které v nás vyvolávají velmi malý až minimální stres. Velké stresory, nebo-li makrostressory jsou určité situace, které na nás působí velmi silně, děsivě a ničivě. (Křivohlavý, 1994)

Stresory se také rozdělují na podněty, které na nás působí při zaměstnání, mezi ně patří špatné vztahy mezi pracovníky, neadekvátní finanční ohodnocení, nevyhovující pracovní prostředí, neustálé soupeření mezi kolegy, ztráta zaměstnání a jiné.

Dále podněty ve vztahu s druhými lidmi a v rodině, sem patří například hádky, neshody, špatné rodinné prostředí a atmosféra, odloučení, nevěra partnerů, rozvod, seznamování se s novými lidmi.

Manželský stres se zdá být větším nebezpečím než jiné typy stresu především proto, že je tak osobní. Na druhou stranu z výzkumu vyplývá, že lidé, kteří žijí v manželství, bývají zdravější a žijí déle než lidé svobodní. (Vinay, 2007)

Mezi stresory způsobené nevyhovujícími životními podmínkami, či špatným životním stylem patří samotná nespokojenost s tím, jak život žijeme, nesplněná očekávání, přejídání se, kouření, alkohol, nedostatek pohybu, hluk, nedostatek prostoru pro sebe samotného. Dalšími stresovými podněty mohou být zkoušky ve škole, stárnutí, přeplněná městská doprava, stěhování, nákup nového bytu a jiné.

To, jak člověk vnímá podněty, které na něj mají vliv, jako stresové je dáno nejen osobností člověka, jeho genetickými vlastnostmi, výchovou, kulturou ve které žije, věkem, pohlavím, ale třeba i tím, jak se dokáže člověk od stresu odpoutat a odpočinout si, záleží i na samotné stresové situaci.

1.4 Příznaky stresu

U každého z nás se mohou projevovat různé příznaky stresu. U někoho se neprojeví vůbec, u někoho ve větší míře. Může se objevit pouze jeden příznak, nebo hned několik příznaků najednou. Příznaky stresu se dělí do několika kategorií.

- **Psychické, duševní příznaky** můžeme rozdělit na oblasti emočních změn, jako je frustrace, strach, úzkost, nenávisť, pláč, rozzlobenost, vznětlivost, změny nálad, které se projevují jak smutkem, tak velkou radostí. Změny kognitivních funkcí, mezi které patří poruchy myšlení, pozornosti a další. Změny volných vlastností, jako je nerozhodnost, poruchy stálosti, vytrvalosti, sebeovládání a další. Dále to je psychická únava, podrážděnost, vyhýbání se kontaktu s druhými lidmi, potíže se soustředěním se a jiné. (Kebza & Šolcová, 2003)

- **Fyziologické příznaky** stresu se projevují změnou fyziologických funkcí, jako je zvýšení krevního tlaku, tepu a svalového napětí a zrychlení dýchání. Objeví se také bušení srdce (palpitace), bolesti za hrudní kostí, bolesti hlavy, zad a svalů, časté nucení k močení, ztráta sexuálního apetitu, vyrážka po těle, poruchy spánku. Stres se také projevuje obtížemi s gastrointestinálním traktem, jako je plynatost, průjem, bolesti břicha, nechutenství, zvracení. U žen se může projevit i změnou v menstruačním cyklu. Také se zvýší činnost sympatiku a adrenokortikotropního systému a začne se vyplavovat velké množství adrenalinu do krve. (Křivohlavý, 2001)

- **Behaviorální příznaky.** Mezi příznaky stresu projevující se změnou chování a jednání s druhými lidmi patří nerozhodnost v základních věcech, ztráta chuti, nebo naopak přejídání se, nepozornost, problémy s dokončováním načaté práce, zvýšení počtu vykouřených cigaret, nebo vypitého alkoholu. Změny jednání s lidmi se mohou projevit vyvoláváním konfliktů, sníženou empatií, vyhýbáním se kontaktům s druhými lidmi, lhostejností. (Křivohlavý, 2001)

1.5 Fáze stresu

Hans Selye zkoumal činnost endokrinního systému. Na základě svých experimentů se zvířaty zjistil, že soubor změn fyziologických funkcí, při působení různého druhu stresoru, je stálý. Tento vzor stále stejných změn nazval General Adaption Syndrom – GAS, obecný adaptační syndrom. Tato studie byla velmi

kritizována, jelikož se Hans Selye zabýval především stresem u zvířat a nebral v úvahu duševní stránku člověka a emoce. (Křivohlavý, 2001)

Tento vzor je rozdělen do tří fází stresu a jsou v něm popsány fyziologické změny organismu, změny ve tkáních, ale i změny psychické. Stadii stresu jsou poplachová reakce, rezistence a vyčerpání.

- **1. Fáze stresu** = poplachová fáze GAS, zde dochází k prvnímu kontaktu se stresorem. Zaktivují se všechny obranné mechanismy organismu. Zvýší se funkce především sympatického nervového systému, začne se vyplavovat velké množství adrenalinu do krve, zvýší se krevní tlak, srdeční tep, zrychlí se dýchání, začneme se více potit a krev se hromadí více ve svalech končetin. (Křivohlavý, 2001)

- **2. Fáze stresu** = vyrovnávací, fáze rezistence GAS. Pokud na nás stresový podnět působí delší dobu, dochází k druhé fázi. V této fázi dochází k vlastnímu boji organismu se zátěží, velmi však záleží na síle zátěže a schopnosti organismu bojovat s touto zátěží. Pokud jsou tyto dva momenty vyrovnané, trvá déle, než se se stresem vyrovnáme. (Křivohlavý, 2001)

- **3. Fáze stresu** = fáze vyčerpání. V této fázi dochází k aktivaci parasympatického systému. Stres na nás působí velmi dlouhou dobu a organismus nedokáže s ním bojovat a adaptovat se na něj. Může dojít k celkovému vyčerpání, některým onemocněním, nebo až ke smrti. (Křivohlavý, 2001)

Richard Stanley Lazarus se zabýval studiem specificky lidských forem zvládání stresu a při tomto studiu kladl hlavní důraz na poznávací a myšlenkovou charakteristiku zvládání těžkostí. Zabýval se tím, co se děje v lidské mysli při působení stresoru. Také kladl velký důraz na zranitelnost člověka. Kdy například zranitelnějším je dítě, než dospělý člověk. Výsledky svého pozorování zformuloval do dvojího zhodnocování situace ohrožení. (Křivohlavý, 2001)

- **Prvotní zhodnocení situace.** V této fázi se bere v úvahu momentální stav ohrožení, ale i další následky dané situace. Ohled se bere nejen na objektivní stav světa, ale i na roli subjektivních faktorů. Tyto faktory jsou vše, co ovlivňuje usuzování, zvažování a hodnocení dané situace člověkem ve stresové situaci.

- **Druhotné zhodnocení situace.** Zde je kladen důraz na možnosti určitého člověka zvládnout danou situaci. Důležité jsou defenzivní možnosti, jako jsou schopnosti ubránit se hrozícímu nebezpečí a ofenzivní strategie, které člověk ovládá, nebo schopnost daný problém zvládnout útokem.

1.6 Vyrovnávání se se stresem

Protože je stres běžnou součástí našeho života, bylo vytvořeno mnoho teorií a technik vyrovnávání se se stresem. Tyto techniky a strategie volíme dle typu stresové situace a našich možností tuto situaci zvládnout.

Strategie zvládnání stresu – copingové strategie

Charakteristickým prvkem boje člověka se stresem je, podle Lazaruse (1966 in Křivohlavý, 2001), pojem zvládnání, nebo-li coping. Při zvládnání stresu je důležité řídit vnitřní či vnější požadavky doléhající na člověka, které nejsou vrozené. Důležitými faktory jsou charakteristika jedince, který bojuje se stresem, styl, strategie a techniky zvládnání, které lze naučit. Důležitými tedy jsou jak osoba člověka bojující se stresem, tak prostředí, ve kterém se nachází a klade na něj určité požadavky.

Cílem zvládnání stresu dle Cohena a Lazaruse (1979 in Křivohlavý, 2001) je snížit úroveň toho, co nás ve stresu ohrožuje, tolerovat nepříjemné zážitky, zachovat si tvář a emocionální klid, zlepšit podmínky pro zregenerování se po stresu a pokračovat v životě s druhými lidmi.

Při volbě strategie zvládnání stresu jsou důležitými faktory osobnostní charakteristiky volícího strategie a individuální pohledy člověka na svět. Také vhodnost a účinnost různých druhů postupů.

- **Strategie zaměřená na řešení problému**, který je podstatou situace. V této strategii jde především o naší vyvinutou aktivitu a snahu řešit danou situaci. Odstraňujeme nepříjemné situace, obavy, strach. (Křivohlavý, 2001)

Při této strategii stanovujeme náš problém, definujeme ho a hledáme možnosti a postupy, jak ho vyřešit. (Kebza, 2005)

- **Strategie zaměřené na vyrovnávání se s emocionálním stavem**, kdy se reguluje duševní stav, který se změnil působením stresu. Pozitivní emoce nám pomáhají stres zvládat a používáme je k novému, pozitivně zaměřenému hodnocení stresové situace. (Kebza, 2005)

- **Dalšími strategiemi** jsou dle Formana, Lazaruse, Dunkel-Schettera, DeLongise, Gruena (1986 in Křivohlavý, 2001) konfrontační způsob zvládnání stresu, hledání sociální opory, plánované řešení problému, sebeovládání, distancování se od dění, hledání pozitivních stránek dění, přijetí osobní odpovědnosti za řešení situace a snahy vyhnout se stresové situaci a utéci z ní.

Obranné mechanismy

Tyto mechanismy jsou náhradní, neplnohodnotný způsob zvládnání stresu, protože v nich nejde o skutečné řešení stresu, ale jen o jakousi náhradu. Tato náhrada bývá často realizována nevědomě, souvisí s vyrovnáváním se s potlačenými komplexy. Skutečné strategie zvládnání stresu bývají realizovány vědomě. (Kebza, 2005)

Tyto mechanismy jsou podrobně vysvětleny v knize Marie Vágnerové Základy psychologie z roku 2004. Mezi tyto mechanismy patří například:

- **Regrese.** Při regresi se dostáváme ve vývojovém stádiu zpět k projevům dřívějšího vývojového stupně.

- **Racionalizace.** Zátěžovou situaci zvládnáme jejím zdánlivě logickým přehodnocením. Tyto situace si vysvětlujeme ne zcela přesným a správným výkladem.

- **Substituce.** Nahrazujeme si nedosažitelné uspokojení jiným, dostupnějším. Hledáme náhradní cíl.

- **Projekce.** Své názory, obavy, chyby přisuzujeme jiným lidem.

- **Fantazie.** Nahrazujeme si nepříjemné zážitky jinými, nám uspokojujícími, ale nereálnými.

- **Vytěsnění.** Záměrně se zbavujeme pro nás nepřijatelných myšlenek a pocitů, které odstraňujeme z vědomí.

- **Intelektualizace.** Používáme neosobní intelektuální terminologii a přítomné emoce, pocity ignorujeme.

- **Negativismus.** Vzдорujeme vůči všemu, co na nás působí z okolí.

- **Represe.** Přesouváme nepřijatelné myšlenky, pocity, situace z vědomí na jeho okraj.

Techniky práce se stresem.

Techniky jsou metody, způsoby, jak se vyrovnat, zvládnout těžké životní situace. Patří sem behaviorální, kognitivní a kognitivně behaviorální techniky.

- **Behaviorální techniky**, nebo-li biofeedback – při kterém dokážeme získat zpětné informace pomocí přístrojů o fyziologických změnách v těle jedince. Mezi tyto přístroje patří elektroencefalograf, elektromyograf a ty, které měří krevní tlak, srdeční frekvenci, činnost zažívacího traktu a další. Do této skupiny patří například relaxace, meditace, imaginace, fyzické cvičení. (Křivohlavý, 2001)

Při relaxaci záměrně uvolňujeme tělo fyzicky i psychicky. Nejznámějšími typy relaxace jsou Jacksonova progresivní relaxace a Schultzův autogenní trénink.

- Jacksonova relaxace využívá přechodů mezi střídáním napětí a uvolňováním jednotlivých svalů. (Baštecká et al., 2003)

- Schultzův autogenní trénink je založen na dvou základních principech, a to na relaxaci a koncentraci. Při relaxaci střídáme pocity tíhy, tepla, soustředění se na tep, dech a vyvolání pocitů tepla v břiše a chladné hlavy. Při koncentraci používáme sugestivní formulky. (Baštecká et al., 2003)

- Při imaginaci si představujeme hezké situace pro nás uklidňující, a to nám napomáhá zvládnout stres. (Křivohlavý, 2001)

- Meditací se soustředíme na vyslovování daného slova a tím nemyslíme na věci, které nás trápí. Je zaměřena na všechny stránky osobnosti jedince. (Křivohlavý, 2001)

- Fyzické cvičení velmi dobře zmírňuje stres. Ti jedinci, kteří pravidelně cvičí, jsou méně ohroženi nemocemi, pokud na ně působí stres. Cvičení napomáhá zvládat stres, protože se snižuje při fyzické aktivitě hladina noradrenalinu, zvyšuje se obranyschopnost organismu a snižují se negativní účinky stresu a tvorba stresových proteinů. (Vinay, 2007)

• **Kognitivní techniky** – ovlivňují myšlení. Snažíme se zjistit nevhodné představy o schopnostech zvládnout těžkost a nahradit je vhodnými představami. Jedinci jsou vedeni k tomu, aby si vhodné představy převzali za své a často je opakovali, a tím jsou přesvědčováni o tom, že jsou schopni situaci zvládnout. V této technice jde především o posilování sebejistoty a vnímané osobní zdatnosti. Klade se zde důraz na otevřenost, zájem o okolí, hledání nového řešení, izolace stresu a další. (Křivohlavý, 2001)

- Mezi tyto techniky patří vakcinace, nebo-li psychologické očkování proti stresu. Zde si musíme uvědomit, že stres má i psychickou stránku, kterou jde ovlivnit psychologickými metodami. Učíme se novým způsobům zvládnání těžkostí a pokud se znovu objeví stres, snažíme se ho zvládnout naučenou změnou postoje. (Křivohlavý, 2001)

- Ventilací dle Jamese Pennebakeru stres zvládneme tím, že dokážeme pojmenovat, vyslovit nebo napsat těžkosti, situace, které nás trápí. (Křivohlavý, 2001)

• **Kognitivně behaviorální techniky** – spojení kognitivních a behaviorálních metod, jsou založeny na principech teorie učení a přistupují ke každému jedinci individuálně. Když se člověk v průběhu života naučil být úzkostným a ve stresu, dokáže se naučit být vůči těmto podnětům odolný. Postupně se učíme dovednostem a jak zvládat situace, pro nás nepříjemné a jak zmírnit úzkost. S rozvojem a učením se

dovednostem se zvyšuje sebedůvěra. Učíme se správné komunikaci, plánování času, relaxaci, řízení vlastní diety a dalším. (Praško, 2003)

Prevence stresu.

Velmi důležitým prvkem je samotná **prevence stresu**, nebo-li předcházení stresu. Prevenci dělíme na primární, kdy se snažíme stresu předcházet. Při prevenci sekundární se snažíme zabránit dalšímu rozvoji stresu a při terciární prevenci snižujeme jeho následky.

Důležitou částí boje se stresem je duševní hygiena, kterou řadíme do terciární prevence. Dle Hanzlíčka (1977-1984 in Baštecká et al., 2003, s. 56) je duševní hygiena „*soubor postupů a opatření k udržení psychické rovnováhy*“. Zdravá mysl je velmi důležitá k vytváření optimálních podmínek duševní činnosti a upevňování duševního zdraví. Duševní hygienou bojujeme proti duševním onemocněním. Duševní hygiena se zabývá adaptací – přizpůsobením se prostředí, ve kterém žijeme. Dále sebevýchovou, ve které jsou důležitými částmi autoregulace - sebeřízení, autorelaxace – uvolňování sebe sama, aktivní zvládnání situací. Dalšími prvky duševní hygieny jsou zrání osobnosti a diagnostika duševního zdraví.

1.7 Psychická odolnost

Osobnostními charakteristikami, které nám pomáhají se vyrovnat se stresem jsou nezdolnost, nebo-li nedat se. Dále to je srozumitelnost, kdy osoba situace a svět okolo sebe vnímá jako stálý, trvalý, s určitým řádem. Také smysluplnost, při motivačním zaměření jedince k životnímu cíli. Zvládnutelnost, kdy si je jedinec vědom toho, jak se dokáže vyrovnat s určitou situací. Optimismus jedince, smysluplnost života, smysl pro humor, svědomitost, sebedůvěra a další. (Křivohlavý, 2001)

Mezi teorie psychické odolnosti patří locus of kontrol, self-efficacy, hardiness, sense of coherence, dispoziční optimismus a resilience.

● **Locus of control.** Tato teorie Juliana Rottera (1966 in Křivohlavý, 2001) se zabývá tím, jak lidé přistupují a staví se k obtížím.

- Lidé s interním locus of control – tito lidé s vnitřním řízením vlastní činnosti vycházejí z vlastních schopností, dovedností a iniciativy při řešení situací. Zapojují se aktivně do řešení problému.

- Lidé s externím locus of control – v této teorii lidé vycházejí z toho, že se situace vyřeší sama. Iniciativa nevychází z nich, ale ze samotné situace.

- **Self-efficacy**, nebo-li vnímaná osobní zdatnost. Tuto teorii Albert Bandura zveřejnil roku 1977 (Baštecká, & Goldmann 2001). Lidé s touto zdatností mají představu, přesvědčení, že jsou schopni řídit, zvládat situaci. Tato charakteristika jedince velmi dobře pomáhá proti stresu, protože je spojena s kvalitou života, úspěšným zvládnutím těžkostí a lépe zvládají vlastní emocionální stav.

- **Hardiness**, nebo-li osobnostní tvrdost. Suzane Kobasa (1979 in Baštecká, & Goldmann, 2001) označila tuto tvrdost jako osobnostní rys, napomáhající ke zvládnutí zátěže. Do této teorie patří tři charakteristiky nezdolnosti: kontrola, oddanost a výzva. Lidé s vyššími hodnotami tvrdosti lépe zvládají zátěž, zdravotní onemocnění, lépe se o sebe starají a další.

- **Sense of coherence** – smysl pro integritu, rys soudružnosti osobnosti. Aaron Antonovsky (1985 in Křivohlavý, 2001) zjistil, na základě zkoumání psychiky Židů, kteří přežili holokaust a velmi dobře se adaptovali na změnu nově vzniklé situace, že šlo o jejich určitou charakteristiku postoje k životu. Mezi aspekty této osobní charakteristiky zařadil Aaron Antonovsky smysluplnost, vidění zvládnutelnosti úkolů, schopnost chápat dění, v němž se člověk nachází. Lidé s touto charakteristikou velmi dobře vzdorují životním těžkostem.

- **Dispoziční optimismus** je dle Scheiera a Carvera (1985 in Křivohlavý, 2001) osobnostní charakteristika, vlastnost lidí. Tito lidé věří, že každá situace a vše se dobře vyřeší a dobře dopadne za každé situace, je to jejich postoj. Optimističtí lidé lépe zvládají zátěžové situace, protože přistupují k řešení problémů kladně a věří v dobrý konec.

- **Resilience**. Tento pojem přeložil Jaro Křivohlavý (2001, in Baštecká, & Goldmann, 2001) jako nezdolnost typu resiliency/pružnosti. Je to schopnost adaptovat se a fyziologicky se vyvíjet, navzdor přítomnosti nepříznivých podmínek.

E. J. Anthony upozornil v polovině sedmdesátých let 20. století na nezranitelné děti, které se fyziologicky vyvíjely, navzdory psychotickým onemocněním jejich rodičů. Tyto ochranné faktory se nacházejí v dítěti samotném (děti temperamentní, mají své koníčky a přátele), v rodině (především pevný vztah s rodinou), v širším

společensví (dobré vztahy s kamarády, mnoho aktivit a další). Výzkumníci popisují tři druhy jevů nezdolnosti (Werner, 1997 in Baštecká, & Goldmann, 2001), dobrý vývoj dítěte navzdory vysokému riziku, zachovaná způsobilost a zdatnost v zátěži a zotavení z traumatu.

1.8 Syndrom pomáhajících

„Syndrom pomáhajících je specifická narcistická porucha, jejímž prostřednictvím pracovník v pomáhající profesi řeší, většinou nevědomě, své rané trauma odmítnutého dítěte. Trpí hladem po porozumění a po uznání. Pokud je pomáhající profese provozována bez supervize, jen prohlubuje tuto nekončící a nenasytnou touhu po vděčnosti a obdivu.“ (Schmidbauer in Matoušek, et al., 2003, s. 59)

Pomáhající je v neustálém kontaktu s jinými lidmi, kteří potřebují pomoci v různých životních situacích. Mezi pomáhající profese patří zdravotníci, učitelé, vychovatelé psychologové, osobní asistenti, psychoterapeuti, fyzioterapeuti, logopedové, aj. Pomáhající poskytují pomoc druhým většinou na základě vlastní zkušenosti s tíživou situací. Například zdravotní sestra může pomáhat a pečovat o nemocné, na základě osobní zkušenosti s péčí o své blízké, či rodinné příslušníky. Syndrom pomáhajících je chorobný stav, kdy pomáhající chce pomáhat, za každou cenu a za každé situace a svoje vlastní potřeby se snaží potlačit. Chce být uznávaným a dělá mu radost, když ho druzí lidé potřebují. Pomoc ostatním by nikdy neměla přesáhnout únosnou míru a být poskytována na úkor vlastního zdraví a vlastního života. Není však jednoduché rozpoznat, kdy se jedná o zdravou pomoc a kdy už je to chorobný stav.

Pomáhající by měl především hledět na to, aby nakonec neublížil sám sobě svou touhou pomáhat ostatním.

2. syndrom vyhoření

2.1 Úvod do problematiky

„Syndrom vyhoření“ je překladem anglického „burn out syndrome“, kde burn out znamená „vypálit, vyhořet, vyhasnout, vyčerpání“. V českých překladech převládlo slovo „vyhoření“, ale najdeme i „syndrom vyhaslosti“ (Vymětal, 1994). Podle Křivohlavého (2001) uvedl pojem do literatury v roce 1975 H. Freudenberg.“ (Baštěcká, 2003, s. 138)

Syndrom vyhoření má, stejně jako pojem stres, mnoho definic od různých autorů v různé dostupné literatuře. Téma syndrom vyhoření je probíráno v mnoha publikacích, článcích v časopisech, novinách, ale i na internetu, takže si každý z nás může udělat představu o tom, co tento pojem znamená, jaké jsou jeho příčiny, příznaky, ale i jeho prevence a léčba.

Toto téma je velmi významné, protože se syndrom vyhoření může objevit téměř u každého a dokáže nám velmi znepríjemnit život a samotnou kvalitu života. Je také důležité se věnovat tomuto společenskému problému, protože jeho následkem se mohou zvýšit počty lidí závislých na alkoholu a drogách, ale i zvýšení počtu sebevražd. Lidé trpící tímto syndromem, vidí často tuto situaci jako bezvýslednou, mnohdy neví jak dál, a proto sahají po těchto možnostech, jako po jediném řešení.

Se syndromem vyhoření se setkáváme ve všech pracovních oborech především tam, kde se zaměstnanci setkávají s jinými lidmi. Ale i v jiných životních sférách, než v pracovní, jako je rodina, manželství i partnerské vztahy. Nejčastěji se však uvádí spojení syndromu vyhoření s pomáhajícími profesemi.

Bylo také zkoumáno, zda nemá syndrom vyhoření spojení také s finanční a ekonomickou krizí. (Kebza, & Šolcová, 2003)

Jelikož jde doba neustále kupředu a vše se mění, musíme se pořád učit něčemu novému. To nás nutí držet krok s těmito změnami, mnohdy je pro nás toto tempo hektické a my se i přesto snažíme tomuto tempu vyrovnat a ne vždy je to jednoduché. Zvyšují se pracovní i sociální nároky, požadavky na vzdělání, a proto je člověk nucen učit se stále novým věcem, postupům a činnostem. Pokud se nám nedaří se adaptovat novým změnám, dochází k úzkosti, napětí, až ke stresu.

2.2 Definice syndromu vyhoření

„Syndrom vyhoření lze popsat jako duševní stav objevující se často u lidí, kteří pracují s jinými lidmi. Tento stav ohlašuje celá řada symptomů: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně a tělesně unavený. Má pocity bezmoci a beznaděje, nemá chuť do práce ani radost ze života. Vyhoření většinou není důsledkem izolovaných traumatických zážitků, nýbrž se objevuje jako plíživé psychické vyčerpání.“

(Pinesová 1985 in Baštecká et al., 2003, s. 138)

Většina pojetí syndromu vyhoření se shoduje v pěti bodech:

1. syndrom vyhoření je především psychický stav, prožitek vyčerpání,
2. vyskytuje se nejčastěji u profesí, kde lidé přicházejí do kontaktu s ostatními lidmi,
3. projevuje se velkým množstvím příznaků v oblasti psychické, fyzické a sociální,
4. hlavní složkou syndromu je emoční exhauce, vyčerpání a celková únava,
5. hlavní složky syndromu vyhoření vycházejí z chronického stresu.

(Kebza, & Šolcová, 2003)

Velmi často je uváděno, že syndrom vyhoření je důsledek působení chronického stresu. Syndrom vyhoření není nemoc, ale duševní stav celkového vyčerpání. Projevuje typickým souborem příznaků. (Matoušek, 2003)

Syndrom vyhoření je výsledek úplného fyzického, psychického a sociálního vyčerpání jedince a je to následek především trvajících chronického stresu. Je to pocit, který nás sužuje každý den, každou minutou a zasahuje všechny části a složky našeho těla a mysli. Cítíme se bezradně, nevíme jak dál. Pokud syndromem vyhoření trpíme delší dobu, může se nám stát, že nedokážeme vstát z postele, promluvit s druhým člověkem, pečovat sami o sebe a naše vnější a hlavně vnitřní schránka těla chátrají.

Syndrom vyhoření se objevuje především u lidí, kteří jsou ze začátku své profese velmi nadšení a mají velká očekávání, avšak časem jsou překvapeni zklamáním, které jim přináší neúspěchy v plnění své role. (Křivohlavý, 1998)

Každý z nás se jistě někdy setkal s pojmem syndrom vyhoření, nebo pojmem burn out, ale i s jeho příznaky a projevy. Velmi často slýcháváme od druhých, nebo to také sami říkáme, že jsme „vyhořeli“ v nějaké práci, činnosti, nebo dokonce ve vztahu k někomu. Co tím myslíme a co tím chceme říct? Znamená to, že se nám nějaká činnost, věc, vztah a jiné, nepovedly podle našich představ. Měli jsme plán, vynaložili jsme

určitou energii a sílu něčeho dosáhnout a dělali jsme vše proto, abychom došli k vytouženému výsledku a cíli. Ale z určitého důvodu se tomu tak nestalo a my jsme byli zklamáni, nešťastní, frustrovaní a výsledky neodpovídaly našemu vynaloženému úsilí.

Syndrom vyhoření se vyvíjí delší dobu, jeho vývoj může být plíživý a skrytý a člověk si nemusí uvědomit, že se tento problém týká i jeho.

2.3 Rizikové skupiny

Mezi rizikové skupiny syndromu vyhoření patří téměř všichni lidé, protože se objevuje ve všech pracovních oborech, osobním i rodinném životě. Nejčastěji se objevuje u profesí uvedených níže. Důležitým faktorem pro vznik syndromu vyhoření je osobní charakteristika jedince. Mezi nejohroženější jedince patří ti, kteří čelí neustálému stresu, jsou úzkostní, velmi ctižádostiví a neumějí si odpočinout.

Dle Franka (1973 in Matoušek, et al., 2003) jsou některé profese schopny, za určitých podmínek, pomáhat druhým lidem při zvládnání úkolů. Tyto profese jsou rozdělovány do jednotlivých stupňů pomáhání, podle poskytované pomoci.

Čtyři stupně pomáhání (Matoušek, et al., 2003):

- Pomáhání na prvním stupni. Do této skupiny patří ty profese, kde lidé pomáhají druhým s emočními a sociálními problémy. Patří sem psychologové, psychiatři, sociální pracovníci, manželští poradci apod.

- Pomáhání na druhém stupni. Sem patří duchovní, lékaři, zdravotní sestry, policisté, probační úředníci, učitelé, konzultanti a další, kteří pomáhají druhým v nesnázích a v prožívající krizi, ale i zvládat sociální a emocionální rozměry jejich problémových situací.

- Pomáhání na třetím stupni. Dle E.L. Cowena (1982 in Matoušek, et al., 2003) je i třetí stupeň pomáhání. Tito pracovníci také pomáhají lidem v nesnázích, naslouchají druhým, vyjadřují podporu a dávají rady. Sem patří manažeři, vedoucí pracovníci, ale i holiči, kadeřníci, barmani apod.

- Pomáhání na čtvrtém stupni. V této skupině jsou všichni, kteří chtějí pomoci příbuzným, přátelům, známým, ale i neznámým lidem řešit problém.

Ti, kteří jsou v neustálém kontaktu s lidmi, pracují s nimi, pomáhají jim a radí, jsou vysoce ohroženi syndromem vyhoření, a proto by se měli snažit tomuto syndromu předcházet. Téměř každý pracovník v pomáhající profesi, po určité době, jeví nějaké známky syndromu vyhoření. Proto je velmi důležité, aby si tito lidé, ohrožení vysokým rizikem výskytu syndromu vyhoření, uvědomili, že se tento problém může týkat i jich a dokázali si s ním poradit, či vyhledat odbornou pomoc.

Nejčastěji se syndrom vyhoření objevuje u zdravotnických povolání, jako jsou lékaři, zdravotní sestry, pečovatelé a ošetrovatelé, laboranti. Rizikovým faktorem u zdravotnických povolání je samotná péče o nemocné, bezmocné a často umírající pacienty. Zdravotník se často setkává s nepochopením, agresí, smutkem, beznadějí a celkovým vyčerpáním ze strany nemocného, jeho rodiny, ale i od kolegů a nadřízených. Zdravotník musí spolupracovat s různými lidmi, odborníky, kteří se podílejí na péči o nemocného. Je členem multidisciplinárního týmu a souhra v tomto týmu bývá často velmi náročná. Všichni se snaží podílet na péči a léčbě nemocného a mnohdy může dojít ke střetnutí zájmu a k rozdílným názorům k péči o nemocného. Často se stává, že zdravotnický personál se mezi sebou snaží přenášet práci z jednoho na druhého a vznikají zde rozepře, kdo má jaké kompetence a kdo má určenou práci vykonat. Multidisciplinární tým má společný cíl a je zde důležitá spolupráce, důvěra mezi členy, otevřená komunikace, schopnost druhého vyslechnout. Může se stát, že poskytnutá léčba a péče neodpovídá výsledkům stavu nemocného a to bývá velmi frustrující. Zdravotník se snaží udělat vše pro pomoc nemocnému a ne vždy je tato snaha úspěšná.

Velmi ohroženi jsou i školští pracovníci, učitelé, vychovatelé, u kterých se může syndrom vyhoření objevit ve všech různých typech škol, od základních škol až po školy vysoké. Více ohroženi jsou ale pedagogové a vychovatelé, kteří pracují s dětmi a dospělými lidmi s mentálním nebo fyzických postižením.

Syndromem vyhoření jsou ohroženi i další profese, či zaměstnání. Patří mezi ně psychologové, sociální pracovníci, hasiči, policisté, právníci, ale i vedoucí pracovníci, sportovci, prodavači nebo politici a mnoho dalších.

I vysokoškoláci, kteří nastupují do svého prvního zaměstnání, mají určitá očekávání a netuší co je čeká, jsou ohroženi určitým způsobem psychického vyčerpání. (Křivohlavý, 1998)

Můžeme také objevit syndrom vyhoření v jiné sféře, než pracovní. Vyhoření se může objevit v osobním, partnerském, či rodinném životě. Velmi často se objevuje u lidí, kteří plní mnoho rolí v osobním životě. Žena může být zároveň manželkou, matkou, kolegyní, pracovnící v zaměstnání, pečovatelkou, hospodyní a tyto všechny role se snaží zvládat správně a plnohodnotně.

2.4 Příčiny a faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření

„Nejnadšenější lidé upadají do nejtěžších forem vyhoření (burnout) nejčastěji. Závažnost jejich fyzického a psychického stavu je do určité míry ukazatelem jejich původního nadšení.“ (Pinesová, & Aronson, 1988 in Křivohlavý, 1998, s. 11)

Syndrom vyhoření souvisí především se zátěží, ale je také důsledkem selhání osobních mechanismů zvládání nároků. Tyto mechanismy nazýváme „ *coping mechanisms*“. Patří mezi ně projekce, represe, regrese a další. (Bartošíková, 2006)

Příčiny syndromu vyhoření můžeme rozdělit na pracovní a mimopracovní: (Kebza, & Šolcová, 2003)

- **Pracovní podmínky** vzniku syndromu vyhoření. Jedna z hlavních příčin je především samotný druh profese, dlouhodobé zapálení pro práci, vysoké nároky na pracovní výkon, špatná organizace práce, přetěžování zaměstnanců, veliký rozdíl mezi vedoucími pracovníky a jejich podřízenými a jejich nevhodná vzájemná komunikace a jiné. Další příčinou vyhoření může být samotné prostředí zaměstnání a to především nevyhovující, špatné podmínky pro práci. Mezi ně patří hluk, nedostatek pracovníků, pracovního místa, pomůcek, času, nedostatečné finanční ohodnocení, fyzicky i psychická náročná profese, zaměstnání. Špatná organizace práce, kdy nejsou jednoznačně vymezené pravomoci jednotlivých pracovníků, nedostatek komunikace mezi pracovníky a celkově špatné „ovzduší“ v zaměstnání. Velmi důležitá je také možnost profesionálního postupu v zaměstnání a možnost dále se vzdělávat ve svém oboru a dostatek informací o oboru. A také dostatečná školní příprava k zaměstnání, či profesi.

Lidé s vyšším vzděláním jsou více ohroženi syndromem vyhoření než jiní, protože očekávají od svého zaměstnání, práce víc a také do ní více investují. (Maroon in Matoušek, et al., 2003, s. 57)

- **Mimopracovní podmínky** vzniku syndromu vyhoření. Sem patří samotná osobnost jedince, jeho výchova, vlastnosti, chování. Syndromem vyhoření jsou ohroženi jedinci, kteří na sebe kladou vysoké nároky, jsou svou prací velmi zaujati, nadšeni a snaží se do této práce dávat vše, i na úkor osobního života a také od ostatních a své práce mají vysoké očekávání. Pracují příliš zodpovědně, pečlivě, obětavě, mají nízké sebevědomí a sebehodnocení. Syndromem vyhoření jsou ohroženi především ti lidé, kteří si neumějí odpočinout. (Kebza, & Šolcová, 2003)

Příčiny syndromu vyhoření ve vztazích, rodině apod., jsou různé, mohou to být neshody mezi partnery, dlouhotrvající každodenní péče o někoho blízkého, nezvládání všech životních rolí. Na začátku syndromu vyhoření se člověk snaží zvládat vše stoprocentně a správně. Pomalu se začne objevovat fyzické i psychické vyčerpání, nestíhání plnění naplánovaných činností a objevuje se smutek. V další fázi se objeví lhostejnost, člověk už nemá tolik zájmu o plnění všech činností, jako dřív a začíná tyto činnosti brát jako povinnosti, i když je dříve vykonával rád. Do pozadí ustupují osobní potřeby. V poslední fázi se snažíme stranit lidem a přerušujeme kontakty s nimi.

2.5 Příznaky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je dlouhodobý proces, nevzniká náhle, ale je to výsledek dlouhodobého působení negativních vlivů na člověka.

Příznaky syndromu vyhoření dělíme na:

- **Subjektivní příznaky.** Těmito příznaky mohou být snížené sebehodnocení a sebecenění, velká únava, špatné soustředění, porucha pozornosti, podráždění, negativismus a další. Jedinci trpící syndromem vyhoření mají o sobě velmi špatné mínění, nevěří si a myslí si, že nemají žádnou hodnotu. Ztrácejí své plány, iluze, naděje. (Křivohlavý, 2001)

- **Objektivní příznaky.** Do těchto příznaků patří dlouhotrvající snížená výkonnost, kterou vnímají okolo nás naši pacienti, klienti, žáci, studenti a tak dále. (Křivohlavý, 2001)

• **Psychické příznaky.** Mezi příznaky duševní, emocionální patří ztráta nadšení, empatie, pracovního nasazení, zodpovědnosti, ztráta pocitu štěstí, nechuť, lhostejnost, negativní postoj k sobě, k práci, ke společnosti, k životu. Únik do fantazie, potíže se soustředěním, zapomínáním. Dalšími emocionálními příznaky jsou sklíčenost, negativismus, smutek, strach, duševní vyčerpanost, ztráta motivace, pocity bezmoci, beznaděje, popudlivost, agresivita, nespokojenost, pocity nedostatku uznání. Únava je dalším z mnoha příznaků syndromu vyhoření. Na rozdíl od únavy fyzické, od které si lze odpočinout, únava u syndromu vyhoření je dlouhotrvající a je často spojená s psychickými příznaky a nelze si od ní odpočinout. U syndromu vyhoření převládá únava spíše psychického rázu, nad únavou fyzickou. (Kebza, & Šolcová, 2003)

Deprese, nebo-li chorobný smutek, je psychické onemocnění, a může být jedním z příznaků syndromu vyhoření. „*Deprese je onemocnění schopnosti štěstí, onemocnění životní situace.*“ (Vondráček in Baštecká, 1981, s. 142)

• **Fyzické příznaky.** Mezi tyto příznaky patří poruchy spánku, chuti k jídlu, náchylnost k nemocím, problémy se zažíváním, změny fyziologických funkcí, rychlá unavitelnost, vyčerpanost, svalové napětí, bolesti svalů a hlavy. Snížená aktivita v různých činnostech, ztráta energie a další. (Kebza, & Šolcová, 2003)

• **Příznaky v sociálních vztazích.** Lidé trpící syndromem vyhoření se vyhýbají kontaktům s druhými lidmi a nejráději tráví čas doma. Jejich komunikace se projevuje krátkými, strohými větami a často se dostávají do hádek se svými kolegy nebo nadřízenými. Ztráta osobních zájmů, zálib, asertivního jednání. Zaměstnanci chodí do práce později, tráví zde nezbytný čas a poté odchází domů jako první. Mají nechuť učit se novým postupům, pomůckám a nevěnují čas, nebo jen minimálně, přípravě do zaměstnání, práce. Člověk se stává nerozhodným, neschopným řešit i minimální problémy.

Bezmoc, beznaděj, skleslá až smutná nálada, cynismus, která se vztahuje především na okruh zaměstnání.

2.6 Fáze syndromu vyhoření

V knihách, člancích, které se zabývají syndromem vyhoření, se můžeme setkat s různými typy dělení fází syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření je měnící se, dlouhodobý proces s rozdílnými příznaky v různých fázích syndromu vyhoření. Nejčastěji se používá rozdělení syndromu vyhoření na čtyři fáze.

Čtyřfázový model procesu syndromu vyhoření dle Christiny Maslachové (Kebza, & Šolcová, 2003):

- **V první fázi** je prvotní nadšení jedince, zaujetí pro věc a přetěžování se. Pokud nastupujeme do nového zaměstnání, profese, jsme plni očekávání, co nového nám tato zkušenost přinese. Pracujeme s vysokým nasazením, nadšením, energií a chceme využít všeho, co jsme se kdy naučili. Častokrát chceme vyjít všem a všemu vstříc, pracujeme na úkor našeho osobního času. Tato fáze může být dlouhá různou dobu.

- **Ve druhé fázi** se objeví vyčerpání fyzické i psychické. V této fázi dochází k tomu, že ne vše se nám daří, tak jak bychom si přáli. Už nemáme tolik sil pracovat tak aktivně a vehementně. Začínáme pozorovat, že naše profese má i stinné stránky a nevidíme už vše tak pozitivně, nepracujeme s takovým nasazením. Uvědomujeme si, že pracujeme s lidmi, kteří mají stále stejné problémy, a že finanční ohodnocení není podle našich představ. Také si uvědomíme, že bychom mohli věnovat více času rodině a svým zálibám. Tato fáze je také dlouhá různou dobu.

- **Ve třetí fázi** jedinec vnímá dehumanizovaně, odcizeně své okolí, aby se ochránil před dalším vyčerpáním. Objevuje se frustrace. Pozorujeme, že některé zaběhnuté postupy se nám již nelíbí tolik, jako dříve. Pokoušíme se o změny, ale ne vždy to jde. Práce se stejnými lidmi nám začíná vadit, přestáváme vidět smysl naší profese. Nejsme tak ochotní a aktivní jako dříve. Pracujeme méně a neděláme práci, která nám přijde zbytečná. Přemýšlíme, zda jsme si zvolili správný obor profese, či zaměstnavatele.

- **Ve čtvrté**, poslední fázi se projevují všechny příznaky syndromu vyhoření, jako frustrace, lhostejnost, nezájem, negativismus a další. V této poslední fázi jsme apatičtí, svou profesi vykonáváme jen z důvodu platu, abychom uživilí svou rodinu. Nepracujeme přesčas, v práci se zdržujeme co nejkratší dobu, neděláme věci navíc. Začínáme se úplně vyhýbat lidem, hledáme si takovou práci, kde nepřijdeme do kontaktu s lidmi, kteří potřebují naši pomoc. Vyhýbáme se novým postupům, změnám, protože nám vše přijde zbytečné. Přejeme si změnu, ale mnohdy jí nedokážeme uskutečnit.

Jedna z hlavních příčin syndromu vyhoření je počáteční pracovníkovo nadšení a nevhodná energetická rozvaha při setkání se skutečnými poměry v zaměstnání. Tuto příčinu rozpracoval Kopřiva do tří fází syndromu vyhoření. (Baštecká et al., 2003)

Tři cesty vedoucí k syndromu vyhoření dle Kopřivy (1997 in Bartošíková 2006), které popisují fáze hodící se více k nezdravotnickým pomáhajícím profesím:

- **První fáze** – ztráta ideálů. Ze začátku jsme nadšeni, postupně toto nadšení mizí. Vytrácí se smysl práce a mizí důvěra v naše vlastní schopnosti.

- **Druhá fáze** – workoholismus. V této fázi jsme závislí na své práci, chceme hodně pracovat a utéct tím tak před vlastními pocity. Pokud pracujeme s nadšením velmi intenzivně, objeví se u nás syndrom vyhoření rychleji, než u jiných lidí.

- **Třetí fáze** – teror příležitosti. Pracujeme s velkým nasazením, přijímáme nové nabídky a úkoly a práce se nám začne hromadit a neubývat. Pokud nechceme zvolnit a stále pracujeme, také se u nás objeví syndrom vyhoření. Chybí nám kontakt s ostatními lidmi a nedokážeme si odpočinout.

Henning a Keller (1966 in Baštecká, 2003) označili pracovníkovo počáteční nadšení z profese jako počáteční stav, nikoliv pohnutku k syndromu vyhoření.

Fáze syndromu vyhoření dle Henninga a Kellera:

- **Nadšení** – jedinec nastoupil do svého zaměstnání s nadšením, vysokými ideály, velmi se angažuje pro organizaci, kde pracuje. Je aktivní v pomoci druhým lidem.

- **Stagnace** – uváznutí. Nedaří se uskutečňovat představy o své profesi. Požadavky druhých začínají pracovníka obtěžovat.

- **Frustrace** – zmaření. Jedinci neradi chodí do svého zaměstnání, jsou zklamáni.

- **Apatie** – netečnost. Trpící syndromem vyhoření vnímají své klienty nepřátelsky, vyhýbají se práci navíc, dělají jen to nejnnutnější.

- **Syndrom vyhoření**. Došlo k naprostému vyčerpání.

U některých autorů knih o syndromu vyhoření se setkáváme s členitějším dělením a více fázemi syndromu vyhoření.

Nejčlenitější model fází syndromu vyhoření Johna W. Jamese (1982 in Křivohlavý, 1998) má 12 fází:

- Ze začátku své profese se snažíme ve svém pracovním procesu kladně se osvědčit.

- Snažíme se pracovat samostatně, bez pomoci druhých.

- Zapomínáme na sebe a na vlastní osobní potřeby.

- Jen práce, projekt, plán, návrh, úkol, cíl se stávají tím jediným, o co nám jde.

- Máme zmatek v hodnotovém žebříčku, nevíme co je důležité a co nikoliv.
- Popíráme všechny příznaky vnitřního napětí jako projev obrany tomu, co se děje.
- Jsme dezorientovaní, ztrácíme naději, vymizí angažovanost. Při útěku od všeho můžeme sáhnout po alkoholu a drogách.
- Pozorujeme změny v chování, nesnášíme rady, kritiku. Straníme se kontaktu s lidmi.
- Ztrácíme kontakt sami se sebou a vlastními cíli a hodnotami.
- Máme pocity zoufalství ze selhání. Chceme prožívat opravdový a smysluplný život.
- Trpíme depresí ze zoufalství z poznání, že nic nám nefunguje. Snižuje se sebecenění, sebehodnocení a sebevážení se.
- Dochází k totálnímu vyčerpání - fyzické, emocionální i mentální. Pocit naprosté nesmyslnosti všeho - i marnosti dalšího žití.

2.7 Diagnostika syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření diagnostikujeme podle výskytu určitých příznaků. K hojně používaným diagnostickým metodám v této oblasti řadíme například diagnostický dotazník, Burnout Measure dotazník, Maslach Burnout Inventory dotazník a jiné metody.

Diagnostický dotazník - D. Hawkins, F. Minirth, P. Maier a Ch. Thursman (1990).

Dotazník je zaměřený na celou šíři problematiky vyhoření. Důležité v této metodě je, že bere syndrom vyhoření jako proces a ne jako momentální statický stav. Tato metoda je vhodná pro všechny, kteří si sami chtějí zjistit, zda netrpí syndromem vyhoření. Pokud u většiny odpovědí na konkrétní definice je ano, může se jedinec vyskytovat v určité fázi syndromu vyhoření. Těmito definicemi jsou například:

- často se mi zdá, že nikomu kolem mne o nic nejde a cítím se beznadějně,
- snadněji nyní ztrácím klid, nežli jsem ho ztrácel dříve,
- obtížněji, nežli tomu bylo dříve, se mi dělá jakékoliv rozhodnutí,
- cítím se bezmocný a nevím, jak se dostat z problémů, které mám,

- zdá se mi, že nejsem moc ceněn a odměňován za vše, co jsem udělal.

Jedinec se může vyskytovat ve fázi, kdy se syndrom vyhoření začíná objevovat, nebo dosahuje akutní úrovně a psychické vyčerpání se stalo chronickým jevem. (Křivohlavý, 1998)

BM - Burnout Measure – A. Pinesová, E. Aronson, D. Kafry (1980).

Dotazník zaměřený na tři nejvýraznější charakteristiky syndromu vyhoření, na fyzické, emocionální a psychické vyčerpání.

V tomto dotazníku odpovídáme na to, jak často se u nás objevují určité situace, nebo zkušenosti, poté se vypočítají položky (A, B, C, D) podle hodnot odpovědí na konkrétní otázky a vyjde nám hodnota našeho psychického vyhoření změřená metodou BM. Výsledek je dobrý, pokud je výsledná hodnota BM nižší než 2, pokud je výsledná hodnota BM vyšší jak 4, je prokázán výskyt syndromu vyhoření. Pokud je výsledná hodnota BM vyšší jak 5, je tento stav považován za havarijní signál a je velmi důležité začít jednat. (Křivohlavý, 1998)

MBI - Maslach Burnout Inventory – Ch. Maslachová a S. Jacksonová (1997).

Nejpoužívanější metodou, při diagnostice syndromu vyhoření je dotazník zaměřený na tři relativně samostatné faktory, na emocionální vyčerpání - EE, depersonalizaci - DP a snížený pracovní výkon - PA.

Tento dotazník obsahuje 9 otázek zaměřených na EE, 5 otázek zaměřených na DP a 8 otázek zaměřených PA. Odpovědi vyjadřujeme sedmi stupni odpovědní škály. Hodnotí se součet bodových hodnocení v jednotlivých subškálách dělených na EE, DP a PA, nezjišťuje se celkové skóre. (Křivohlavý, 1998)

Jiné metody používané při diagnostice syndromu vyhoření.

Mezi tyto nedotazníkové metody patří sémantický diferenciál, nebo-li odlišení jemných odstínů ve významu slov, pracuje se zde s bipolárními adjektivy, prožívání extrémních pocitů. Jedinec své odpovědi uvádí na stupnici mezi dvěma extrémy (např. mezi bezcenný a plnohodnotný) křížkem, podle toho, kde si myslí, že se v momentální chvíli nachází. (Křivohlavý, 1998)

2.8 Prevence a léčba syndromu vyhoření

„Burnout může být na jedné straně mimořádně bolestivým a tíživým zážitkem. Na druhé straně však tam, kde se s ním moudře zachází, dá se burnout překonat. Může se dokonce stát prvním krokem ke zlepšení povědomí o tom, kým jsme. Může obohatit naše povědomí o to, co to je být člověkem (odpovědí na naši otázku identity). Může být předchůdcem důležitých životních změn, našeho osobního růstu a vývoje naší osobnosti. Lidé, kteří takto zvládli burnout (své psychické vyhoření) téměř bez výjimky pokračují dále lepším a plnějším životem. Životem bohatším, než byl ten, v němž své psychické vyhoření prožili.“ (Pinesová, & Aronson in Křivohlavý, 1998, s. 12)

Pokud si uvědomujeme, že se u nás objevují některé příznaky syndromu vyhoření, můžeme sami udělat něco pro to, abychom nevyhořeli úplně. Jestliže se cítíme unaveni a není nám po emocionální stránce dobře, můžeme si vzít dovolenou v zaměstnání a odpočinout si, nebo změnit pracovní zařazení, či se více věnovat svým koníčkům, nebo rodině. Můžeme se snažit najít nové přátele, nové zájmy, nebo se pokusit změnit zaběhnuté postupy v práci. Pokud nám ani toto nepomůže, je potřeba změnit některé stránky osobního života, nebo dané zaměstnání, profesi.

Dostatek informací o příčinách a podmínkách vzniku syndromu vyhoření může vést k úspěšné prevenci, či léčbě syndromu vyhoření. Velký vliv na prevenci syndromu vyhoření by měla mít samotná organizace, ve které člověk pracuje. Ve zdravotnických profesích, které jsou tímto syndromem ohroženy nejvíce, je velmi důležitá pomoc při předcházení vyhoření ze strany zaměstnavatele.

Dle Chernisse (1995 in Bartošíková, 2006) jsou hlavními faktory v prevenci syndromu vyhoření tři skupiny okolností:

- Nalezení smysluplné pracovní činnosti.
- Získání a převzetí profesionální autonomie a opory.
- Konstituování přirozeného vztahu k práci a dalším životním aktivitám.

Interní a externí možnosti prevence syndromu vyhoření.

● **Interní metody** jsou zaměřené na jedince ohroženého syndromem vyhoření. K syndromu vyhoření dochází především u jedinců, kteří jsou velmi úzce zaměřeni na jeden cíl, hodnotu, ideu, osobu, atd. (Křivohlavý, 2001)

Důležitým prvkem při zvládnání syndromu vyhoření je smysluplnost bytí, nebo-li prožívání smysluplnosti existence. Dle rakouského lékaře, psychiatra a psychologa V. E. Frankla je důležité počítat v psychologii nejen s přirozenými potřebami a motivačními silami, ale i s motivační silou smysluplnosti toho, co děláme. Prevencí syndromu vyhoření v souvislosti se smysluplností bytí se zabývá etika a náboženství. Terapií se zabývají logoterapie, existenciální psychoterapie a duchovní péče. (Křivohlavý, 1998)

Jednou z možností preventivních a léčebných postupů při odstraňování syndromu vyhoření je psychoterapie. Existenciální terapie je hlavní zdroj psychoterapie. Tato terapie je zaměřená především na vnitřní svět prožitků, která umožňuje lidem trpícím syndromem vyhoření, vyrovnat se otázkami podstaty lidské existence, smyslu života, svobody a odpovědnosti člověka. (Kebza, 2005)

Na existenciální terapii navazují daseinsanalýza a logoterapie. Cílem daseinsanalýzy je pochopení a naplnění vlastní existence a jak tuto existenci nejlépe realizovat. Klade se důraz na jedinečnost a neopakovatelnost individuality pacienta. Další metoda navazující na existenciální terapii je logoterapie. Cílem této terapie je nalézt řešení v situacích existenciální frustrace. Hledáme a naplňujeme zde nové hodnoty, nové důvody smyslu života, což je velmi důležité u lidí v posledním stádiu syndromu vyhoření. (Kebza, 2005)

- **Externí metody** jsou zaměřené na úpravu vnějších podmínek, ve kterých by se mohl syndrom vyhoření objevit. Mezi tyto metody patří sociální opora, která je jedním z nejdůležitějších externích faktorů. Sociální opora je pomoc poskytovaná druhými lidmi, člověku nacházejícímu se v zátěžové situaci. (Křivohlavý, 2001)

Úrovně sociální opory můžeme rozdělit z hlediska rozsahu socio-psychologického na:

- Makrouroveň sociální opory, kde jde o celospolečenskou pomoc potřebným, například při zemětřesení, záplavách, válečných konfliktech a dalších.

- Mezőroveň sociální opory, kdy potřebným pomáhá skupina lidí. Do této sociální opory patří pomoc kolegům, starým a nemocným lidem a další.

- Mikroúroveň sociální opory s pomocí od lidí nám nejbližších. Například od rodičů dětem, mezi manžely, a další. (Křivohlavý, 2001)

Mezi druhy poskytované sociální opory patří dle House (1980 in Kebza, 2005) instrumentální, informační, emocionální a hodnotící opora :

- Instrumentální opora. Pomoc je zprostředkována pomocí poskytnutí finanční pomoci, obstarávání různých potřebných věcí, materiální podpory a další.

- Informační opora. Potřebnému jsou dodávány informace, potřebné ke zvládnutí složité situace, do které se dostal.

- Emocionální opora. Poskytujeme empatickou formou sdělování emocionální blízkosti, naší lásku, soucítění, náklonnost, atd.

- Hodnotící opora. Posilujeme kladné sebehodnocení a sebevědomí, podporujeme snahu o autoregulaci

Mezi další externí metody prevence syndromu vyhoření patří dobré vztahy mezi lidmi, kladné hodnocení druhých lidí a pracovní podmínky.

Prevence na úrovni osobní a na úrovni organizace, kde pracujeme:

- **Prevence na úrovni osobní.** Zde se snažíme předcházet prvním projevům a výskytu syndromu vyhoření. Je důležité znát informace o rizicích chronického stresu a syndromu vyhoření, abychom věděli, jak se můžeme bránit. V mnoha knihách, časopisech i na internetu se dozvíme o technikách a strategiích zvládnutí stresu spojeného s rizikem vzniku syndromu vyhoření. Důležité je mít dobrý, aktivní osobní život, dobré rodinné a přátelské zázemí, mnoho zájmů a umět si odpočinout. Je třeba oddělovat osobní život od pracovního. (Bartošíková, 2006)

Důležitými kroky prevence syndromu vyhoření jsou:

- Správná péče o sebe samotného, odpočinek a myšlení na své potřeby.

- Pokud nám nestačí síly, musíme umět požádat o pomoc.

- Sebepoznání, nebo-li mít realistický pohled na sebe samotného.

- Dostatek času na své zájmy, udržovat se v dobré fyzické kondici.

- Nenosit si práci domů.

- Pokud již nevím, jak dál, tak vyhledat odbornou pomoc. (Bartošíková, 2006)

- **Prevence na úrovni organizace,** ve které pracujeme. Důležitým faktorem je týmová spolupráce, jak mezi kolegy navzájem, tak mezi nadřízeným i podřízenými. Členové týmu by se měli podporovat navzájem, důvěřovat si, dokázat se na druhého spolehnout, udržovat mezi sebou dobré vztahy a správně mezi sebou komunikovat. Mají společný cíl, ale musí zde být jasně stanovená pravidla a vhodně rozdělená pravomoc a zodpovědnost. Vedoucí pracovníci musí správně vést své podřízené, být jim oporou,

věnovat jim pozornost a dávat jim možnost se prosadit a profesně růst. (Bartošíková, 2006)

Také je velmi důležité mít při výkonu profese dostatek času na odpočinek a osobní volno. Dostatek pracovníků, jasně stanovená pracovní náplň a pracovní doba, mít zpětnou vazbu, zda pracujeme správně.

Abychom mohli člověka trpícího syndromem vyhoření léčit, nejdříve si musí tento člověk uvědomit, že tímto syndromem trpí.

Při léčbě syndromu vyhoření se také uplatňuje behaviorální a kognitivní terapie, jako při vyrovnávání se se stresem, které jsou popsány výše. Mezi tyto metody patří například relaxace, meditace, masáže, dechová cvičení a další.

3. Stres a syndrom vyhoření u zdravotních sester

Profese zdravotních sester patří mezi pomáhající profese a je velmi náročná nejen psychicky, ale i fyzicky. Zdravotní sestry se každý den setkávají s lidským utrpením, neštěstím, bolestí i umíráním. Musí si vždy udržet chladnou mysl, určitý odstup od nemocných a nepropadat svým emocím, aby dokázaly dobře a kvalitně pomoci druhým.

3.1 Profese zdravotní sestry

Role zdravotní sestry se postupně měnila a přetvářela. Ze začátku poskytovaly, jako ošetřovatelky, péči na základě charitativní pomoci, později pracovaly především jako pomocnice lékaře a v nynější době jsou zdravotní sestry rovnocennými členkami týmu, kde samostatně pracují. Zdravotní sestry zastávají mnoho rolí. Od výuky a edukace nemocných a ostatního zdravotnického personálu, přes plánování, koordinaci, organizaci, řízení práce až k výzkumu. Zdravotní sestry si samy určují sesterské diagnózy nemocných, podle kterých řídí a poskytují svou péči nemocnému. Ve svém povolání musí být zároveň pečovatelkou, ošetřovatelkou, edukátorkou, manažerkou, advokátkou, výzkumnicí, učitelkou, léčitelkou, administrativní pracovnící, ale i třeba uklízečkou. (Heřmanová, & Staňková, 1996)

Osobnost zdravotní sestry.

Zdravotní sestra musí mít určité předpoklady pro plnění své profese. Tímto předpokladem je například tvůrčí přístup sestry k plnění svěřených úkolů, dostatečná kritičnost a sebekritičnost. Dalším předpokladem je správná míra empatie, nebo-li schopnost vcítit se do druhých lidí. Schopnost porozumět problémům a potřebám nemocných lidí. Musí vystupovat klidně, s pohotovými reakcemi, rozvážně, přiměřeně. Musí být trpělivá, vyrovnaná, inteligentní, umět se ovládat, mít smysl pro humor, správnou hodnotovou orientaci, humánní vztah k nemocným. (Heřmanová, & Staňková, 1996)

Práce sestry vychází z bio-psycho-sociálních potřeb nemocného, musí být nezaujatá, asertivní, samostatná, komunikativní, upravená, musí pracovat s úctou, se zájmem, chladnou hlavou a měla by svou péči poskytovat všem nemocným, bez ohledu

na její osobní postoj k nemocnému. Spolupracuje s ostatními členy multidisciplinárního týmu. Nesmí propadat zoufalství, beznaděži a zmatku. (Heřmanová, & Staňková, 1996)

Hlavní funkce zdravotní sestry:

Tyto funkce vycházejí z poslání ošetrovatelství ve společnosti. Zdravotní sestra je musí plnit nezávisle na zdravotním stavu nemocného, počtu členů ošetrovatelského týmu, ale i na tom, kde ošetrovatelskou péči poskytuje. Hlavní funkce dělíme na (Heřmanová, & Staňková, 1996, s. 48 - 49):

- Poskytování a řízení ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Sestra nejdříve zhodnotí potřeby nemocného, naplánuje si péči a postupy k uspokojení těchto potřeb. Poté tuto péči zrealizuje a vše zdokumentuje.
- Další funkcí zdravotní sestry je vzdělávání a řízení pacientů. Poskytuje jim potřebné informace a ověřujeme si získané informace. Setry se samy vzdělávají a pomáhají vzdělávat se i ostatnímu ošetrovatelskému personálu.
- Zdravotní sestra musí být přínosným členem zdravotnického týmu. Spolupracuje s nemocnými, jejich rodinami a jinými členy zdravotnického týmu a zařízení.
- Snaží se o rozvoj ošetrovatelské praxe prostřednictvím výzkumu, zaváděním nových způsobů práce, stanovuje výzkumná témata.

Možné pozice zdravotních sester:

Nejvíce zdravotních sester pracuje v nemocnicích, přímo u lůžka nemocného, kde je o něj postaráno 24 hodin denně. Pracují často na denních a nočních službách. Tato pracoviště si vybírají většinou dle osobních zkušeností z praktické výuky na školách, vlastního přesvědčení, či osobních předpokladů k této profesi. Dále mohou pracovat v ambulantních provozech, jiných nemocničních zařízeních, jako léčebny dlouhodobě nemocných, sociální ústavy a další.

Zde jsou uvedeny některé možné profesionální úrovně v práci zdravotních sester, nejčastěji v nemocnicích:

- **Všeobecná zdravotní sestra** poskytuje a případně i zajišťuje základní a speciální ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu, a to podle diagnózy stanovené lékařem. Součástí její práce je vyhodnocování potřeb a úrovně soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění a rizikových faktorů, a to i způsoby, které jsou běžné v ošetrovatelské praxi.

- **Všeobecná, registrovaná zdravotní sestra** je držitelem osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a je zapsána do registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.

- Mezi hlavní funkce **staniční sestry** patří manažerské činnosti obsahující veškeré personální činnosti, řešení konfliktů na pracovišti, odborné ošetrovatelské činnosti, aktivity na stanici/oddělení, jako je zástup za člena personálu, asistence při operacích atd. Přímí podřízení jsou zdravotní sestry, zdravotničtí asistenti, ošetrovatelé a sanitáři.

- **Vrchní sestry** jsou manažerky v první linii a na střední úrovni řízení by měly vykonávat převážně manažerské činnosti. Mezi jejich další činnosti patří především administrativní, personální činnost a zajišťování chodu jednotlivých klinik. Přímé podřízené vrchní sestry jsou staniční sestry jednotlivých ošetrovatelských stanic.

- **Hlavní sestra** je vysoce řídicí manažerská funkce v sesterské práci. Je to nejvyšší funkce zdravotní sestry ve zdravotnickém zařízení, která má na starosti ošetrovatelský systém zařízení. Přímé podřízené hlavní sestry jsou vrchní sestry jednotlivých zdravotnických klinik. Přímý nadřízený je ředitel nemocnice.

Některá oddělení zdravotnického zařízení, kde mohou zdravotní sestry pracovat:

Anesteziologicko resuscitační oddělení (ARO), na tomto oddělení poskytují lékaři a zdravotničtí nelékařští pracovníci neodkladnou resuscitační péči pro pacienty ohrožené selháním životních funkcí. Lékaři těchto oddělení pracují na sálech jako anesteziologové.

Jednotky intenzivní péče (JIP), poskytují intenzivní péči těžce nemocným i umírajícím pacientům. Jsou rozděleny podle druhu péče o nemocné na kardiologické, chirurgické, metabolické, psychiatrické a další.

Ambulantní oddělení. Péče nemocným zde bývá poskytována 24 hodin denně v ambulancích a často zde dochází k prvnímu kontaktu zdravotníků s nemocnými. Nemocní sem přicházejí na vyšetření, případně jsou posíláni dále do zdravotnického zařízení k dovyšetření nebo další péči.

Operační sály. Provoz na operačních sálech bývá zpravidla 24 hodin denně, nebo pouze v operační dny, dle druhu operací. Nemocní jsou operováni plánovaně, nebo akutně, podle jejich zdravotního stavu.

Na **chirurgických odděleních** jsou nemocní lidé nebo lidé s úrazy léčeni chirurgickým, operačním zákrokem. Dělena jsou na chirurgické obory oční, ortopedické, traumatologické a další.

Interní oddělení, poskytují nemocným především nechirurgickou péči vnitřních orgánů. Vnitřní lékařství je zaměřeno na kardiologii, nefrologii, onkologii a další.

Na **onkologických odděleních** je poskytována preventivní, diagnostická a léčebná zdravotnická péče nemocným s nádorovým onemocněním. Součástí zařízení bývají radiologické ozařovny, lůžková oddělení, ambulance pro chemoterapii a další.

3.2 Stres u zdravotních sester

Zdravotní sestry musí pracovat samostatně a mají mnoho kompetencí. Začínají pracovat bez dohledu lékaře a samy určují ošetrovatelské diagnózy nemocných, plánují svoji péči, její cíl a postupy.

Zátěže v profesi zdravotní sestry se liší podle druhu pracoviště. Na lůžkovém oddělení je sestra v neustálém kontaktu s pacienty, kde se stará o jejich denní potřeby. Je svědkem jejich bolesti a utrpení. V ambulantním provozu musí zdravotní sestra znát postupy první pomoci, jelikož většinou je ona tím, kdo se poprvé setkává s nemocnými. V domovech důchodců jde především o péči o klienty, kteří se nedokáží o sebe sami postarat. Nejtěžší je práce v hospicích, kdy zdravotní sestra pracuje s umírajícími a trpícími lidmi.

Rizikové faktory, zátěže v profesi zdravotní sestry:

- Mezi fyzické, chemické, fyzikální zátěže patří hluk, rizika infekce, zatížení páteře, svalového a kloubního systému, stání při práci, přetíženost, zvedání pacientů, narušení spánkového režimu při noční směnách, kontakt s léky, dezinfekčními přípravky, exkrementy, otevřenými ranami a další. (Bartošíková, 2006)

- Mezi psychické, sociální zátěže patří neustálá nutnost reagovat na změny, požadavky, nutnost učit se novým praktikám, pomůckám, nadměrná emocionální zátěž. Zdravotní sestra musí samostatně a rychle rozhodovat, věnovat neustálou pozornost nemocným, má vysokou zodpovědnost, působí bolesti druhým, je v kontaktu s těžce nemocnými i umírajícími lidmi a další. (Bartošíková, 2006)

Ochranné faktory v profesi zdravotní sestry:

Profese zdravotní sestry nepřináší jen samé negativní podněty pro jedince, ale přináší i velké uspokojení v péči o druhé. Zdravotní sestra cítí uspokojení a radost, pokud její snaha a péče má dobré výsledky. Mnohdy zdravotním sestram stačí úsměv nemocného, poděkování, nebo jen pohled na spokojeného, čistého a vesele naladěného pacienta.

Mezi některé ochranné faktory této profese patří častý styk s různými lidmi, s nimiž si sestra může povídat a rozšířit si tím své obzory o různých povoláních, zážitcích a dalších. Dále to je možnost ocenění druhými lidmi, možnost zvýšení sebeoceny, učení se novým postupům, pomůckám a další. Zkušenosti z této profese může využít i ve svém osobním životě. (Bartošíková, 2006)

3. 3 Syndrom vyhoření u zdravotních sester

Nejčastěji se syndrom vyhoření objevuje u zdravotnických povolání, jako jsou lékaři, zdravotní sestry, pečovatelé a ošetřovatelé, laboranti. Objeví se především tam, kde pracují s těžce a nevléčitelně nemocnými lidmi a hlavně umírajícími lidmi. Nejtěžšími a zároveň nejrizikovějšími jsou oddělení onkologická a interní, jednotky intenzivní péče, hospici, léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny, ale i oddělení, kde jsou vážně nemocní, či umírající dětské pacienti a další. Více rizikovějšími jsou oddělení, kde jsou nemocní dlouhou dobu a práce je zde pořád stejná, než ta oddělení, kde se pacienti často mění a objevují se zde i různé diagnózy, například na odděleních chirurgických, jako jsou oddělení stomatologická, oční a podobné. Také jsou více ohrožená lůžková oddělení, než zdravotnické ambulance. Vývoj zdravotní péče a medicíny jde kupředu, mění se postupy zdravotní péče, jednotlivé pravomoci pracovníků, objevují se nové pomůcky, ale i jednotlivé požadavky na pracovníky, co se týče vzdělávání. Zdravotníci se musí neustále vzdělávat novým pokrokům a činnostem. (Křivohlavý, 1998)

„Burnout je jedním z hlavních důvodů odchodu ze zaměstnání (fluktuace) a změny místa v zaměstnání ve zdravotnictví.“ (Křivohlavý, 1998, s. 20)

Rizikové faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření u zdravotních sester:

Rizikovým faktorem u zdravotní sestry je samotná péče o nemocné, bezmocné a často umírající pacienty. Zdravotní sestra se často setkává s nepochopením, agresí, smutkem, beznadějí a celkovým vyčerpáním ze strany nemocného, jeho rodiny, ale i od kolegů a nadřízených. Zdravotní sestra musí spolupracovat s různými lidmi, odborníky, kteří se podílejí na péči o nemocného. Je členem multidisciplinárního týmu a souhra v tomto týmu bývá často velmi náročná. Všichni se snaží podílet na péči a léčbě nemocného a mnohdy může dojít ke střetnutí zájmu a k rozdílným názorům na péči o nemocného. Často se stává, že zdravotnický personál se mezi sebou snaží přenášet práci z jednoho na druhého a vznikají zde rozepře, kdo má jaké kompetence a kdo má určenou práci vykonat. Multidisciplinární tým má společný cíl a je zde důležitá spolupráce, důvěra mezi členy, otevřená komunikace, schopnost druhého vyslechnout. Může se stát, že poskytnutá léčba a péče neodpovídá výsledkům stavu nemocného a to bývá velmi frustrující. Zdravotní sestra se snaží udělat vše pro pomoc nemocnému a ne vždy je tato snaha úspěšná.

Fáze syndromu vyhoření u zdravotních sester:

Zdravotní sestry mají ze začátku své profese mnoho energie, se kterou chtějí pracovat a pomáhat lidem. Chtějí měnit zaběhnuté věci, hledat nové postupy a učit se novému. Dokáží diskutovat s kolegy a nadřízenými a hledají řešení problémů. Po nástupu do své profese se seznamují s prostředím, nemocnými lidmi, kolegy, učí se novému. V této počáteční fázi je důležité, jak se zdravotní sestra sžije s novým prostředím a se svojí profesí.

V další fázi je zdravotní sestra již členem týmu, pracuje samostatně. Začíná brzy zjišťovat, že ne vždy její vynaložené úsilí odpovídá výsledkům. Pacienti neposlouchají rady a zneužívají její péči. Finanční ohodnocení není podle jejích představ, vše se dělá standardizovaně a neustále stejně. Přemýšlí, zda jít dále studovat, nebo zvolit jiný typ zdravotnického zařízení.

Pokud zdravotní sestra i nadále cítí frustraci ve své profesi, syndrom vyhoření se prohlubuje a začíná se objevovat úzkost, i když je velmi zkušená. Je více kritická ke svému okolí, pacientům, kolegům, nadřízeným, ale i k sobě. Pracuje stereotypně, méně a snaží se vyhýbat práci, která je pro ni zbytečná.

V poslední fázi syndromu vyhoření úplně mizí nadšení ze své profese. Zdravotní sestra vnímá své pacienty a kolegy jako někoho, kdo ji jen obtěžuje. Nepracuje přesčas,

nedělá práci za druhé. V této fázi může rozhodnout pro změnu pracoviště a tím řešit vzniklý problém, nebo se uzavře do sebe a nedokáže s tímto problémem nic udělat.

Prevence syndromu vyhoření u zdravotních sester:

U profesí, kdy se setkáváme, komunikujeme a pomáháme druhým lidem, je důležité při prevenci syndromu vyhoření, dle Christiny Maslachové (1978 in Kebza, 2005), vytvořit si odstup od klientů. Je zde důležité odosobnění, kdy se nám klient stává jen určitým případem, diagnózou. Dále intelektualismus, při kterém hovoříme o klientovi bez emocí, bez osobního přístupu. A izolace, která je důležitá pro rozlišnost přístupu ke svým klientům a k ostatním lidem.

Ochranným faktorem zdravotních sester při prevenci syndromu vyhoření je častý kontakt s různorodými lidmi s různými potížemi, či nemocemi. Zdravotní sestra se může dozvědět mnoho nových informací, poznat nové pomůcky, metody, poznat jiné lidi, jejich život, povolání, atd. Těžká a náročná práce může jedinci zvyšovat pocit osobní kompetence. Pokud se pacient cítí dobře a jeho stav se zlepšuje, má zdravotní sestra uspokojení z dobře vykonané práce. Zdravotní sestra je mnohdy oceněna nejen od pacientů, ale i od jeho rodiny. (Bartošíková, 2006)

První anglická profesorka paliativní medicíny Sheila Cassidy, z anglického Birminghamu, sestavila soubor 16 hlavních momentů pro péči o pečovatelky (1995 in Křivohlavý, 2010, s. 46).

Podněty pro zdravotní sestry v péči o jejich vlastní přežití:

1. *Bud' k sobě mírná, vlídná a laskavá.*
2. *Uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat druhým lidem a ne je zcela změnit.*
3. *Najdi si své útočiště, místo pro uklidnění se.*
4. *Druhým lidem na oddělení bud' oporou.*
5. *Uvědom si, že je zcela přirozené být tváří v tvář bolesti a utrpení.*
6. *Snaž se změnit způsoby, jak to či ono děláš.*
7. *Zkus poznat, jaký je rozdíl mezi dvěma různými způsoby nařikání:*
 - a) *mezi tím, které zhoršuje beztak již těžkou situaci,*
 - b) *tím, které bolest a utrpení tiší.*
8. *Když jdeš domů z práce, soustřed' se na něco dobrého a pěkného, co se ti podařilo v práci dnes udělat – a raduj se z toho.*
9. *Snaž se sama sebe neustále povzbuzovat a posilovat.*

10. *Využívej pravidelně povzbuzujícího vlivu přátelských vztahů v pracovním kolektivu i v jeho vedení jako zdroje sociální opory, jistoty a nadějného směřování života.*
11. *Ve chvílích přestávek a volna, když přijdeš do styku se svými kolegyněmi a kolegy, se vyhýbej jakémukoli rozhovoru o úředních věcech a problémech v zaměstnání.*
12. *Plánuj si předem „chvíle útěku“ během týdne. Nedovol, aby ti někdo či něco tuto radost překazilo, nebo ti ji někdo narušil.*
13. *Nauč se raději říkat „rozhodla jsem se“, nežli „musím, mám povinnost“ či „měla bych“. Podobně se nauč říkat raději „nechci“, nežli „nemohu“.*
14. *Nauč se říkat druhým lidem nejen „ano“, ale i „ne“.*
15. *Netečnost (apatie) a zdrženlivost (rezervovanost) ve vztazích s druhými lidmi je daleko nebezpečnější a nadělá více zla a hořkostí, nežli připuštění si skutečnosti (reality), že více, nežli děláš, se opravdu udělat nedá.*
16. *Raduj se, hraj si a směj se – ráda a dost často.*

Empirická část

4. Vlastní mapující průzkum

4.1 Cíle průzkumu a formulace průzkumných otázek

Cílem průzkumného šetření je jednak zjistit, jaká je obeznámenost zdravotních sester s termínem syndrom vyhoření a dále, zda se syndrom vyhoření objevuje u zdravotních sester, případně v jaké míře na jednotlivých zdravotnických odděleních.

Výzkumné otázky:

- 1) Znájí zdravotní sestry pojem syndrom vyhoření?
- 2) Pokud znají pojem syndrom vyhoření, umí ho vysvětlit?
- 3) Jaký je výskyt syndromu vyhoření u zdravotních sester na jednotlivých zdravotnických odděleních?

4.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Soubor respondentů představovalo 42 zdravotních sester pracujících na Klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku UK 1. LF a FN Motol (ORL). Respondenti pracují na stanicích jednotky intenzivní péče, standardním oddělení nebo onkologickém oddělení.

Podstatná část respondentů byla zastoupena v ženském pohlaví a to v počtu 40 (95 %), 2 respondenti (5 %) byli muži.

Na jednotce intenzivní péče – JIP v době šetření pracovalo 15 žen (94 %) a 1 muž (6 %). Na standardním oddělení – ORLS pracovalo 12 žen (100 %) a žádný muž, na onkologickém oddělení – ORLO 13 žen (93 %) a 1 muž (7 %). Znárodněno v tabulce číslo 1.

Tabulka č. 1 – Přehled zastoupení žen a mužů na jednotlivých odděleních.

Pohlaví	Jednotka intenzivní péče	Standardní oddělení	Onkologické oddělení	Celkový počet
Muži	1	0	1	2
Ženy	15	12	13	40

Nejpočetnější věkovou skupinou respondentů byla skupina 25 – 35 let (38 %) a nejméně zastoupenou věkovou skupinou 56 let a více (5 %).

Na jednotce intenzivní péče je nejvíce zastoupena věková skupina 25 – 35 let 9 respondentů (55 %) a nejméně zastoupena skupina 56 let a více 0 respondentů (0 %). Na standardním oddělení je nejpočetnější skupinou 46 – 55 let v počtu 4 respondentů (33 %) a nejméně početnou 36 – 45 let 1 respondent (8 %). Na onkologickém oddělení zdravotních sester nejvíce ve věku 36 – 45 let 6 respondentů (43 %) a nejméně ve věku 56 let a více 0 respondentů (0 %). Uvedeno v tabulce číslo 2.

Tabulka č. 2 – Počet pracovníků dle věku na jednotlivých odděleních.

Věk	Jednotka intenzivní péče	Standardní oddělení	Onkologické oddělení	Celkový počet
24 let a méně	2	2	2	6
25 – 35 let	9	3	4	16
36 – 45 let	3	1	6	10
46 – 55 let	2	4	2	8
56 let a více	0	2	0	2

Nejpočetnější zastoupenou skupinou ukončeného vzdělání, z celkového počtu, jsou zdravotní sestry se střední školou s maturitou v počtu 30 (71 %) a nejméně početnou skupinou ukončené vysokoškolské vzdělání v počtu 4 (10 %).

Na jednotce intenzivní péče je největší skupinou ukončeného středoškolské vzdělání s maturitou 11 respondentů (68 %) a nejméně vyšší odborné vzdělání 2 respondenti (13 %). Na standardním oddělení je nejvíce středoškolsky vzdělaných 9 respondentů (75 %) a nejméně vysokoškolsky vzdělaných 0 respondentů (0 %). Na onkologickém oddělení nejvíce respondentů se střední školou s maturitou 10 (72 %) a nejméně s vysokou školou 1 (7 %). Znázorněno v tabulce číslo 3.

Tabulka č. 3 – Přehled ukončeného vzdělání pracovníků na odděleních.

Ukončené vzdělání	Jednotka intenzivní péče	Standardní oddělení	Onkologické oddělení	Celkový počet
Sřední škola s maturitou - SZŠ	11	9	10	30
Vyšší odborná škola - VOŠ	2	3	3	8
Vysoká škola - VŠ	3	0	1	4

Celkově na zkoumaných pracovištích pracuje 42 zdravotních sester.

Na jednotce intenzivní péče pracuje 16 všeobecných zdravotních sester (38 % z celkového počtu), na standardní oddělení pracuje 12 všeobecných zdravotních sester (29 % z celkové počtu) a na onkologickém oddělení pracuje 14 zdravotních sester (33 % z celkové počtu). Znázorněno v tabulce č. 4.

Tabulka č. 4 – Přehled počtu respondentů na jednotlivých odděleních.

ODDĚLENÍ	Jednotka intenzivní péče	Standardní oddělení	Onkologické oddělení	Celkový počet
Počet respondentů	16	12	14	42

Nejvíce respondentů pracuje na daném oddělení 11 – 20 let (39 %) a nejméně zastoupenou skupinou jsou respondenti v pracovním poměru 31 let a více (2 %).

Na jednotce intenzivní péče je nejvíce respondentů pracujících 4 – 10 let (56 %) a nejméně v pracovním poměru o délce 21 – 30 let (0 %) a 31 let a více (0 %). Na standardním oddělení pracuje nejvíce respondentů 11 – 20 let (50 %) a nejméně respondentů 21 – 30 let (8 %) a 31 let a více (8 %). Na onkologickém oddělení je nejvíce zastoupena délka pracovního poměru 11 – 20 let (51 %) a nejméně zastoupena 31 let a více (0 %). Znázorněno tabulkou č. 5.

Tabulka č. 5 – Přehled délky pracovního poměru na jednotlivých odděleních.

Délka pracovního poměru	Jednotka intenzivní péče	Standardní oddělení	Onkologické oddělení	Celkový počet
3 roky a méně	4	2	3	9
4 – 10 let	9	2	3	14
11 – 20 let	3	6	7	16
21 – 30 let	0	1	1	2
31 let a více	0	1	0	1

4.3 Charakteristika místa šetření

Klinika ORL je rozdělena na ambulantní část, dvě lůžkové stanice, jednotku intenzivní péče a operační sály. Operuje se zde na 4 operačních sálech, vybavených pro celkovou i lokální anestezii. V pracovních dnech je zde denně operováno 12 – 19 nemocných. Každý týden je zde plánovaně odoperováno okolo 70 pacientů. Ambulantní péče je poskytována 24hodin denně, ve všední dny je zde k dispozici 8 vyšetřoven na všeobecných nebo specializovaných ambulancích. K dispozici je také menší operační sálek pro lokální chirurgické výkony.

- Na jednotce intenzivní péče, kde je 12 lůžek, v době šetření pracovalo 14 zdravotních sester a 1 muž na pracovní pozici zdravotní sestra, pracujících u lůžka nemocného. Pracují na dvousměnný provoz o denních nebo nočních službách. Ve všední den, na denní službě, jsou 4 zdravotní sestry/asistentky, kdy se 1 stará o 3 pacienty a při nočních službách pracují 3 zdravotní sestry/asistentky. O víkendu se počet mění, podle přítomných pacientů. Jejich náplní práce je poskytování intenzivní péče nemocným a umírajícím v těžkém zdravotním stavu, bezprostřední péče po operaci, podávání předepsaných léků, převazy ran, odsávání sekretů, výměna tracheostomických kanyl, měření fyziologických funkcí a další. Také jsou zde 3 zdravotnické asistentky, které pracují pod vedením všeobecných sester a 3 pomocní pracovníci, 1 sanitář a 1 sanitářka, kteří vykonávají pomocné a obslužné činnosti. Pomáhají s ošetrovatelskou péčí o nemocného, především hygienou a stravováním, údržbou lůžka a doprovodem na vyšetření. Střídají se na denních, někdy i o nočních

službách. Výdej jídel má zde na starost 1 pracovnice kuchyně, pracující každý den na denních službách. Odborný dohled nad tímto personálem vykonává 1 staniční sestra, která dříve pracovala na tomto oddělení jako všeobecná sestra u lůžka nemocného. Pracuje pouze všední dny na ranních službách. Náplní práce staniční sestry je vytváření služeb personálu, doplňování materiálu, skladu a léčiv, objednání nemocných na vyšetření, objednání jídel a diet, vizity s lékařem a další.

- Na 1. lůžkové stanici, která je specializovaná pro péči o onkologicky nemocné a podávání chemoterapeutik, je 27 lůžek. V době šetření zde pracovalo 14 zdravotních sester, z tohoto počtu 1 muž na pozici zdravotní sestry a 1 staniční sestra, která dohlíží na práci personálu. Jsou zde také 2 zdravotnické asistentky, které pracují pod odborným dohledem zdravotních sester. Náplní práce zdravotních sester a asistentek na této stanici je především ošetrovatelská péče o onkologicky a těžce nemocné, péče o nemocné před a po operaci, výměna tracheostomických kanyl, příprava chemoterapeutik, podávání léků a další. Pracují v dvousměnném provozu o denních a nočních službách. Při denních službách, ve všední den, pracují po 3 a každá sestra/asistentka má na starosti 9 pacientů, o nočních službách 2 sestry/ asistentky. Pomocný personálem je 1 sanitářka a 1 pracovnice kuchyně.

- 2. lůžková stanice je standardně vybavena pro nemocné s méně závažným onemocněním, má 27 lůžek a v době šetření zde pracovalo 11 všeobecných zdravotních sester, 1 staniční sestra a 1 zdravotnická asistentka. Hlavní náplní práce zdravotních sester a asistentky je příjem nemocných, ošetrovatelská péče o nemocné před a po operaci, podávání léků, měření fyziologických funkcí, odběr biologického materiálu a další. S péčí o nemocné jim pomáhají 1 sanitářka a 1 pracovnice kuchyně, které mají na starost hlavně péči o lůžko nemocného, stlaní a výdej jídla.

4.4 Použité metody

Při průzkumném šetření jsem použila metodu kvantitativního průzkumu prostřednictvím anonymních dotazníků. Dotazník jsem sestavila ze dvou částí: z dotazníku zjišťujícího základní informace o respondentech a jejich znalost termínu syndrom vyhoření, a ze standardizovaného dotazníku syndromu vyhoření Maslach Burnout Inventory Ch. Maslachové a S. Jacksonové.

Respondenti odpovídali na položené otázky písemně.

V krátkém dopise jsem respondenty seznámila s dotazníkem a důvodem šetření. Zmínila jsem také, že dotazník je anonymní a jejich odpovědi jsou pouze pro potřebu mé bakalářské práce.

• **Informativní dotazník**

V první části dotazníku jsou otázky mé vlastní konstrukce. Tento dotazník obsahuje šest otázek, které jsem zaměřila na získání osobních informací o respondentech (pohlaví respondentů, jejich věk, nejvyšší ukončené vzdělání, oddělení na kterém pracují, jak dlouho zde pracují) a dále na jejich obeznámenost s termínem syndrom vyhoření.

• **Standardizovaný dotazník**

Ve druhé části dotazníku jsme použila standardizovaný dotazník Ch. Maslachové a S. Jacksonové Maslach Burnout Inventory - MBI. Dotazník je zaměřen na následující tři oblasti:

- **emocionální vyčerpání (EE)** - nedostatek sil k jakékoliv činnosti, nedostatek motivace k činnostem, ztráta chuti k životu
 - v dotazníku zachycují otázky číslo: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.
- **depersonalizaci (DP)** - stavění se k druhým lidem cynicky, nelidsky, bez úcty, respektu apod.
 - v dotazníku zachycují otázky číslo: 5, 10, 11, 15, 22.
- a **snížený pracovní výkon (PA)** - související např. s nízkým sebeceněním, sebehodnocením či sebedůvěrou.
 - v dotazníku zachycují otázky číslo: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Respondent v dotazníku hodnotí sílu svých pocitů body 0 až 7, kdy 0 znamená, že tento pocit není prožíván vůbec a 7 bodů znamená, že tento pocit je prožíván velmi silně.

Dotazník MBI nehodnotí syndrom vyhoření jako jeden celek, ale zaměřuje se na jednotlivé subškály pocitů, které postihují více oblastí. MBI měří úroveň vyhoření těchto subškál ve třech stupních - vysoký, mírný, nízký:

- Nízký stupeň EE 0 – 16 bodů, DP 0 – 6 bodů, PA 31 – 0 bodů
- Mírný stupeň EE 17 – 26 bodů, DP 7 – 12 bodů, PA 32 – 38 bodů
- Vysoký stupeň EE 27 bodů a více, DP 13 bodů a více, PA 39 bodů a více.

Kritické hodnoty pro syndrom vyhoření jsou v jednotlivých oblastech následující:

- Emocionální vyčerpání (EE) ≥ 27 bodů
- Depersonalizace (DP) ≥ 13 bodů
- Snížený pracovní výkon (PA) ≤ 31 bodů

Emocionální vyčerpání a depersonalizace s vysokým stupněm vyhoření se projevují vysokými hodnotami. Vysoký stupeň vyhoření pracovního výkonu se naopak projevuje nízkými hodnotami.

4.5 Prezentace výsledků

Znalosti respondentů o syndromu vyhoření.

Většina respondentů ví, co znamená pojem syndrom vyhoření a tento pojem také správně popsala, v počtu 28 (66 %) z celkového počtu. Nejčastější odpovědi byly typu: „ Celkové vyčerpání.“, „Celkové vyhoření psychické i fyzické.“ Na všech odděleních byla nejméně početná skupina odpovědi „, vůbec nevím “ (0 %).

Na jednotce intenzivní péče byla nejvíce zastoupena skupina respondentů, kteří znali pojem syndrom vyhoření a odpověděli v počtu 9 (56 %), 2 respondenti (13 %) nevěděli přesně, co tento pojem znamená a 5 respondentů (31 %) odpovědělo, že znají, ale tento pojem nepopsali. Na standardním oddělení nejvíce respondentů znalo syndrom vyhoření a odpověděli v počtu 9 (75 %), 1 respondent (8 %) nevěděl přesně a 2 respondenti (17 %) věděli, ale neodpověděli. Také na onkologickém oddělení většina respondentů věděla a popsala syndrom vyhoření v počtu 10 (72 %). 1 respondent (7 %) nevěděl přesně a 3 (21 %) věděli, ale neodpověděli. Uvedeno v tabulce č. 6

Tabulka č. 6 – Přehled odpovědí respondentů na otázku týkající se znalostí pojmu syndromu vyhoření.

Víte co je to syndrom vyhoření?	Jednotka intenzivní péče	Standardní oddělení	Onkologické oddělení	Celkový počet
Vůbec neví	0	0	0	0
Neví přesně	2	1	1	4
Ví a popsal jej	9	9	10	28
Ví, ale nepopsal jej	5	2	3	10

Standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory - MBI.

• Stupeň emocionálního vyčerpání – EE

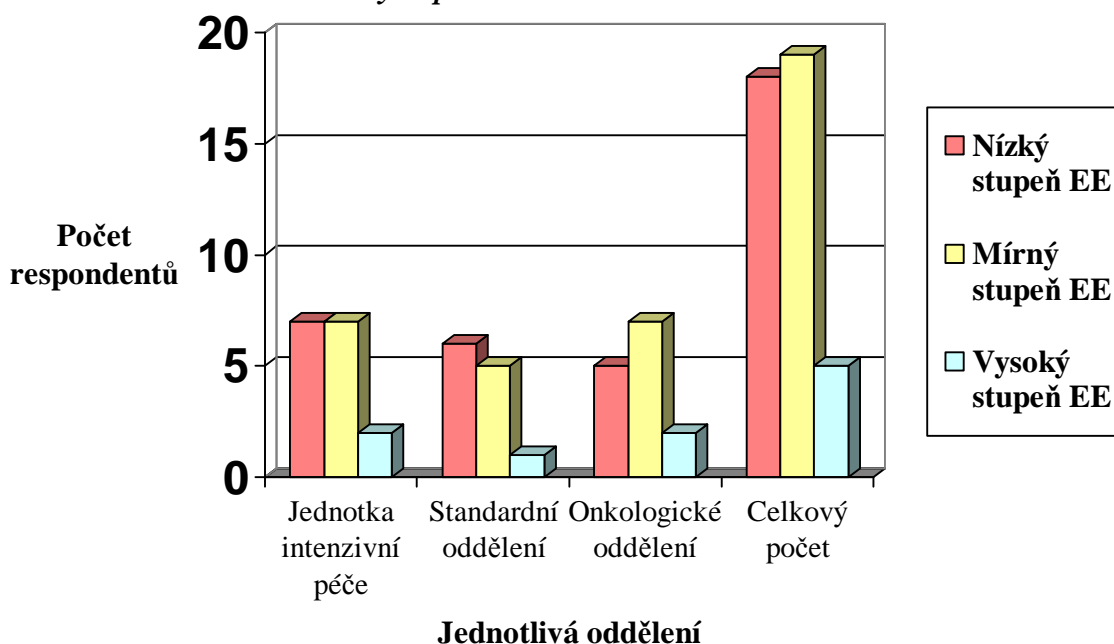
18 respondentů (43 %) je v nízkém stupni EE, 20 respondentů (47 %) je v mírném stupni EE a 4 respondenti (10 %) vykazují vysoký stupeň EE.

Na jednotce intenzivní péče je 7 respondentů (44 %) v nízkém stupni EE, 8 (50 %) v mírném stupni EE a 1 (6 %) ve vysokém stupni EE. Na standardním oddělení 6 respondentů (50 %) vykazuje nízký stupeň EE, 5 (42 %) mírný stupeň EE a 1 (8 %) vysoký stupeň EE. Na onkologickém oddělení je 5 respondentů (36 %) v nízkém stupni EE, 7 (50 %) v mírném stupni EE a 2 (14 %) ve vysokém stupni EE. Znázorněno v tabulce č. 7 a grafu číslo 1.

Tabulka č. 7 – Přehled respondentů dle stupně emocionálního vyčerpání.

stupeň EMOCIONÁLNÍHO VYČERPÁNÍ	Jednotka intenzivní péče	Standardní oddělení	Onkologické oddělení	Celkový počet
Nízký stupeň EE	7	6	5	18
Mírný stupeň EE	8	5	7	20
Vysoký stupeň EE	1	1	2	4

Graf č. 1 - Počet respondentů v jednotlivých stupních emocionálního vyčerpání na odděleních.



• Stupeň depersonalizace – DP

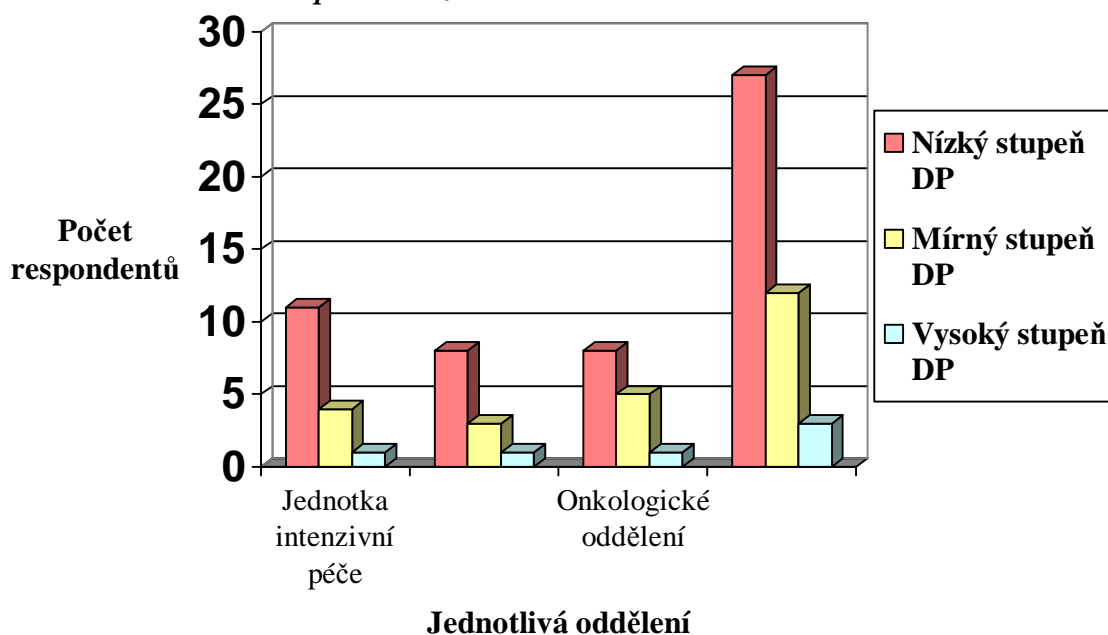
Nízký stupeň depersonalizace vykazuje 27 respondentů (64 %), mírný stupeň 12 respondentů (29 %) a vysoký stupeň 3 respondenti (7 %).

Na jednotce intenzivní péče vykazuje nízký stupeň DP 11 respondentů (69 %), mírný stupeň DP 4 respondenti (25 %) a vysoký stupeň DP 1 respondent (6 %). 8 respondentů (67 %) na standardním oddělení je v nízkém stupni DP, 3 respondenti (25 %) v mírném stupni DP a 1 respondent (8 %) ve vysokém stupni DP. Na onkologickém oddělení je 8 respondentů (57 %) v nízkém stupni DP, 5 (36 %) v mírném stupni DP a 1 (7 %) ve vysokém stupni DP. Znázorněno v tabulce číslo 8 a grafu číslo 2.

Tabulka č. 8 – Přehled respondentů dle depersonalizace.

stupeň DEPERSONALIZACE	Jednotka intenzivní péče	Standardní oddělení	Onkologické oddělení	Celkový počet
Nízký stupeň DP	11	8	8	27
Mírný stupeň DP	4	3	5	12
Vysoký stupeň DP	1	1	1	3

Graf č. 2 - Počet respondentů v jednotlivých stupních depersonalizace na odděleních.



• Snížený pracovní výkon – PA

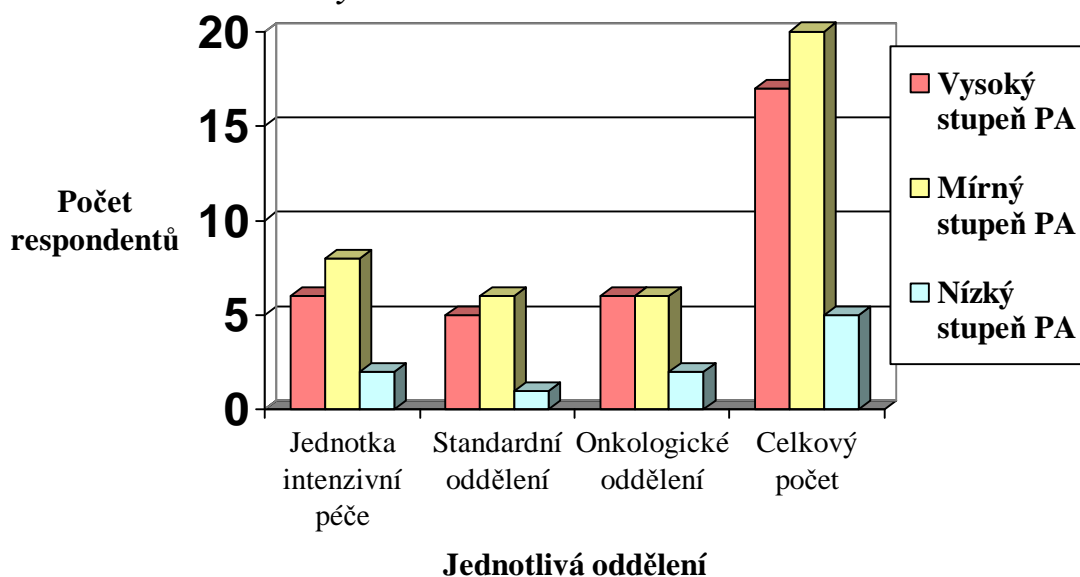
Většina respondentů vykazuje mírný stupeň sníženého pracovního výkonu v počtu 20 (48 %), vysoký stupeň pracovního výkonu 17 respondentů (40 %) a 5 respondentů nízký stupeň PA (12 %).

Nejvíce respondentů, 8 (49 %), z jednotky intenzivní péče je v mírném stupni pracovního výkonu, 6 respondentů (38 %) ve vysokém stupni PA a 2 respondenti (13 %) v nízkém stupni PA. Na standardním oddělení jsou 5 respondentů (42 %) ve vysokém stupni PA, 6 respondentů v mírném stupni PA (50 %) a v nízkém stupni PA 1 respondent (8 %). 6 respondentů (43 %) z onkologického oddělení vykazuje vysoký stupeň PA, 6 (43 %) mírný stupeň PA a 2 (14 %) nízký stupeň PA. Uvedeno v tabulce č. 9 a v grafu č. 3.

Tabulka č. 9 – Přehled respondentů dle pracovního výkonu.

Stupeň PRACOVNÍHO VÝKONU	Jednotka intenzivní péče	Standardní oddělení	Onkologické oddělení	Celkový počet
Vysoký stupeň PA	6	5	6	17
Mírný stupeň PA	8	6	6	20
Nízký stupeň PA	2	1	2	5

Graf č. 3 - Počet respondentů v jednotlivých stupních pracovního výkonu na odděleních.



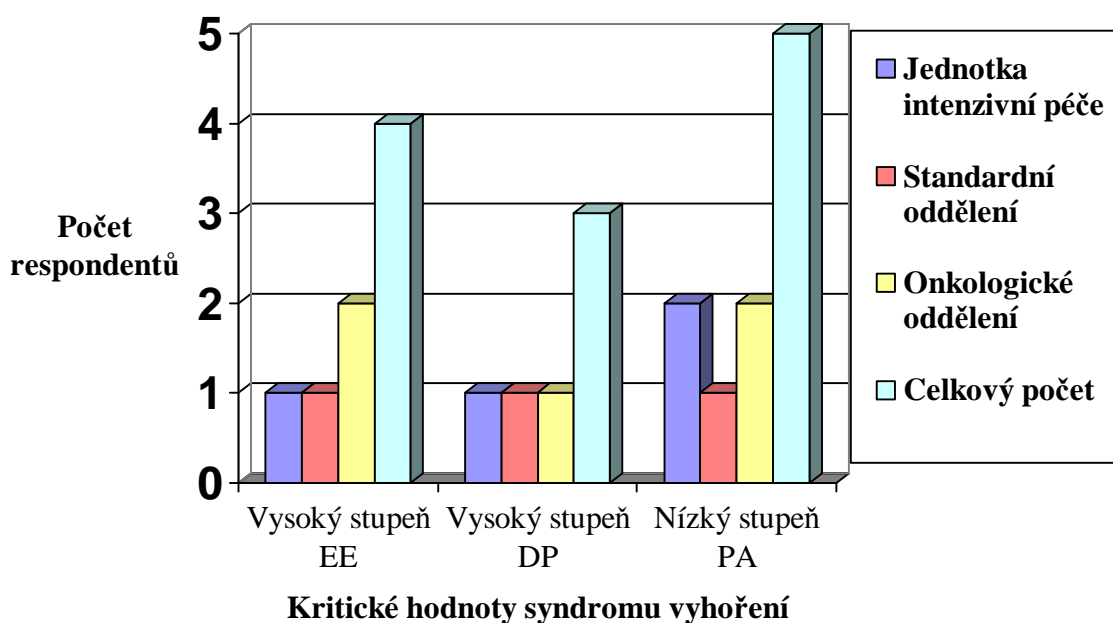
• Kritické hodnoty pro syndrom vyhoření v jednotlivých kategoriích na zkoumaných odděleních

Na jednotce intenzivní péče vykazuje stupeň emocionálního vyčerpání 1 respondent (6 %), 1 respondent (6 %) je ve vysokém stupni depersonalizace. Nízký pracovní výkon vykazují 2 respondenti (13 %). Na standardním oddělení je ve vysokém stupni emocionálního vyčerpání 1 respondent (8 %), ve vysokém stupni depersonalizace 1 respondent (8 %) Nízký stupeň pracovního výkonu vykazuje 1 respondent (8 %). Na onkologickém oddělení jsou 2 respondenti (14 %) ve vysokém stupni EE, 1 respondent (7 %) ve vysokém stupni depersonalizace a 2 respondenti (14 %) v nízkém stupni PA. Znázorněno v tabulce číslo 10 a grafu číslo 4.

Tabulka č. 10 – Kritické hodnoty pro syndrom vyhoření v jednotlivých subškálách, jednotlivá procenta jsou uvedena z celkového počtu respondentů na daném oddělení.

	KRITICKÉ HODNOTY pro syndrom vyhoření		
	Vysoký stupeň EE	Vysoký stupeň DP	Nízký stupeň PA
Jednotka intenzivní péče	1 (6 %)	1 (6 %)	2 (13 %)
Standardní oddělení	1 (8 %)	1 (8 %)	1 (8 %)
Onkologické oddělení	2 (14 %)	1 (7 %)	2 (14 %)

Graf č. 4 - Počet respondentů v kritických hodnotách syndromu vyhoření u jednotlivých subškál.



4.6 Diskuze

Pracoviště, na kterém jsem prováděla průzkum, je velmi specifické svou prací. Během jednoho týdne se zde plánovaně odoperuje okolo 70 nemocných, a proto se zde nemocní velmi často střídají. Zdravotní sestry, které na této klinice pracují, se setkávají každý den s novými pacienty a jejich problémy. Každý z nemocných si s sebou do nemocnice přináší svůj příběh, a proto je práce s každým z nich jiná. Na jedné straně nesmíme brát nemocného jako určitou diagnózu a touto diagnózou ho rozlišovat od ostatních nemocných, ale také si nesmíme příliš osobně brát jejich problémy.

Na každém ze zkoumaných pracovišť je velmi dobrý kolektiv mezi zdravotními sestrami navzájem, i s ostatním nelékařským personálem. Jako problémové vidím, na této klinice, vztahy mezi lékaři a mezi zdravotními sestrami navzájem a přenášení úkolů a kompetencí z jednoho na druhého. Velkým problémem je zde také nedostatek sociální opory ze strany nadřízených pracovníků.

Při vyhodnocení dotazníku jsem zjistila, že převážná většina zdravotních sester (90 %) ze zkoumaného vzorku, zná pojem syndrom vyhoření. Z tohoto počtu jej také většina (66 %) správně popsala. Myslím si, že je to z důvodu, že se o tomto problému často mluví a také se tento problém často probírá na seminářích, které jsou pro personál povinné ke sbírání kreditních bodů.

Na klinice otorinolaryngologie je velmi obtížná práce s nemocnými, konkrétně na jednotce intenzivní péče a onkologickém oddělení. Bohužel se zde setkáváme s nemocnými, kteří podceňují svoje onemocnění a mnohdy přicházejí pozdě. Těmto pacientům je často nutné vytvořit tracheostomickou kanylu, a tím se změní jejich obraz těla. Proto jsou často úzkostní, negativističtí až agresivní. Také se na těchto odděleních pracovníci setkávají s umírajícími lidmi, kteří nejsou vždy staršího věku. Zdravotní sestry na jednotce intenzivní péče a onkologickém oddělení vykazují větší výskyt určitého stádia vyhoření více, než na standardním oddělení.

Na onkologickém oddělení byl prokázán nejvyšší výskyt syndromu vyhoření v kategorii emocionálního vyčerpání ze všech zkoumaných pracovišť. Na tomto oddělení jsou 2 respondenti (14 %) ve vysokém stupni EE. V kritické hodnotě depersonalizace je 1 respondent (7 %) a v kritické hodnotě pracovního výkonu jsou 2 respondenti (14 %) Tento stav může být zapříčiněn tím, že na onkologickém oddělení jsou nemocní delší dobu, než na ostatních zkoumaných odděleních. Přicházejí sem ještě před operací a jsou zde i po operaci, kdy se učí pečovat o své tělo, změněné

především tracheostomickými kanylami a ne všichni nemocní tuto péči zvládají. Příčinou tohoto stavu také může být práce zdravotních sester s těžce nemocnými, především s onkologickým onemocněním, které se často objevuje i u mladých lidí. Zdravotní sestry se také starají o nemocné v terminálním stádiu nemoci, kdy je velmi důležité podpořit i rodinu a blízké nemocného. Často jsou přítomny bolesti, smutku, beznaději a také v posledních minutách života nemocného a to může mít negativní vliv na jejich psychický stav. Umírající lidé obvykle prosí zdravotní sestry, které o ně pečují, aby jim s jejich trápením pomohly a ukončily jej. Na onkologickém oddělení pracují na denních službách 3 zdravotní sestry, kdy 1 zdravotní sestra má na starost 9 nemocných. Na nočních službách pracují 2 zdravotní sestry a 1 se stará o 15 nemocných. Je to velmi obtížné starat se o tolik nemocných, kteří jsou v těžkém stavu a potřebují pomoci téměř se vším.

Na jednotce intenzivní péče vykazuje stupeň emocionálního vyčerpání 1 respondent (6 % z respondentů na jednotce intenzivní péče), 1 respondent (6 %) je ve vysokém stupni depersonalizace. Nízký pracovní výkon vykazují 2 respondenti (13 %). Může to být náročnější prací, kdy se zdravotní sestry musejí rychle rozhodovat a rychle jednat. Na tomto oddělení se každý den mění nemocní, kteří jsou ve vážném stavu, nebo bezprostředně po operaci. Nemocní jsou hlídáni pomocí přístrojů a zdravotní sestry je musí kontrolovat 24 hodin denně. Pokud se zhorší zdravotní stav nemocných, musí se velmi brzy vyhledat lékařská pomoc. Lékaři nejsou vždy přítomni na jednotce intenzivní péče, proto musí zdravotní sestry rychle jednat a poskytnout nemocnému první pomoc. Pokud jsou volná místa pro pacienty na tomto oddělení a je potřeba intenzivní péče pro jiné nemocné z jiných lékařských oborů, jsou umístováni tito nemocní na volná místa. I tento stav může být pro zdravotní sestry velmi náročný, protože neznají tak dobře péči o nemocné s jiným onemocněním, než se kterým se setkávají častěji.

Na standardním oddělení je ve vysokém stupni emocionálního vyčerpání 1 respondent (8 %), ve vysokém stupni depersonalizace 1 respondent (8 %). Nízký stupeň pracovního výkonu vykazuje 1 respondent (8 %). Výskyt kritických hodnot pro syndrom vyhoření na standardním oddělení je velmi pravděpodobně zapříčiněn přítomností starších sester, než na jednotce intenzivní péče a na onkologickém oddělení. Tyto zdravotní sestry pracují na klinice otorinolaryngologie delší dobu, než jiné zdravotní sestry, a proto je pro ně tato práce neustále stejná a také se setkávají stále se stejnými lidmi ať personálem, nebo nemocnými.

Dle výzkumu Novotné a Hlaváčové (2004 in Bartošiková, 2006) převažoval u zdravotních sester, pracujících na odděleních akutní péče, stupeň snížení pracovního výkonu, nad ostatními kategoriemi syndromu vyhoření dle Maslach Burnout Inventory. Hlavními důvody byly nutnost neustálé pozornosti a soustředění se. Tento výsledek průzkumu se potvrdil i u respondentů mého průzkumu, a to na jednotce intenzivní péče. Důvod tohoto výsledku vidím v tom, že práce na zkoumaném oddělení je náročná, především velkým počtem operovaných lidí a těžce nemocných pacientů.

Dle výzkumu Kocmanové (2005 in Bartošiková, 2006) jsou zdravotní sestry pracující na odděleních intenzivní medicíny (jednotky intenzivní péče, anesteziologicko resuscitační oddělení) ohroženy nadměrnou únavou z přepracovanosti a pocitu tlaku na výkon. Většina těchto zdravotních sester je na konci dne na pokraji svých sil. U zdravotních sester, které vykazovaly určitý stupeň syndrom vyhoření, byl tento stav spojován především s nespokojeností s vedením pracovního týmu. Ohrožení zdravotních sester, pracujících na těchto odděleních, se prokázalo i u mých respondentů. Zdravotní sestry pracující na jednotce intenzivní péče vykazovaly vyšší výskyt syndromu vyhoření v kategorii pracovního výkonu nad sestrami pracujících na standardním oddělení. Jedním z důvodů je jejich každodenní, intenzivní práce s lékaři, kdy vztahy mezi nimi nejsou vždy uspokojivé.

Negativně bych zhodnotila to, že jsem neprozkoumala a nezařadila do praktické části oblast sociální opory těchto pracovníků a nepopsala, jak sami vnímají výskyt syndromu vyhoření a zda si myslí, že se syndrom vyhoření objevuje na oddělení, kde pracují. Také jsem nezhodnotila osobní vztahy mezi pracovníky, a to jak vnímají prostředí svého zaměstnání. Jako problematický hodnotím, vzhledem k míře zobecnitelnosti získaných dat, i velikost výzkumného vzorku.

4.7 Závěr průzkumu

Cílem průzkumu bylo zodpovědět následující průzkumné otázky:

1) Znájí zdravotní sestry pojem syndrom vyhoření?

- **Odpověď:** Většina zdravotních sester, na zkoumaném pracovišti, znala pojem syndrom vyhoření v počtu 38 (90 %) respondentů, z celkového počtu 42 respondentů. Pouze 4 (10 %) respondenti z celkového počtu odpověděli, že neví přesně, zda tento pojem znají.

2) Pokud znají pojem syndrom vyhoření, umí ho vysvětlit?

- **Odpověď:** Z počtu 38 respondentů, kteří znají pojem syndrom vyhoření, jich 28 (66 %) vysvětlilo tento pojem správně a 10 (24 %) respondentů nevysvětlilo vůbec.

Nejčastější odpovědi byly typu: „Celkové vyčerpání.“, „Celkové vyhoření psychické i fyzické.“

3) Jaký je výskyt syndromu vyhoření u zdravotních sester na jednotlivých zdravotnických odděleních?

- **Odpověď:** Určitý stupeň syndromu vyhoření v jednotlivých kategoriích EE, DP a PA se objevuje u zdravotních sester na všech zkoumaných odděleních.

Na onkologickém oddělení vykazují zdravotní sestry vyšší výskyt syndromu vyhoření v kategorii emocionálního vyčerpání, než na ostatních zkoumaných pracovištích. Zdravotní sestry na jednotce intenzivní péče a na onkologickém oddělení vykazují vyšší výskyt syndromu vyhoření v kategorii pracovního výkonu, než zdravotní sestry na standardní oddělení.

Na jednotce intenzivní péče vykazoval emocionální vyčerpání 1 respondent, depersonalizaci 1 respondent a snížený pracovní výkon vykazovali 2 respondenti.

Na standardním oddělení byl 1 respondent s emocionálním vyčerpáním, 1 s depersonalizací a 1 respondent se sníženým pracovním výkonem.

Na onkologickém oddělení byli ve vysokém stupni emocionálního vyčerpání 2 respondenti, ve vysokém stupni depersonalizace 1 respondent a ve sníženém pracovním výkonu 2 respondenti.

Závěr

Předkládaná bakalářská práce se věnuje problematice syndromu vyhoření. Je rozdělena do dvou částí, teoretické a empirické. Teoretická část je dále rozdělena do tří kapitol. Cílem práce bylo získat dostatek informací o problematice syndromu vyhoření se zaměřením na profesi zdravotních sester. Dalším cílem bylo odpovědět na stanovené výzkumné otázky zabývající se obeznameností zdravotních sester se syndromem vyhoření a zjistit míru výskytu syndromu vyhoření na zkoumaných odděleních konkrétního zdravotnického zařízení.

Teoretickou část bakalářské práce jsem rozdělila do tří hlavních kapitol. První kapitola se zabývá stresem a jeho problematikou, který je se syndromem vyhoření úzce spojen. Ve druhé kapitole je popsán syndrom vyhoření a velmi důležitá prevence tohoto jevu. Třetí kapitolu jsem zaměřila na popis profese zdravotních sester a na problematiku stresu a syndromu vyhoření v této profesi.

Empirická část bakalářské práce je zaměřena na průzkum, který jsem prováděla u zdravotních sester na klinice otorinolaryngologie. Potřebné informace jsem získala prostřednictvím dotazníku, rozděleného do dvou částí.

Dokázala jsem dosáhnout všech stanovených cílů. Získala jsem potřebné informace týkající se problematiky stresu a syndromu vyhoření a pronikla jsem hlouběji do této problematiky. Vypracováním dotazníku jsem získala informace potřebné k zodpovězení stanovených výzkumných otázek.

Dotazníkem mé vlastní konstrukce jsem zjistila potřebné osobní informace o respondentech a standardizovaným dotazníkem potřebné informace o tom, zda se syndrom vyhoření objevuje u těchto respondentů. Tyto odpovědi jsem propracovala do logicky uspořádaných tabulek a grafů. Při průzkumu jsem zjistila, že převážná většina zdravotních sester (90 %) ze zkoumaného vzorku zná pojem syndrom vyhoření a více jak polovina zdravotních sester (66 %) jej také správně popsala. Velmi důležitým cílem průzkumu bylo zjistit, zda se syndrom vyhoření objevuje u zdravotních sester na jednotlivých zkoumaných pracovištích a v jaké míře. Několik zdravotních sester vykazuje přímo určité známky syndromu vyhoření v jednotlivých subškálách. Zdravotní sestry na jednotce intenzivní péče a onkologickém oddělení vykazují větší výskyt určitého stádia vyhoření více, než na standardním oddělení. Tento stav je zapříčiněn náročnější prací na těchto odděleních. Na onkologickém oddělení byl prokázán nejvyšší

výskyt syndromu vyhoření v kategorii emocionálního vyčerpání ze všech zkoumaných pracovišť.

Profese zdravotních sester je velmi náročná po fyzické, i psychické stránce, proto jsou zdravotní sestry vysoce ohroženy syndromem vyhoření i jeho následky. Toto se prokázalo i u zdravotních sester z mého průzkumného vzorku, kdy na každém ze zkoumaných oddělení několik zdravotních sester vykazuje určitou míru syndromu vyhoření v jeho jednotlivých subškálách.

Získané poznatky, které prezentuji ve své bakalářské práci, při vypracování bakalářské práce, by mohly přispět k lepší informovanosti zdravotních sester o problematice syndromu vyhoření a snížení výskytu tohoto problému nejen u zdravotních sester ze zkoumaných oddělení, ale u všech zdravotních sester vůbec.

Resumé

Cílem bakalářské práce bylo proniknout do problematiky stresu a syndromu vyhoření z pohledu zdravotní sestry. Dalším cílem bylo provedení průzkumu u všeobecných zdravotních sester. Informace o respondentech a míru výskytu syndromu vyhoření získávala autorka práce na klinice otorinolaryngologie. Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a empirické.

V první kapitole teoretické části se autorka zaměřila na specifický problém stresu. Popsala zde především druhy stresu, jeho příčiny, příznaky a také metody vyrovnávání se se stresem.

Druhá kapitola teoretické části se zabývá syndromem vyhoření. Také jeho příčinami, projevy, ohroženými skupinami, diagnostikou a jeho léčbou.

Ve třetí kapitole teoretické části je popsána profese zdravotních sester. Je zde popis samotné profese, její historie a podmínky vzdělávání zdravotních sester. Tato profese je velmi náročná a tito pracovníci jsou velmi ohroženi stresem a s ním spojeným syndromem vyhoření.

Empirická část je zaměřena na průzkum provedený u všeobecných zdravotních sester. Autorka práce získala potřebné informace o těchto pracovnících, jejich znalosti o syndromu vyhoření a informace o tom, zda se u nich syndrom vyhoření objevil.

Součástí práce jsou také příložené přílohy, kam autorka zařadila etický kodex zdravotních sester, práva pacientů a vytvořený dotazník.

V závěru práce autorka zhodnotila získané informace a cíle bakalářské práce.

Anotace

Téma bakalářské práce je – Syndrom vyhoření u zdravotních sester. Cílem je získat potřebné informace o této problematice, přiblížit čtenářům náročnost profese všeobecných zdravotních sester. Také získat informace od respondentů vytvořeného dotazníku a tyto rozpracovat do logických tabulek a grafů. Tato bakalářská práce je určena pro všechny, kteří se zajímají o problematiku stresu, syndromu vyhoření a chtějí vědět, jak se tato problematika týká zdravotních sester, konkrétně pak na klinice otorinolaryngologie ve fakultní nemocnici v Motole v Praze.

Práce je rozdělena do dvou základních částí, teoretické a empirické. První kapitola teoretické části popisuje stres. Druhá, stěžejní, kapitola je zaměřena na syndrom vyhoření. Ve třetí kapitole jsou informace o profesi zdravotních sester. Empirická část je zaměřena na průzkum a na vpracování získaných informací do logických grafů.

Klíčová slova

Stres, metody vyrovnávání se se stresem, syndrom vyhoření, profese zdravotní sestry, průzkum.

Annotation

The theme of this work is - Burnout of nurses. The aim is to obtain the necessary information on this issue, bring readers demand of the profession of general nurses. Also, get information from respondents and the questionnaire created to develop logical tables and graphs. This work is intended for all who are interested in the issue of stress, burnout and want to know how this issue relates to nurses, namely the Otorhinolaryngology Clinic at University Hospital in Motol.

The work is divided into two parts, theoretical and empirical. The first chapter describes the theoretical stress. The second, core, section is focused on the burnout. The third chapter is about the profession of nurses. The empirical part focuses on the exploration and incorporation of the information into logical graphs.

Key words

Stress, methods of coping with stress, burnout, professional nurses, a survey.

Seznam použité literatury

1. Bartošíková, I. (2006). O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
2. Baštecká, B., et al. (2003). Klinická psychologie v praxi. Praha : Portál.
3. Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). Základy klinické psychologie. Praha : Portál.
4. Cungi, Ch. (2001). Jak zvládat stres. Praha : Portál.
5. Heřmanová, J., & Staňková, M. (1996). Lemon 1 – učební texty pro sestry a porodní asistentky. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně.
6. Kallwass, A. (2007). Syndrom vyhoření v práci a osobním životě. Praha : Portál.
7. Kebza, V. (2005). Psychosociální determinanty zdraví. Praha : Academia.
8. Kebza, V., & Šolcová I. (2003). Syndrom vyhoření. Praha : Státní zdravotní ústav.
9. Křivohlavý, J. (1994). Jak zvládat stres. Praha : Avicenum.
10. Křivohlavý, J. (1998). Jak neztratit nadšení. Praha : Grada Publishing.
11. Křivohlavý, J. (2001). Psychologie zdraví. Praha : Portál.
12. Křivohlavý, J. (2010). Sestra a stres – příručka pro duševní pohodu. Praha : Grada Publishing.
13. Kutnohorská, J. (2010). Historie ošetrovatelství. Praha : Grada Publishing.
14. Matoušek, O., et al. (2003). Metody a řízení sociální práce. Praha : Portál.
15. Praško, J. (2003). Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti. Praha : Grada Publishing.
16. Praško, J., & Prašková H. (1996). Asertivitou proti stresu. Praha : Grada Publishing.
17. Praško, J., & Prašková H. (2007). Asertivitou proti stresu - 2., přepracované a doplněné vydání. Praha : Grada Publishing.
18. Staňková, M. (2002). Sestra – reprezentant profese. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně.
19. Vágnerová, M. (2004). Základy psychologie. Praha : Karolinum.
20. Vinay, J. (2007). Stres a zdraví. Praha : Portál.

Seznam příloh

Příloha č. 1	Dotazník pro zdravotní sestry
Příloha č. 2	Etický kodex zdravotních sester

Příloha č.1

Dobrý den,

jmenuji se Zuzana Dohnalová a jsem studentka 3. ročníku oboru sociální pedagogika na fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Součástí mé bakalářské práce na téma Syndrom vyhoření u zdravotních sester je provedení průzkumu s cílem zjistit, jak velký je výskyt syndromu vyhoření u zdravotních sester na různých odděleních.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který mi pomůže s objasněním výskytu tohoto problému. Předem děkuji za vyplnění. Děkuji za Váš čas věnovaný dotazníku.

- 1) Pohlaví:** ŽENA MUŽ
- 2) Věk:**
- 3) Nejvyšší ukončené vzdělání:** střední škola s maturitou
 vyšší odborná škola
 vysoká škola
- 4) Oddělení:** ORL – onkologické oddělení
 ORL – standardní oddělení
 ORL – JIP
- 5) Jak dlouho pracujete na tomto oddělení:**
- 6) Víte co je to syndrom vyhoření??** vůbec nevím
 nevím přesně
 ano vím, prosím vypište:

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

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

1	Práce mne citově vysává	
2	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil	
3	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 naladžuji.	
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	

Příloha č. 2

ETICKÝ KODEX ZDRAVOTNÍCH SESTER

Etická pravidla zdravotní péče

Sestra je povinna převzít profesionální zodpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti. Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení. Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

Zdravotní sestra a spoluobčan

Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu. Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu tyto důvěrné informace předat.

Zdravotní sestra a péče v praxi

Zdravotní sestra je osobně zodpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání. Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standard na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci. Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá zodpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám. Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

Zdravotní sestra a společnost

Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci

Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií. Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby chránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodných chováním jiného zdravotníka či občana.

Zdravotní sestra a povolání

Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za své odborné vzdělávání. Zdravotní sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče. Zdravotní sestra se zasazuje v rámci odborové organizace o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplácení. Dbá též o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče.