

# Syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků

Bc. Kateřina Petrová, DiS.

Diplomová práce  
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

  
INSTITUT  
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Institut mezioborových studií Brno  
akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Kateřina PETROVÁ, DiS.**  
Osobní číslo: **H128193**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků**

### Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na definici syndromu vyhoření;
- na řešení a prevenci syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků (supervize, spolupráce s psychologem);
- na srovnání míry vyhoření u zdravotnických pracovníků na různých odděleních v nemocnici;

Součástí práce bude dotazník, který se zaměří na zdravotnické pracovníky (nelékařský zdravotnický personál) z různých oddělení v nemocnici a na možnost jejich ohrožení syndromem vyhoření při vykonávání zdravotnické profese.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**Bartošíková, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006.**

**Honzák, R. Burn-out syndrom – nebezpečí pro nás všechny. 2005.**

**Kebza, V., Šolcová, I. Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu).**

**Praha: Státní zdravotní ústav Praha, 2003.**

**Křivohlavý, J. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada, 1998.**

**Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002.**

**Křivohlavý, J. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2001.**

**Venglářová, M., Mahrová, G. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada Avicenum, 2006.**

Vedoucí diplomové práce:

**Mgr. Halka Prášilová, Ph.D.**

Katedra psychologie

Datum zadání diplomové práce:

**30. listopadu 2012**

Termín odevzdání diplomové práce:

**31. března 2014**

V Brně dne 30. listopadu 2012

  
prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.  
*vedoucí ústavu*



  
doc. PhDr. František Vízdal, CSc.  
*vedoucí katedry*

# PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

KATEŘINA PETROVÁ

Jméno, příjmení studenta

V Brně 24.3.2014

Kateřina Petrová

Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídnou k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků, se zaměřením na zdravotní sestry. Jejím cílem je zjistit obeznámenost zdravotnických pracovníků se syndromem vyhoření a v jaké míře se jím cítí být ohroženy zdravotní sestry na jednotlivých zkoumaných odděleních. V teoretické části je popsán syndrom vyhoření, stres a supervize. Praktická část využívá dotazníkovou metodu k testování a ověřování hypotéz. Průzkum byl proveden na šesti vybraných odděleních Nemocnice Vyškov.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, stres, deprese, supervize, prevence

## **ABSTRACT**

This thesis deals with the problem of burnout syndrome among non-medical sanitary staff, focusing mainly on nurses. Its aim is to find out how the medical staff is familiar with burnout syndrome and at what extent the nurses feel to be endangered by this syndrome within researched departments. The burnout, stress and supervision are described in theoretical part of this thesis, while practical part uses the questionnaire method for hypotheses testing and verification. The survey was performed in six selected departments at City Hospital in Vyskov.

Keywords: burnout, stress, depression, supervision, prevention

## **Poděkování**

Děkuji paní Mgr. Halce Prášilové, Ph.D., za cenné rady, metodickou pomoc a připomínky, které mi poskytla při zpracování mé diplomové práce.

Také bych ráda poděkovala svému manželovi a přátelům za jejich trpělivost a podporu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 SYNDROM VYHOŘENÍ</b> .....	<b>11</b>
1.1 Definice syndromu vyhoření.....	11
1.2 Příznaky syndromu vyhoření.....	12
1.3 Fáze syndromu vyhoření.....	14
1.3.1 Rizikové faktory.....	16
1.4 Ohrožené skupiny lidí.....	16
1.5 Syndrom vyhoření v profesi zdravotní sestry.....	18
1.6 Diagnostika syndromu vyhoření.....	23
1.6.1 Podobnost syndromu vyhoření s jinými chorobami.....	24
1.7 Intervence a prevence syndromu vyhoření.....	25
1.8 Léčba syndromu vyhoření.....	28
<b>2 STRES</b> .....	<b>30</b>
2.1 Definice stresu.....	30
2.2 Příznaky stresu.....	30
2.3 Druhy stresorů (stresových podnětů).....	31
2.4 Fáze stresu.....	35
2.5 Druhy stresu.....	36
2.6 Metody zvládnání stresu.....	36
2.7 Prevence a léčba stresu.....	40
<b>3 SUPERVIZE</b> .....	<b>43</b>
3.1 Vymezení pojmu supervize.....	43
3.2 Druhy supervize.....	45
3.3 Role supervizora.....	46
3.4 Funkce a cíle supervize.....	47
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>49</b>
<b>4 VÝZKUM</b> .....	<b>50</b>
4.1 Cíl průzkumu a formulace výzkumných otázek.....	50
4.2 Stanovení hypotéz.....	50
4.3 Výzkumná metoda sběru dat.....	50
4.4 Charakteristika výzkumného vzorku.....	51
4.5 Analýza a interpretace zkoumaných dat.....	52
4.6 Testování a ověřování hypotéz.....	68
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>71</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>75</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK</b> .....	<b>78</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>79</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>80</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>81</b>



## ÚVOD

„Dobrý den,“ pozdravil malý princ.

„Dobrý den,“ řekl obchodník.

*Byl to obchodník s patentními pilulkami utišujícími žízeň. Když člověk polkne jednu týdně, nemusí už pít.*

„Proč to prodáváš?“ zeptal se malý princ.

„Je to velká úspora času,“ odpověděl obchodník. „Znalci to vypočítali. Ušetří se padesát tři minuty za týden.“

„A co se udělá s těmi padesáti třemi minutami?“

„Co kdo chce...“

*Kdybych já měl padesát tři minuty nazbyt, řekl si malý princ, šel bych docela pomaloučku ke studánce...*

*Antoine de Saint-Exupéry*

Mám pocit, že společnost po nás v posledních letech vyžaduje, abychom byli úspěšnější a bezchybní. Pokud tomu tak není, dostáváme se do stresu v práci i v soukromém životě. A stres vede často k vyhoření.

Ve zdravotnictví je stres každodenní součástí práce. A sestry v nemocnici jsou jedny z nejvíce ohrožených profesí syndromem vyhoření. Bohužel navíc mají často strach změnit svou profesi z obavy, že neumí nic jiného. Přejdou tedy alespoň na jiné oddělení, čímž se samozřejmě mnoho nevyřeší. Já sama jsem pracovala jako zdravotní sestra šest let a některé vyhořelé sestry jsem měla možnost poznat. Ale i můj postoj k práci se po letech změnil.

Na začátku jsem se chtěla každé pacientce věnovat individuálně. Myslela jsem, že se to ode mě očekává, že je to moje povinnost. Často jsem vynakládala příliš mnoho energie a měla pocit, že se mi má snaha nevrací zpět. Navíc mě mrzelo, že většinu víkendů a svátků trávím v práci a přicházím tím o plno zážitků s rodinou a přáteli. I když jsem věděla, že má práce nebude jednoduchá, tak tvrdou realitu jsem si představit nedokázala. Velký problém byl nedostatek personálu, kdy se například jedna sestra musela starat o třicet pacientů, zejména o víkendu, při nočních službách či svátcích. Pak jsem se v rámci tzv. kolečka musela z oddělení gynekologie přesunout na operační sály. Tam jsem se dokonce setkala s šikanou na pracovišti neboli mobbingem. Nakonec jsem požádala vrchní sestru, aby mě přeřadila zpět na oddělení gynekologie, a ta mi vyhověla. Ze zdravotnictví



jsem se rozhodla odejít, protože se začalo mluvit o snižování stavů a noční služby mi začaly ničit zdraví. Dnes vím jistě, že kdybych zůstala, nejspíše bych dříve nebo později dospěla k syndromu vyhoření i já.

Dle mého názoru je vztah syndromu vyhoření k sociální pedagogice velmi blízký. Ta se totiž soustředí na celou společnost, začlenění člověka do ní a jeho fungování v ní bez konfliktů. Pracuje s jedinci v krizových situacích, což syndrom vyhoření jednoznačně je. Sociální pedagog své znalosti o syndromu vyhoření může například využít jako personalista v rámci lidských zdrojů, což je jedna z profesí, které se po škole může věnovat. Zná základy psychologie, pedagogiky, sociologie a jiných společenských věd, a proto snadno rozpozná příznaky syndromu vyhoření a může začít s ohroženým klientem pracovat.

V první kapitole se věnuji celkovému pojetí syndromu vyhoření, zmíním několik definicí a jejich představitelů. Dále se zmíním o jeho příčinách, příznacích, ohrožených profesích a rizikových faktorech, které vedou k syndromu vyhoření. Samostatně zmíním syndrom vyhoření přímo u zdravotních sester a nakonec se budu v této kapitole věnovat diagnostice syndromu vyhoření, prevenci a léčbě.

V druhé kapitole rozeberu stres jako jednu z hlavních příčin syndromu vyhoření, jeho druhy a fáze a také možnosti prevence a léčby stresu.

Kapitola číslo tři je zaměřena na supervizi, která může být nejen v práci zdravotních sester velmi přínosná. Dále zmíním její druhy, roli supervizora a funkce a cíle supervize.

Poslední, čtvrtou kapitolu tvoří praktická část. Zde provedu průzkum pomocí mnou zpracovaného dotazníku, který jsem předtím rozdala ve Vyškovské nemocnici na několik vybraných oddělení (chirurgické odd., interní odd., novorozenecké – dětské odd., šestinedělí – gynekologické odd., interní JIP a ARO).

## I. TEORETICKÁ ČÁST

# 1 SYNDROM VYHOŘENÍ

## 1.1 Definice syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření, známý také jako syndrom vyhasnutí, anglicky burnout (též psáno burn out) syndrom. Do dnešní doby vzniklo mnoho definic syndromu vyhoření. Jako první ji použil v roce 1974 Hendrich Freudenberger v článku „Staff burnout“ v časopise Journal of Social Issues. Od té doby se v zahraniční i české odborné literatuře začalo o syndromu vyhoření mluvit stále častěji.<sup>1</sup>

*„Burnout je stav vyplenění všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka (např. lidí, kteří se snaží v jejich těžkostech pomoci a pak se cítí sami přemoženi jejich problémy). Burnout je konečným stádiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entusiasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly).“<sup>2</sup>*

Původně Freudenberger popisoval stav dobrovolných pracovníků charitativních organizací, krizových center a podobných organizací. Až později se zaměřil také na lidi z jiných povolání, kteří se zaměřují na pomoc druhým. Uvedl, že vyprahlost se dá charakterizovat jako „krize pomáhajících“ a že tělesné příznaky vyčerpání a únava se vyskytují především u zvláště svědomitých jedinců, kteří pečují o jiné. Postupem času jsou podrážděnější, nevyrovnaní, podezíraví a ve stále větší míře se u nich vyskytuje negativní a cynický vztah k práci a lidem, o které pečují. Často také mají deprese.

Mezi systematictější a přesnější definice lze zařadit tu od CH. Maslach: Syndrom vyhoření je syndrom emocionálního vyčerpání, odosobnění a sníženého pocitu osobního úspěchu. Může se vyskytovat u jedinců, kteří pracují s lidmi v jakékoli oblasti. Je to reakce na neustálé citové vypětí způsobené intenzivní prací s jinými lidmi, zejména s těmi, které něco trápí nebo mají problémy. Proto lze tuto reakci považovat za jeden z pracovních stresů. I když má některé škodlivé účinky s jinými reakcemi společné, je syndrom vyhoření odlišný v tom, že stres pochází ze vzájemné sociální interakce mezi tím, kdo pomáhá, a tím, kdo pomoc dostává.<sup>3</sup>

Jinými slovy, nejčastěji se syndrom vyhoření vyskytuje u zdravotnických pracovníků, sociálních pracovníků, učitelů, tedy u tzv. pomáhajících profesí, kde je častý

<sup>1</sup> KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. Syndrom vyhoření, Praha, 2003, s. 6.

<sup>2</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Jak neztratit nadšení, Praha, 1998, s. 49.

<sup>3</sup> MASLACH, CH. Burnout: The Cost of Caring, Los Altos, 2003, s. 2.

mezilidský kontakt.

Některé definice jsou orientovány na konečný stav, tzn. na stav fyzického, emočního a také mentálního vyčerpání. Jiné jsou definovány jako proces, který má vlastní vývoj. Všechny tyto definice mají ale několik společných znaků:

- přítomnost negativních emocionálních příznaků – vyčerpání, deprese aj.,
- spojitost syndromu vyhoření s určitými profesemi, které jsou uváděny jako rizikové,
- menší efektivita práce nemá spojitost se špatnými pracovními schopnostmi a dovednostmi, ale naopak s negativními vytvořenými postoji a z nich vyplývajícím chováním,
- je kladen důraz na psychické příznaky a prvky chování, než na provázející fyzické příznaky,
- syndrom vyhoření se vyskytuje u jinak zdravých lidí a nesouvisí s psychickou patologií.<sup>4</sup>

Mějme na paměti, že člověk, který vyhasl, musel někdy hořet. To tedy znamená, že ti, kteří jsou jednoho dne vyhořelí, tak jsou obzvláště angažovaní jedinci, často s idealistickými představami a přemírou nadšení, kteří jsou navíc velmi senzitivní a svědomití.<sup>5</sup>

## 1.2 Příznaky syndromu vyhoření

Existuje několik rozřazení příznaků syndromu vyhoření a většina z nich je pouze jinak formulovaná. **Dle Stocka** máme tři základní symptomy vyhoření:

**A. Vyčerpání** – pocit emočního a fyzického vyčerpání. Jedná se velmi často o pocity, které jsou spojovány především s depresivními stavy. Je proto nutné tyto stavy nezaměňovat. Někteří američtí autoři používají spíše výraz „znehucení“.

---

<sup>4</sup> JEKLOVÁ, M. REITMAYEROVÁ, E., Syndrom vyhoření, Praha, 2006, s. 7.

<sup>5</sup> VOLLMEROVÁ, H. Pryč s únavou: syndrom vyprahlosti, Praha, 1998, s. 52.

Emoční	Fyzické
<ul style="list-style-type: none"> <li>● sklíčenost</li> <li>● bezmoc</li> <li>● beznaděj</li> <li>● ztráta sebeovládání (nekontrolovaný pláč, výbuchy vzteku aj.)</li> <li>● pocity strachu</li> <li>● pocity prázdnoty, ztráta odvahy a osamocení</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● nedostatek energie, chronická únava, slabost</li> <li>● svalové napětí, bolesti zad</li> <li>● náchylnost k infekčním onemocněním</li> <li>● poruchy spánku</li> <li>● funkční poruchy (kardiovaskulární poruchy, zažívací obtíže)</li> <li>● poruchy paměti a soustředění</li> <li>● náchylnost k nehodám</li> </ul>

**B. Odcizení** – člověk, který trpí syndromem vyhoření má ke své práci a okolí odosobněný, až lhostejný postoj. Dříve převládala názor, že syndrom vyhoření postihuje jen tzv. sociální profese (učitelé, sociální pracovníci aj.). Poslední dobou se však ukazuje, že tomu tak není, že syndrom vyhoření postihuje i jiné profese. Tím můžeme vysvětlit například nepříznivé pracovní klima nebo vnitřní rezignaci a pasivitu zaměstnanců. Pojmem odcizení můžeme rozumět postupnou ztrátu idealismu, cílevědomosti a zájmu. Počáteční nadšení, které převládalo při nástupu do zaměstnání, se zmenšuje a pracovníci začínají být cyničtí. Vnímají zákazníky jako přítěž, nadřizené jako zdroj ohrožení a své spolupracovníky jako „obtížný hmyz“.

**C. Pokles výkonnosti** – pracovník ztrácí důvěru ve své schopnosti a má pocit, že je k ničemu. Potřebuje stále více času ke splnění úkolu, který dříve zvládal v podstatně kratším čase. Také mu přestává stačit odpočinek ve formě prodlouženého víkendu nebo dovolené k regeneraci organismu.<sup>6</sup>

**Dle Krivohlavého** jsou příznaky rozdělovány do dvou skupin:

**A. Subjektivní příznaky** – velká únava, špatné soustředění pozornosti, podrážděnost, negativismus, snížené sebehodnocení a sebecenění. Člověk má pocit, že nemá žádnou hodnotu. Často si neví rady sám se sebou a problémy, které má. Ztratil

<sup>6</sup> STOCK, CH. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout, Praha, 2010, s. 19-22.

veškeré iluze, naděje, plány a má pocit neustálého napětí – i když nic nedělá.

**B. Objektivní příznaky** – snížená výkonnost trvající řadu měsíců, kterou pozorují kolegové, ale i příjematelé služeb (pacienti, klienti). Jsou činnosti u kterých se syndrom vyhoření vyskytuje dříve, než u jiných (např. člověk dříve nadšený pro svoji práci; člověk s velkými požadavky na sebe; člověk prožívající neúspěchy jako porážku; člověk, který neumí relaxovat, odpočívat).<sup>7</sup>

**Dle Kebzy a Šolcové** jsou příznaky syndromu vyhoření:

**A. Příznaky na psychické úrovni** – pocit, že vynaložené úsilí trvá již velmi dlouho a efektivita tohoto snažení je v porovnání s vynaloženou námahou pouze nepatrná. Pocit velkého duševního vyčerpání a únavy, převažují depresivní stavy a pocity frustrace, častá sebelítost, používání rutinních výkonů.

**B. Příznaky na fyzické úrovni** – celková únava organismu a ochablost, srdeční a zažívací obtíže, bolesti hlavy, poruchy spánku.

**C. Příznaky na úrovni sociálních vztahů** – útlum sociability, redukce kontaktu s klienty i kolegy, nechuť k práci, vyšší sklon k vyvolávání konfliktů.<sup>8</sup>

### 1.3 Fáze syndromu vyhoření

V literatuře se věnuje mnoho autorů syndromu vyhoření. Ten probíhá v na sebe navazujících fázích. Nyní uvádím několik schémat od různých autorů zabývajících se vývojem syndromu vyhoření:

**Fáze dle Edelwische a Brodského:**

- Fáze idealistického nadšení – jedinec pracující s nadměrným nadšením, ze začátku přicházející do práce s velkými ideály a energií, které jsou v rozporu s nereálnými nároky, které jedinec klade na sebe i své okolí.
- Fáze stagnace – jedinec začíná přehodnocovat své počáteční ideály na základě seznámení s realitou. Zažil již několik zklamání a jeho práce pro něj přestává být tak vzrušující jako na začátku. Věci, které pro něj dříve nebyly důležité (plat, kariérní růst), ho nyní začínají zajímat. Věnuje se jen práci a jeho rodinný život dostává první trhliny. Navzdory tomu ani on, ani jeho rodina nepozorují žádné známky onemocnění.

<sup>7</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví, Praha, 2009 s. 114-115.

<sup>8</sup> KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. Syndrom vyhoření, Praha, 2003, s. 9-10.

- Fáze frustrace – jedinec začíná pochybovat o smyslu svého snažení a uvědomuje si vlastní bezmocnost. Má pocit nedostatku uznání ze strany klientů i nadřízených a jeho zklamání vzrůstá.
- Fáze apatie – nakonec nastupuje vnitřní rezignace. Jedinec v práci dělá jen to, co je nutné, pokud nejsou žádné vyhlídky na změnu. Snaží se vyhýbat náročným úkolům. Zcela se vytrácí počáteční nadšení a přidávají se pocity rezignace, či zoufalství.

Někteří lidé snášejí podmínky pasivně, ale jsou i tací, kteří si syndrom vyhoření přivodí aktivně sami.<sup>9</sup>

#### **Fáze syndromu vyhoření dle Christiny Maslach:**

- Idealistické nadšení a přetěžování jedince.
- Emocionální a fyzické vyčerpání jedince.
- Dehumanizace druhých lidí jako obrany před vyhořením.
- Terminální stádium – jedinec se staví proti všemu a všem a syndrom burnout se objeví v celé své pestrosti.<sup>10</sup>

#### **Fáze dle Hartla a Hartlové:**

- Předchorobí – jedinec chce pracovat co nejlépe, touží po úspěchu, ale ten se nedostavuje.
- Symptomy prvního stádia – jedinec je stále v časové tísní, nic nestíhá a jeho práce začíná ztrácet systém.
- Symptomy druhého stádia – u jedince se začínají vyskytovat běžné neurotické symptomy, které jsou provázeny pocitem, že stále musí něco dělat. Výsledkem je pouze chaos.
- Symptomy třetího stádia – ztrácí se pocit, že něco „musí“ a obrací se ve vzdor, že nic „nemusí“. Kolegové ho obtěžují pouze svojí přítomností. Jedinec ztrácí zbytky zájmu, nadšení a zůstává jen únava a zklamání.<sup>11</sup>

<sup>9</sup> STOCK, Ch. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout, Praha, 2010, s. 23-25.

<sup>10</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Jak neztratit nadšení, Praha, 1998, s. 61.

<sup>11</sup> ŠVINGALOVÁ, D. Stres a „vyhoření“ u profesionálů pracujících s lidmi, Liberec, 2006, s. 49.



### 1.3.1 Rizikové faktory

V literatuře jsou nejčastěji uváděny tyto rizikové faktory syndromu vyhoření:

- již samotný život v současné společnosti, který má neustále rostoucí tempo a zvyšující se nároky na člověka,
- profese (někdy však jakýkoli kontakt) s lidmi,
- nutnost čelit chronickému stresu,
- vysoké, až nadměrné požadavky na výkon, nízká autonomie pracovní činnosti, monotónnost práce,
- původně vysoký pracovní entuziasmus, zaujatost a angažovanost pro věc,
- vysoká soutěživost a hostilita,
- původně vysoká empatie a obětavost,
- původně střední až vysoká senzitivita,
- nízká asertivita,
- původně vysoký perfekcionismus a odpovědnost,
- neschopnost relaxace,
- úzkostné, fobické a obsedantní rysy,
- permanentně prožívaný časový tlak,
- externí lokalizace kontroly,
- nízké nebo nestabilní sebepojetí a sebehodnocení,
- chronické přesvědčení o nedostatečném společenském i ekonomickém uznání,
- stabilně prožívaný hněv, agrese.<sup>12</sup>

## 1.4 Ohrožené skupiny lidí

Jak již bylo zmíněno, nejčastěji jsou ohroženi lidé, kteří pracují v pomáhajících profesích, nebo se často setkávají při své práci s lidmi. Z posledních poznatků ale vyplývá, že se ohrožení syndromem vyhoření týká také jedinců, kteří sice do kontaktu s lidmi přicházejí, tento kontakt však nemusí mít nutně profesionální ráz. Zde jde především

<sup>12</sup> KEBZA, V. Psychosociální determinanty zdraví, Praha, 2005, s. 144-145.

o trvalý a nekompromisně prosazovaný požadavek na vysoký, nekolísající výkon, který je pokládán za nadstandard, s malou, či žádnou možností úlevy, odchylek, vysazení a se závažnými důsledky v případě omylů a chyb.<sup>13</sup>

Je ale třeba podotknout, že syndrom vyhoření velice záleží na osobnosti jedince a na jeho vlastnostech. Přehled profesí ohrožených syndromem vyhoření:

- *lékaři – zvláště ti, kteří pracují v hospicích, na onkologických odděleních, na nefrologii, jednotkách intenzivní péče, gynekologii, neonatální péči, ale i např. zubní lékaři atp.;*
- *zdravotní sestry;*
- *zdravotní personál – např. dentisti (zubní laboranti);*
- *psychologové a psychoterapeuti;*
- *psychiatři;*
- *sociální pracovnice;*
- *poradci v oblasti sociální péče (o děti, dospívající, rodiny v krizi, propuštěné vězně atp.);*
- *učitelé všech stupňů;*
- *policisté;*
- *pracovníci v nápravných zařízeních ministerstva spravedlnosti;*
- *žurnalisté;*
- *politici;*
- *sportovci (atleti, profesionální hráči, trenéři, manažeři atp.);*
- *duchovní – kněží, faráři, kazatelé;*
- *poradci v organizačních věcech;*
- *vedoucí pracovníci všech stupňů;*
- *administrátoři;*
- *právníci, zvl. tzv. „obhájci chudých“;*

---

<sup>13</sup> KEBZA, V. , ŠOLCOVÁ, I. Syndrom vyhoření, Praha, 2003, s. 9.

- *pedagogové pracující s duševně postiženými dětmi;*
- *vedoucí letecké dopravy;*
- *piloti a osádky letadel;*
- *podnikatelé a manažeři;*
- *obchodníci;*
- *vyjednavatelé;*
- *úředníci;*
- *sociální kurátoři;*
- *pracovníci exekutivy atp.*<sup>14</sup>

### 1.5 Syndrom vyhoření v profesi zdravotní sestry

Protože se ve své práci zaměřuji na zdravotní sestry, tak bych se ráda zmínila o druzích zátěže vedoucích k syndromu vyhoření, které souvisí s touto profesí.

Profese zdravotní sestry je velice náročná, a to jak po stránce psychické, fyzické, tak i emocionální. Sestra musí být vždy ve střehu a neustále vycházet pacientům a kolegům vstříc a u toho si zachovat dobrou náladu. Setkávají se denně s bolestí, utrpením a smrtí a i přesto musí udržet odstup od svých emocí.

CH. Maslach uvádí tři základní rizikové činitele, které vedou k vyhoření u zdravotnických pracovníků:

- péče o pacienty a její náročnost kvantitativní i kvalitativní – umět zacházet s emočními reakcemi pacienta, starost o něj i jeho rodinu, neustálé ožívování vlastních a obecně lidských zranitelných míst.
- nejednoznačnost a nezvladatelnost situací – výsledky léčby se nedají předvídat, zdravotník se může dostat do nejednoznačných situací i při jednání s kolegy.
- nedostatek sociální opory – převážně od kolegů. Kolegiální sociální opora projevující se péčí a možností vzájemně sdílet své pocity souvisí s nižším rizikem vyhoření.<sup>15</sup>

<sup>14</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Jak neztratit nadšení, Praha, 1998, s. 23-24.

<sup>15</sup> BAŠTECKÁ, B. Klinická psychologie v praxi, Praha, 2003, s. 140.

V nemocnici jsou tři funkční okruhy. Medicínský, ošetrovatelský a administrativní. Každý z nich má svého typického představitele. Medicínský – lékař, ošetrovatelský – zdravotní sestra a administrativní – úředník. Všechny se vzájemně hierarchicky překrývají. Lékaři jsou na špičce a administrativa na dně hierarchie. Problém je, že sestry jsou podřízeny dvojím způsobem: lékaři, tak jak je to vyžadováno medicínským řádem a sesterskému managementu, jak to vyžadují povinnosti sester. A toto způsobuje samozřejmě komplikace. Nabízí se tedy několik otázek. Například, zda je profese sestry v České republice správně legislativně správně ošetřena, zda kooperující profese a pacienti respektují odbornou kompetenci sester, jaký postoj zastává veřejnost k profesi sestry a jaká je prestiž této profese? Tyto otázky bohužel v nejbližší době zůstanou bez odpovědi, jelikož celý zdravotnický systém prochází v dnešní době procesem hlubokých změn.<sup>16</sup>

Role sestry se podstatně mění, protože dosažení i udržení standardu péče vyžaduje po sestrách stále novější dovednosti, které dříve vyžadovány nebyly. Velkým problémem je také to, že role sestry je svou povahou vnitřně konfliktní, především proto, že zdravotníci mají jasně stanovené normy, ale uplatňují je v jedinečných situacích. Sestra v práci zastává mnoho sociálních rolí. Je pečovatelka, psycholog, uklízečka, učitelka, kamarádka, kolegyně, ale hlavně je člověk, který má také své problémy a trápení. Je proto důležité, aby se od své práce uměla oprostit a naučila se dostatečně odpočívat a relaxovat.<sup>17</sup>

Práce ve zdravotnictví je často spojena s větší mírou stresu, než je to u jiných profesí. Při nadměrné zátěži sester se zvyšuje riziko chybných výkonů, rozhodnutí a pracovních úrazů. Z tohoto důvodu převážně mladé, začínající zdravotní sestry po krátké době opouštějí tuto práci a věnují se jinému zaměstnání, kde míra stresu a nároky na ně kladené nejsou tak vysoké.<sup>18</sup>

Od sestry se očekává spousta speciálních dovedností a zároveň vysoká míra empatie vůči pacientům. Sestry mají často pocit, že místo péče pacientům se věnují administrativě, která podle nich nemá s jejich profesí nic společného. Ty, které ve zdravotnictví pracují, si již delší dobu všimají, že byrokracie přibývá. Vyplňují se údaje o pacientovi, ale ne pouze do jedné části dokumentace, ale klidně do dalších pěti. Sestry mají pocit, že opravdová práce, tedy péče o pacienty, pomalu ubývá a stávají se z nich administrativní pracovnice. Tento pocit frustrace, kdy není naplněno jejich profesní

<sup>16</sup> BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry, Brno, 2006, s. 6-7.

<sup>17</sup> BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry, Brno, 2006, s. 7.

<sup>18</sup> BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry, Brno, 2006, s. 10.

očekávání, může vést k syndromu vyhoření.

Také je častým problémem neodpovídající finanční ohodnocení zdravotních sester. Ty většinou pracují ve směnném provozu a tráví tak noční služby, svátky i víkendy v zaměstnání. Pokud mají sestry (a nejen ty) nižší mzdu, než očekávají, mohou to pokládat za nedostatek uznání, protože v naší společnosti je plat často považován za jeho měřítko. Převažuje zde často pocit, že za tolik práce, která je fyzicky i psychicky velmi náročná dostávají neadekvátní plat.<sup>19</sup>

Zátěže v práci sestry se vztahují k podmínkám pracovní činnosti, osobnosti pracovníků a zátěže plynoucí z odlišnosti diagnóz ošetřovaných pacientů. Můžeme je tedy rozdělit na:

### **1) Zátěže fyzické, chemické, fyzikální:**

- statické zatížení (stání u lůžka při práci, asistenci, výkonů a vizity),
- dynamické zatížení (procházení, vyřizování),
- zatížení páteře (při manipulaci s pacienty, úpravách lůžka),
- zatížení svalového a kloubního systému,
- setkávání se s nepříjemnými podněty (exkrementy, otevřené rány, deformity, vyrážky),
- rizika infekce,
- narušení spánkového rytmu při směnování,
- nedostatek času a klidu na dodržování pravidelné stravy a pitného režimu,
- kontakt s léky, dezinfekčními přípravky, pomůckami,
- hluk, nesprávné osvětlení, vibrace, radiační záření.

### **2) Zátěže psychické, emocionální, sociální:**

- neustálá pozornost, pečlivé sledování (stavu pacientů, přístrojů),
- pružné reagování na různorodé požadavky a změny,
- nároky na paměť,

---

<sup>19</sup> POTTER, B. A. Jak se bránit pracovnímu vyčerpání, Olomouc, 1997, s. 40.

- velká zodpovědnost za výsledky a následky práce,
- nutnost samostatného rozhodování při respektování daných pravidel,
- umění rychlých rozhodnutí a účelného jednání i při nedostatku informací,
- schopnost improvizace,
- opakované setkávání s lidmi v těžkých emočních stavech,
- konfrontace s utrpením, bolestí, smrtí a pocity bezmoci,
- umění zacházet s intimitou druhého člověka včetně překračování hranic (zavádění sond, klyzma aj.),
- působení bolesti druhým,
- provádění řady činností, které u jiných vzbuzují odpor,
- komunikace s příbuznými pacientů,
- konflikt rolí,
- nízké ohodnocení náročné práce,
- nároky na neustále vzdělávání se.

Jsou to právě sestry, které jsou s pacientem nejčastěji v kontaktu. Provádí hygienu, jsou mu nápomocny v běžných denních úkonech. Tím také často zasahují do pacientovy intimní zóny, kam lidé pouští většinou jen ty nejbližší. Sestra vidí nejen pacientovu fyzickou, ale také psychickou nahotu, kdy nařiká, trpí, cítí se slabý a nemocný. Sestra bývá velmi empatická a některé pacientovy problémy může prožívat s ním. Proto se někdy stává, že mezi sebou pacient a sestra vytvoří vztah, který může být důvěrný, blízký, ale i komplikovaný závislostí, pocity selhání a studu. Pacienti si také často k lékařům nedovolí to, co k sestram a ty jsou tak často prvním „nárazníkem“ při konfliktech s příbuznými pacientů, se kterými se setkávají častěji než ostatní zdravotníci.<sup>20</sup>

Právě toto setkávání s intimitou pacienta klade velké nároky na osobnost sestry. Očekává se od ní, že bude schopná a vždy připravená pomoci pacientovy v jakékoli těžké situaci, která se navíc mění v závislosti na stavu pacienta. Proto se také sestry často cítí bezmocné tváří v tvář realitě, kdy již pro pacienta nelze nic udělat a smrt se blíží. Někteří

---

<sup>20</sup> BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry, Brno, 2006, s. 13-14.

pacienti je dokonce žádají o zmírnění, či zkrácení utrpení.<sup>21</sup>

Sestra se musí také naučit zvládat interpersonální problémy, které v týmech vznikají. Sem patří soupeření, konfliktní zájmy, problémy s financováním provozu a nedostatečné ocenění práce. Jedním z největších interpersonálních problémů je vztah sestra – lékař. Sestry si stěžují na nevhodné chování, nepochopení, přehlížení a chybí jim ocenění a pochvala. Lékaři si často stres vybíjejí právě na sestrách. Je důležité, aby vztah mezi lékařem a sestrou byl rovnocenný. Řada problémů vzniká ve vzájemném nepochopení rolí a odpovědnosti v rámci moderního lékařství a ošetrovatelské péče. Lékaři často zastávají názor, že by ošetrovatelství nemělo zasahovat do jejich oblasti. Také se často cítí ohroženi vysokoškolsky vzdělanými ošetrovatelskými profesemi. Sestry mají zase často pocit, že lékaři nerespektují jejich podíl ošetrovatelské péče. Lékaři často vnímají sestru jako podřízenou pracovníci, která nesmí diskutovat, ale jen plnit jejich příkazy. Špatné vztahy na pracovišti bývají často jedním z důvodů odchodu sester.<sup>22</sup>

Je důležité, aby se tento stav změnil a lékaři si uvědomili, že sestra je často jejich pravá ruka a je jejich spojovacím článkem s pacientem a jeho problémy. Snad se dostaneme za čas na úroveň vyspělých zemí, kde lékaři ztrácí část svého výsadního postavení a zdravotní sestry své postavení naopak zesilují. Pracuje se zde v týmu a lékaři i sestry si vzájemně váží své práce.<sup>23</sup>

Ráda bych krátce zmínila nejtěžší situaci, s kterou se sestra ve své práci setkává. Je to péče o umírající – někdy je to právě sestra, která drží umírajícího pacienta za ruku v jeho posledních chvílích. Jak se má ale chovat, než konec nastane? Je důležité nevnucovat umírajícím potřebu přijmout (akceptovat) fakt konce. To může pacient udělat pouze ze své svobodné vůle. Je důležité, aby sestra spíše naslouchala, než mluvila.<sup>24</sup>

Zdravotní sestra silně soucítí s pacientovou bolestí a utrpením. Dá se říci, že soucítění je povinností těch, kteří se starají o zdraví druhých. Pokud je soucítění zdravé, tak vede k tomu, aby zdravotní sestra udělala něco, čím utrpení člověka zmírní. Zdravé soucítění lidí sbližuje přes hranice utrpení.<sup>25</sup>

Například sestry na více psychicky náročných odděleních (ARO, LDN,

<sup>21</sup> BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry, Brno, 2006, s. 14.

<sup>22</sup> BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry, Brno, 2006, s. 15.

<sup>23</sup> BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry, Brno, 2006, s. 15-16.

<sup>24</sup> KŘIVOHLAVÝ J. Psychologie nemoci, Praha, 2002, s. 149.

<sup>25</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Pozitivní psychologie, Praha, 2004, s. 159-160.



onkologické oddělení) si tuto práci volí s přesvědčením, že chtějí pomoci pacientovi. I přes veškeré citové a fyzické nasazení jejich svěřenci často nakonec umírají a nechávají tu sestry „v prázdnotě“. Když jsou pacienti na oddělení, tak si sestry nevědomky snaží udržet citový odstup. Pacienti však vyžadují hodně úcty, ale sami úctu jiným neprojevují, protože je svazuje vlastní strach a utrpení. Sestry nepociťují zpětnou vazbu nebo ji cítí jako negativní, a to v nich posiluje tendenci své svěřence znevažovat, či urážet, přestože by jim měly pomáhat, což v nich zase naopak budí pocit viny nebo studu. Bolest v situaci bezmoci a beznaděje se stále opakuje, sestry trpí pocitem, že sedí v pasti, následuje stav vyčerpání a zmatení a nakonec se opět vrací zlost a urážky. Pomáhající sestry se snaží vytvořit tělesnou, citovou a intelektuální hranici mezi sebou a svými klienty – jde o jistou formu útěku.<sup>26</sup>

Je tedy jasné, že práce zdravotní sestry je velice záslužná profese, která si zaslouží, aby na ni veřejnost nahlížela s velkou úctou a respektem.

## 1.6 Diagnostika syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se často podobá jiným více, či méně známým onemocněním. Je důležité si uvědomit, že základní charakteristikou syndromu vyhoření je jeho vazba na zaměstnání. Nejčastěji je syndrom vyhoření zaměněn s depresí, s níž má spoustu shodných nebo podobných příznaků (smutná nálada, ztráta motivace a energie, pocit bezcennosti aj.).<sup>27</sup>

Pokud člověk o charakteristice syndromu vyhoření již něco ví, tak ho může poznat sám na sobě. Další možností jsou speciální psychologické metody, které byly k diagnostice tohoto syndromu zkonstruovány. Nejčastěji se jedná o dotazníky, založené na posuzovacích škálách.<sup>28</sup>

Mezi nejznámější dotazníkové metody patří:

- **Orientační dotazník**, který vytvořila čtveřice autorů D. Hawkons, F. Minirith, P. Maier a CH. Thursman. Je to typ diagnostické samoobsluhy – vhodná pro každého, kdo chce zjistit, zda nemá syndrom vyhoření. Tento dotazník respektuje psychické vyhoření jako proces a ne jako momentální statický stav, což je jeho velkou výhodou.

<sup>26</sup> MAROON, I. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků, Praha, 2012, s. 31.

<sup>27</sup> KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. Syndrom vyhoření, Praha, 2003, s. 11-12.

<sup>28</sup> KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. Syndrom vyhoření, Praha, 2003, s. 17.

- **Dotazník BM (Burnout measure)** od autorů A. Pinesové a E. Aronsona je zaměřen na tři různé aspekty celkového vyčerpání. Pocity fyzického vyčerpání (únava, slabost aj.), pocity emocionálního vyčerpání (pocity tísně, beznaděje aj.) a pocity duševního vyčerpání (pocity bezcennosti, ztráty iluzí aj.). Je to druhý nejčastěji používaný dotazník.
- **Dotazníková metoda MBI (Maslach burnout inventory, příloha č. 2)** je výtvorem dvojice Ch. Maslach a S. Jackson. Touto metodou se zjišťují tři faktory. EE (emotional exhaustion) neboli emocionální vyčerpání, DP (depersonalizace) neboli ztráta úcty k druhým lidem, jako k lidským bytostem, a PA (personal accomplishment), neboli snížení výkonnosti. Tento dotazník využívají zejména studenti ve výzkumných pracích.<sup>29</sup>

Diagnózu může samozřejmě určit i lékař, nejčastěji to bývá psycholog. Ten po rozhovoru s klientem (případně může využít i některý z výše uvedených dotazníků) určí diagnózu syndromu vyhoření.

### 1.6.1 Podobnost syndromu vyhoření s jinými chorobami

Syndrom vyhoření se některými symptomy, důsledky v chování, jednání a prožívání částečně podobá některým jiným poruchám či chorobám. Níže si uvedeme některé z nich.

**Deprese** není jen špatná nálada, ale nemoc celého organismu. Rozhodně to není nedostatek vůle nebo sebekázně. Deprese také není pouze reakce na nepříznivé události v životě, i když na ně často navazuje. U většiny lidí je deprese léčitelná. Pokud se s ní jedinec neléčí, tak vede ke ztrátě výkonnosti, k izolaci, ztrátě radosti ze života a zhoršuje celkový stav člověka – snižuje obranyschopnost organismu. Deprese nejčastěji navazuje na smutek. Deprese je oproti smutku intenzivnější a hlubší, trvá déle a narušuje každodenní fungování. Depresi zažije každý pátý člověk alespoň jedenkrát v životě a ženy dokonce dvakrát častěji než muži. Může být mírná, středně těžká, těžká a nejmávnější formou je melancholie. Při mírné formě je ještě člověk schopen pracovat, ale vše mu jde hůře a pomaleji a věci ho přestávají těšit. Od středně těžké zpravidla není schopen pracovat a při nejtěžších formách trpí úplnou beznadějí, kdy má pocit, že pouze smrt ho může vykoupit.<sup>30</sup>

Cílem léčby u deprese je odstranit příznaky nemoci, odstranit rizika relapsu

<sup>29</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Jak neztratit nadšení, Praha, 1998, s. 33-41.

<sup>30</sup> PRAŠKO, J. , PRAŠKOVÁ, H. , PRAŠKOVÁ, J. Deprese a jak ji zvládat, Praha, 2003, s. 26–29.

a obnovit původní kvalitu života. K léčbě se používají léky a jiné biologické léčby (např. fototerapie) nebo psychoterapie. Z léků jsou to nejčastěji antidepresiva, která bohužel často mívají vedlejší účinky. Nejčastější forma léčby je kombinace antidepresiv s psychoterapií.<sup>31</sup>

Rozdíl mezi depresí a syndromem vyhoření je ten, že syndrom vyhoření je dlouho výhradně vázán na pocity člověka z práce a v práci, zatímco deprese se projevuje ve všech situacích jeho života.<sup>32</sup>

**Únava.** U normální únavy si stačí odpočinout nebo relaxovat například pomocí nějaké vhodné sportovní aktivity. Ale u syndromu vyhoření je únava neustále a je spojena s pocity viny a selhávání. Některé únavové syndromy se zdánlivě mohou syndromu vyhoření blížit více, obzvláště pokud obsahují depersonalizační složku. Opravdu je zde silné emocionální vyčerpání u pacienta. Také tzv. syndrom chronické únavy (CFS) se velmi špatně od syndromu vyhoření odlišuje. Oproti syndromu vyhoření má více somatických projevů a stížností.<sup>33</sup>

**Depersonalizace.** Tento syndrom provází řadu psychických poruch a změněných stavů svědomí. Nemocní si stěžují, že mají změněnou nebo zcela chybějící představivost, že necítí bolest, radost, lásku ani nenávisť. Cítí změnu své osobnosti, jako by to ani nebyli oni, cítí se jako „živí mrtví“. Někdy se tento syndrom objevuje i u zcela zdravých jedinců.<sup>34</sup>

## 1.7 Intervence a prevence syndromu vyhoření

Již víme, že syndrom vyhoření je důsledek nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou. Tento nesoulad lze zmenšit buď na straně jedince, který si osvojí základní postupy hodnocení stresogenních situací a strategie stresu, nebo na straně zaměstnavatele změnou jeho organizace a kultury. Jakmile známe příčinu vyhoření, tak se můžeme zaměřit na jeho léčbu a prevenci.<sup>35</sup>

Dvě základní možnosti prevence nyní rozebereme:

### 1) Interní individuální možnosti prevence

- Smysluplnost žití – z řady studií lidí, kteří psychicky vyhořeli, se zjistilo, že

<sup>31</sup> PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J. Deprese a jak ji zvládat, Praha, 2003, s. 79.

<sup>32</sup> KEBZA, V. Psychosociální determinanty zdraví, Praha, 2005, s. 139.

<sup>33</sup> BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry, Brno, 2006, s. 24.

<sup>34</sup> BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry, Brno, 2006, s. 24.

<sup>35</sup> BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry, Brno, 2006, s. 41.

otázka uspokojení či neuspokojení základní existenciální potřeby, tedy smysluplnosti bytí, je jedním z hlavních faktorů, jak při vzniku, tak při zvládání burnout syndromu. Jedná se o prožívání smysluplnosti existence, která je jevem subjektivním. Vztahuje se k pocitu smysluplnosti práce, tak k pocitu smysluplnosti života jako celku. Přitom smysluplnost práce je dílčím úsekem celkové životní spokojenosti a jednou z nejdůležitějších složek smysluplnosti bytí.

- Stresory a salutory – z toho, co již víme o vzniku a rozvoji syndromu vyhoření, je jisté, že na začátku a při dalším postupu rozvoje fenoménu burnout hraje v životě člověka důležitou roli nepoměr stresorů (zatěžujících faktorů) a možností těžkou situaci řešit (tzv. salutory). Pokud dojde k situaci, že poměr stresorů je vyšší, než poměr salutorů, dochází ke stresu. Ten může vést až k distresu (velmi stresující situaci – tzv. negativní stres). V takovéto situaci jsou dvě varianty řešení. První možnost je ubrat na straně stresorů – vzdání se některých aktivit, které děláme, delegace autority, či pravomocí, nebo pokud se aktivity rozdělit nedají s aktivitou úplně skončit. Druhou možností je přidat na straně salutorů, což vede k různým preventivním aktivitám, např. dělat nějaká relaxační cvičení, zajímat se o duševní hygienu.
- Osobnostní charakteristiky – posilováním charakteristik, které umožňují lépe vzdorovat stresu, se snižuje nebezpečí vyhoření. Tyto charakteristiky jsou jedinci k užitku, pokud je již na hranici vyčerpání všech sil. Každý člověk je jiný, a proto se každý vyrovnává s problémy a překážkami jiným způsobem. Někomu se v boji s problémy roztrpou kolena a výsledkem je prohra, jiný se problémům postaví čelem a tím posiluje vlastní sebevědomí. Různým typům chování a typům osobností se věnuje mnoho osobností z oblasti psychologie – M. Friedman a H. Roseman, C. G. Jung, A. Antonovský, S. Maddi a S. Kobasová, D. McClelland, M. Csikzentmihalyi, A. Pines.

## 2) Externí vlivy v prevenci a zvládání

- Sociální opora – každý člověk je zároveň individualita i sociální bytost. Mezi lidmi existuje vzájemná vázanost a návaznost. Nejde zde o náhodný shluk lidí, ale o organické předivo vzájemných vztahů. V těchto vztazích musíme dbát jeden na druhého a být vzájemně ohleduplný. Sociálních opory se nám dostává

v sociální skupině (máme na mysli malou skupinu lidí, ve které sledujeme vzájemné vztahy a vnitřní poměry, kde se jednotlivec nazývá člen sociální skupiny) a v sociální síti (několik sociálních skupin ve kterých se jedinec pohybuje, určitým způsobem spolu spjatých, slouží jako významná pomoc jak v boji se stresem, tak při zábraně emocionálního vyhoření).

*„Sociální oporou, kterou malá skupina lidí danému člověku poskytuje ve chvílích jeho těžkostí a životních krizí, se rozumí v první řadě sociální kontakt, neopuštění postiženého v jeho těžké situaci, tzv. „bytí s ním“. Rozumí se jím ochota naslouchat mu a vyslechnout jeho nářky, stížnosti a problémy. Sdílet spolu s ním jeho rozbouřené emoce (být k němu empatický). Neodsuzovat ho – i když třeba byl v těžké situaci, na jejímž vzniku má určitý podíl.“*

Mezi druhy sociální opory řadíme: naslouchání, potřeba sociálního zrcadla (zpětná vazba), uznání, povzbuzování, soucítění – empatie, emocionální vzpruha (opora v těžkých chvílích), prověřování stavu světa (poznávání světa), dělba práce, spolupráce, přejný prosociální postoj a nezištná pomoc (přívětivé duševní naklonění).

- Dobré vztahy mezi lidmi – syndrom vyhoření má velmi blízko k nespokojenosti. Výzkumy ukazují, že vzájemné vztahy mezi lidmi při práci nejvýrazněji ovlivňují pracovní spokojenost a nespokojenost. Proto dobré vztahy na pracovišti i doma působí jako značná prevence syndromu vyhoření. Mezi negativní znaky v sociální interakci můžeme zařadit např. nepřátelské, agresivní jednání, ponižování, projevy zneužití moci, mobbing, urážky, hádky.
- Kladné hodnocení druhých lidí – ve vzájemných vztazích mezi lidmi může docházet k devalvaci. Dochází ke snižování úcty a respektu k druhým lidem. Evalvace je naopak projevování úcty a vážnosti. Proto je evalvace důležitá všude tam, kde potřebujeme posílit člověka propadajícího se do stavu vyhoření.
- Pracovní podmínky – přáním každého vedoucího je, aby měl v podniku dobře motivované lidi, kteří se chtějí spolu s ním podílet na řešení úkolů, které má daný podnik řešit. Proto je v počátku nejdůležitější vybrat ty správné pracovníky. Pokud se to podaří, tak musí těmito lidem zajistit takové pracovní podmínky, díky kterým budou dobře pracovat. A naopak musí zabránit všemu, co by mohlo jejich úsilí zmařit a nadšení tlumit. Je důležité seznámit mladé lidi nastupující poprvé do zaměstnání s prevencí stresu a rizikem syndromu

vyhoření. Je důležité, aby všichni pracovníci věděli jaká je jejich náplň práce, co se od nich očekává, aby nebyli přetěžováni prací, která nespadá do jejich kompetencí. Také je nutné, aby fungovala vzájemná zpětná vazba mezi vedoucím a podřízeným. Pokud je to možné, aby pracovník pocítil i uznání, nejen peněžní, ale i slovní pochvaly. Mějme na mysli, že chválíme přede všemi, káráme mezi čtyřma očima. Velmi důležité je i to, jak vypadá pracoviště. Na pracovníky může negativně působit například málo prostoru, hluk, moc nebo málo světla, teplo nebo chlad, nedostatek klidu na práci.<sup>36</sup>

Co tedy pomáhá člověku v boji proti stresu a vyhoření? Určitě je to humor. Často si lidé některé věci berou příliš osobně, místo, aby se nad to dokázali povznést. Dále je důležité umět uvolnit napětí, které vzniká v stresových situacích. Lidé se musí naučit relaxovat a přestat si myslet, že jsou nenahraditelní.<sup>37</sup>

## 1.8 Léčba syndromu vyhoření

Jakmile již člověk trpí syndromem vyhoření, tak je nutné co nejdříve zahájit léčbu. Jak již bylo výše uvedeno, je snazší negativním důsledkům pracovního stresu předcházet, než je odstraňovat. Léčebné strategie, uplatňované vůči syndromu vyhoření, se opírají samozřejmě také o psychoterapeutické zdroje. Hlavním z těchto psychoterapeutických zdrojů je existenciální psychoterapie. Existenciální psychoterapie, v amerických podmínkách se soustřeďuje především na vnitřní svět prožitků, umožňuje pacientům vyrovnat se s otázkami podstaty lidské existence, smyslu života, svobody a odpovědnosti člověka atd.

V evropských podmínkách se vytvořily v návaznosti na existenciální východiska dvě psychoterapeutické školy, jejichž názory vytvářejí z hlediska terapie burnout syndromu vhodné zázemí. První z nich je deseinsanalýza, která se snaží pomoci nalézt pacientovi cestu k pochopení jeho existence a pomoci mu jeho existenci co nejlépe a nejodpovědněji realizovat, což je z hlediska syndromu vyhoření velmi významné. Klade se důraz na jedinečnost a neopakovatelnost individuality pacienta. Cílem je pochopení a naplnění vlastní existence. Další evropskou školou, která navazuje na existenciální východiska je logoterapie, která usiluje o to, aby přispěla pacientovi v jeho úsilí nalézt vlastní životní smysl v souladu s jeho životem a osobností. Cílem je, aby pacient našel řešení v situaci

<sup>36</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Jak neztratit nadšení, Praha, 1998, s. 69-111.

<sup>37</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Jak neztratit nadšení, Praha, 1998, s. 113-116.

existenciální frustrace a smysl života objevováním a naplňováním hodnot.<sup>38</sup>

Psychoterapie může být individuální nebo skupinová a vede ji psycholog nebo psychiatr. Někdy může pomoci i farmakoterapie. Léčba může probíhat ambulantně nebo v nemocnici.<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> KEBZA, V. Psychosociální determinanty zdraví, Praha, 2005, s. 146-147.

<sup>39</sup> KALLWASS, A. Syndrom vyhoření v práci i osobním životě, Praha, 2007, s. 10.



## 2 STRES

### 2.1 Definice stresu

Křivohlavý píše, že odborníci v souvislosti se stresem hovoří o vnitřním napětí v člověku, který je vystaven nepříznivým vlivům, o tlaku situačních podmínek, soustředěných na daného člověka.<sup>40</sup> Ráda bych zmínila některé z definic stresu:

H. Selye tvrdí: „*Stres je výsledkem interakce (vzájemné činnosti) mezi určitou silou působící na člověka a schopností organismu odolat tomuto tlaku.*“

A. Howard a R.A. Scott tvrdí: „*Stres vyjadřuje situaci člověka v napětí (tenzi) při řešení problému, když se do cesty řešení tohoto problému postaví nepřekonatelná překážka.*“<sup>41</sup>

Je důležité si uvědomit, že stres není jen špatný, ale může být pro naši práci i velice přínosný. Může nás totiž motivovat k lepším výkonům. Většina z nás, ale netuší jakým způsobem stres využít ve svůj prospěch a bereme ho jako něco negativního, co nás v práci spíše omezuje a znepríjemňuje nám pracovní i osobní život. Stres je jednou z nejčastějších příčin syndromu vyhoření.

### 2.2 Příznaky stresu

Stresu bychom měli umět předcházet. To můžeme ale jen tehdy, pokud jej umíme rozeznat. Dle WHO jsou příznaky stresu charakterizovány následovně:

#### 1. Fyziologické příznaky stresu:

- bušení srdce,
- bolest a sevření za hrudní kostí,
- nechutenství, plynatost,
- průjem a křeče v břišní oblasti,
- časté nucení na močení,
- snížené libido, impotence,
- bolesti hlavy, migrény,

<sup>40</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Jak zvládat stres, Praha, 1994, s. 9.

<sup>41</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Jak zvládat stres, Praha, 1994, s. 10.

- „knedlík v krku“ aj.

## 2. Emocionální příznaky stresu:

- prudké a rychlé změny nálady,
- trápení se věcmi, které nejsou zdaleka tak důležité,
- neschopnost empatie,
- nadměrná starost o vlastní zdravotní stav a fyzický vzhled,
- zvýšené pocity únavy, poruchy soustředění,
- omezení kontaktu s jinými lidmi,
- zvýšená podrážděnost, popudlivost a úzkostnost aj.

## 3. Behaviorální příznaky stresu:

- nerozhodnost a nerozumné nářky,
- zvýšená absence a nemocnost,
- nepozornost, např. u řízení auta,
- horší kvalita práce, výmluvy, vyhýbání se odpovědnosti,
- větší riziko závislosti na drogách (tablety, alkohol, cigarety),
- ztráta chuti k jídlu vs. přejídání,
- změněný denní rytmus,
- nižší kvalita práce aj.<sup>42</sup>

## 2.3 Druhy stresorů (stresových podnětů)

Stres tedy vzniká v důsledku nároků, které jsou kladeny na člověka. Příčiny stresu mohou být interní a externí a nároky mohou být negativní i pozitivní. Jakmile mozek pocítí zvýšené nároky na svou činnost, oznamuje to uvolněním různých hormonů z mnoha žláz s vnitřní sekrecí po celém těle. Patří sem např. noradrenalin, adrenalin, kortizon. Tyto hormony tělo na činnost připraví. Napnou se svaly, srdce bije rychleji a krevní zásobování se soustředí na potřebná místa v těle. Vše směřuje k tomu, že tělo dostane přival energie, která mu umožní přiměřeně reagovat na příčinu stresu: bojovat nebo utéct pryč. Prostě

---

<sup>42</sup> HORÁK, R. Management, IMS Brno, 2008, s. 124–125.

přežít.<sup>43</sup>

Lidé, kteří jsou optimisté, jsou zdravější a méně trpí stresem. Optimismus je založen na sebezřetivém, fandění sobě i druhým, kladením přiměřených nároků na sebe samého, druhé, i svět jako takový. Oproti tomu pesimisté jsou lidé, kteří mají v každé situaci a době nároky, které nelze splnit, ať už na sebe, druhé, či osud jako takový. Proto je v boji se stresem velmi důležité, jaký člověk je, jelikož optimisté se s problémy vyrovnávají lépe a plno věcí pro ně není překážkou.<sup>44</sup>

Jak jsem se již zmínila výše, tak stres způsobují tzv. stresory (faktory vyvolávající stresové situace). U každého jedince může stres vyvolat celá řada příčin. Některé jsou převážně osobní a jiné se týkají každého z nás. Mezi tyto indikátory patří např.:

- zvuk budíku po ránu,
- únava, protože jste šli pozdě spát,
- máte zpoždění,
- bezohlednost jiných řidičů aj.<sup>45</sup>

Další možnost rozdělení stresorů je následující:

1. **Fyzikální stresory** – alkohol, nikotin, radiace, hluk, chemické látky, meteorologické vlivy, katastrofy, těhotenství, úrazy, nechtěný sexuální styk.
2. **Emocionální stresory** – úzkostnost, zármutek, obavy a strach, nepřátelství, zloba, sensorická deprivace, obavy z přestoupení společenského zákazu.<sup>46</sup>

Ve vztahu práce a stresu bylo jasně prokázáno, že zejména nedostatek možností řídit běh dění než vlastní rozhodování vede k distresu. Podobně tomu bylo s odhadem vlivu vyššího pracovního postavení na stres. Také v tomto případě zpočátku existovala domněnka, že „čím vyšší postavení, tak tím větší stres“. I zde ale empirické studie prokázaly, že to jsou naopak právě pracovníci střední třídy (mistři, dílovedoucí apod.), kteří nejvíce trpí pracovním stresem. Jsou na ně totiž kladeny velké konkrétní požadavky, avšak je jim dáována malá možnost řízení všech potřebných věcí – což vede ke stresu.

<sup>43</sup> CLEGG, B. Stress management, Brno 2005, s. 1-2.

<sup>44</sup> PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. Proti stresu krok za krokem, Praha, 2001, s. 46.

<sup>45</sup> CLEGG, B. Stress management, Brno, 2005, s. 5.

<sup>46</sup> HORÁK, R. Management, IMS Brno, 2008, s. 125-126.

Požadavky na mistry a dílovedoucí jsou kladeny jednak shora, od jejich nadřízených, a jednak zezdola, od lidí, které mají na starosti (dělníků). Bylo zjištěno, že v situaci, kdy byly kladeny na pracovníky vysoké požadavky, ale nebyla jim dána dostatečná možnost řídit pracovní proces, docházelo např. k vyšší míře výskytu hypertenzí a srdečních onemocnění.<sup>47</sup>

Dalším faktorem, který ovlivňuje stres, jsou vzájemné vztahy mezi lidmi, a to jak v kladném, tak v záporném smyslu slova. V kladném smyslu jsou to např. dobré vzájemné vztahy a sociální opora. V záporném naopak mezilidské konflikty a nedostatek sociální opory. Ukázalo se také, že negativní vliv špatných fyzikálních faktorů na pracovišti (např. hluku, teploty aj.) byl výraznější, pokud tato podmínka byla spojena (kombinována) s negativními vzájemnými vztahy na pracovišti.<sup>48</sup>

Pokud je člověk přetížen množstvím práce, tak se tím rozumí situace, kdy množství práce, kterou má daný člověk vykonat, je vyšší, než je daný člověk schopen vykonat za čas, který má k tomu k dispozici. Je důležité brát v potaz, že to, co je pro jednoho člověka nadměrné, může být pro druhého naprosto v mezích normálu. A to, co je pro daného člověka nadměrné dnes, může být v jiném časovém úseku či v jiné situaci normální apod.<sup>49</sup>

Čas, který máme k vykonání určité práce k dispozici, může být přiměřený. Může ho však také být příliš málo. Vykonávání této práce za nedostatku potřebného času může vést k distresu. Nejen množství práce, kterou je třeba vykonat a tlak času, ale i nadměrná míra odpovědnosti, kterou pracovník na sebe bere, může být stresogenním faktorem. Ukazuje se, že je to hlavně odpovědnost za svěřené lidské životy, která klade na člověka mimořádnou míru tlaku. Všechny takové pracovní pozice (lékaři, letoví dispečeri aj.) mají vyšší riziko zdravotních problémů (hypertenze, srdeční onemocnění, žaludeční vředy aj.). U některých profesí je přesně stanoveno, co se má dělat a jaká je náplň té, či jiné pozice. Je zde jasná a zřetelná zpětná vazba – pracovník se dozvídá pravidelně, jak je jeho práce hodnocena. Jsou však situace, kdy tomu tak není a zaměstnanec pak žije v nejistotě a nervozitě. Často se setkáváme s tím, že pracovní úkol je stanoven nejasně, nejsou přesně stanoveny limity a hranice – co má a může daný pracovník dělat. Za takovýchto situací se

---

<sup>47</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví, Praha, 2009, s. 174.

<sup>48</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví, Praha, 2009, s. 174.

<sup>49</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví, Praha, 2009, s. 175.

setkáváme častěji s projevy distresu (hypertenze aj.).<sup>50</sup>

Při nástupu do zaměstnání má každý člověk určitá očekávání a ambice (bude zaměstnán trvale; bude moci ukázat, co umí; dostane za práci odpovídající ohodnocení; jeho kariéra bude stoupat. Pokud ale tyto očekávání nejsou naplněna, tak se objevuje frustrace, stres a distres. Někteří lidé raději pracují v kolektivu a jiní mají raději „svůj klid“, takže chtějí pracovat sami. Pro někoho může být stresující jedna, a pro jiného druhá varianta. Pokud danému jedinci nevyhovuje pracovní prostředí, může docházet ke zdravotním obtížím.<sup>51</sup>

Další situace, která člověka stresuje, je samozřejmě ztráta zaměstnání. Potřeba zajistit ekonomické zázemí je pro člověka velmi důležité a pokud tomu tak není, dochází k depresím a často tito lidé své problémy řeší např. alkoholem. Stresogenně působí nejen organizační faktory v zaměstnání a vzájemné vztahy mezi zaměstnanci, ale je prokázáno, že na výskyt stresu a distresu má vliv i řada pracovních podmínek. Příkladem může být negativní vliv hluku. Známé jsou studie, které zjistily negativní důsledky pobytu lidí v hlučném prostředí – např. zvýšenou nespavost, bolesti hlavy, zvracení, žaludeční vředy, vyšší krevní tlak (hypertenze), hádavost, impotenci apod. Zjišťují se i další charakteristiky negativně působícího hluku např. hluk, který dělá někdo jiný, je člověku nepříjemnější než ten, který vy tváří sám. Podobně nepříjemný je nám hluk, který my sami nejsme schopni zastavit apod. Vztah mezi poruchami spánku a stresem byl mnohokrát pozorován. Ukázalo se, že nedostatek spánku je závažný stresor. Má přímý vliv na snížení pozornosti a zhoršení koncentrace. Spánek bývá také negativně ovlivňován např. směnností práce, což nepříznivě ovlivňuje zdraví člověka. Dalším faktorem způsobujícím stres v zaměstnání jsou vztahy v rodině. Ukázalo se, že míra stresu je podstatně vyšší tam, kde se oba manželé nepodílejí (subjektivně měřenou) „spravedlivou mírou“ na práci v rodině. Stresogenní může být také např. dlouhodobé napětí (neshody v manželství, nedostatek peněz aj.), nesvoboda a pocit bezmoci (nemožnost něco změnit).<sup>52</sup>

Stresory můžeme také dále rozlišovat podle jejich velikosti, a to na tzv. ministresory a makrostresory. Ministresory jsou velice nepatrné, mírné a pozvolné druhy stresorů. Kumulují se například v manželství či v jiném dlouhodobém vztahu, kdy jednomu z partnerů začínají v důsledku dlouhého společného trávení času vadit na tom druhém

<sup>50</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví, Praha, 2009, s. 175-176.

<sup>51</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví, Praha, 2009, s. 176.

<sup>52</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví, Praha, 2009, s. 176-179.

nejrůznější maličkosti, kterých by si za normálních okolností nevšimal. Kumulované mikrostresory se mohou stát zdrojem deprese.

Tato je pak ožívována působením nepříznivých situačních podmínek, jako jsou:

- malá schopnost zvládat stres,
- nízká míra sebedůvěry,
- špatný sociální kontakt a omezený sociální styk aj.<sup>53</sup>

Makrostresory se oproti mikrostresorům projevují většinou krátkodobě, o to však s mnohonásobně větší intenzitou. Takovéto působení stresového faktoru pak může mít i velice závažné, až celoživotní následky na zdraví i psychiku daného jedince, například v podobě vzniku nejruznějších neuróz apod.<sup>54</sup>

## 2.4 Fáze stresu

Součástí odpovědi na stresor je reakce, kterou H. B. Selye charakterizoval jako Generální adaptační syndrom. Tímto termínem označoval fyziologickou reakci organismu. Tato odpověď organismu je generalizovaná, zahrnuje různé systémy v organismu a je stereotypní. Je obrannou reakcí.<sup>55</sup>

**GAS (general adaptation syndrom) má tři fáze:**

1. **Alarm (poplachová reakce)** – v této fázi se mobilizují všechny pomocné mechanismy k záchraně života.
2. **Rezistence (fáze odolávání)** – znamená rozvoj specifické obrany organismu. Zmatek poplachové reakce je snížen a organismus se brání za cenu likvidace rezerv. Selye mluví o rezervoáru adaptační energie.
3. **Exhauste (stádium vyčerpání)** – pro Selyeho je selháním organismu po vyčerpání rezerv. Reakce se znovu rozšiřuje do celého organismu.<sup>56</sup>

<sup>53</sup> HORÁK, R. Management, IMS Brno, 2008, s. 126.

<sup>54</sup> VOŠAHLÍK, K. Stres a jeho vliv na pracovní výkon, Brno, 2009, s. 23. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Ekonomicko – správní fakulta. Vedoucí bakalářské práce Božena Šmajsová Buchtová.

<sup>55</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví, Praha, 2009, s. 167.

<sup>56</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví, Praha, 2009, s. 167-168.

## 2.5 Druhy stresu

Je velice důležité uvědomit si, že potřebujeme i určité typy napětí organismu ke svému životu. Takové napětí nám pomáhá reagovat na nebezpečí, rozmnožovat se, uspokojovat základní biologické potřeby (hlad, žízeň). Stres tudíž dokáže plnit i užitečné, až životně důležité funkce. Existují také příjemná napětí – poznávání, radost, sexualita. Tento stres je vnímán jako příjemný.<sup>57</sup>

Máme tedy dva základní typy stresů. Ten, který v nás vyvolává pocity nepříjemné tzv. distres a ten, který v nás naopak vyvolává pocity příjemné, tzv. eustres.

Termín distres tedy obvykle vyjadřuje situace subjektivně prožívaného ohrožení dané osoby s jeho průvodními, často výrazně negativními emocionálními příznaky. Při distresu tato osoba subjektivně vnímá a výrazně negativně hodnotí její osobní ohrožení v poměru k možnostem zvládnutí situace. Tzn., že k distresu dochází tam, kde si myslíme, že nemáme dost sil a možností – kde nejsme s to – zvládnout to, co nás ohrožuje a emocionálně nám není dobře.<sup>58</sup>

Tam, kde jde o pozitivní emocionální zážitek, nemluvíme o stresu, ale o eustresu. Příkladem eustresu může být např. situace, kdy se snažíme zvládnout něco, co nám přináší radost, avšak vyžaduje to určitou námahu. Patří sem kladné zážitky – svatba, narození dítěte, oslavy, výhra. Do eustresu můžeme také zařadit adrenalinové sporty, či dostávání se do hraničních situací rizika.<sup>59</sup>

Odolnost vůči stresu je typický lidský zdroj s převažující povahou schopnosti. Mění se v čase, závisí na řadě faktorů, lze ji vědomě ovlivňovat. Ke zvládnutí stresu vedou tedy dvě cesty. Jedna směřuje do našeho okolí a spočívá v ovlivňování zátěží a druhá vede do našeho nitra a spočívá v ovlivňování odolnosti.<sup>60</sup>

## 2.6 Metody zvládnání stresu

Člověk bojuje se stresem každý den. Proto je důležité umět stres zvládat. Je možno uvažovat o dvou druzích zásahu k znovunastolení porušené rovnováhy v případě distresu.

<sup>57</sup> PLAMÍNEK, J. Sebepoznání, sebeřízení a stres, Praha, 2008, s. 128.

<sup>58</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví, Praha, 2009, s. 171.

<sup>59</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví, Praha, 2009, s. 171.

<sup>60</sup> PLAMÍNEK, J. Sebepoznání, sebeřízení a stres, Praha, 2008, s. 124.



1. Možnost změny na straně zátěže
2. Možnost změny na straně zdrojů sil a možností obrany

ad1) To co lze změnit na straně zátěže lze rozdělit do dvou oblastí. První je tzv. objektivní stav světa a druhý je tzv. subjektivní stav světa. U objektivního jde o to, jak se věci mají, u subjektivního, jak se na to dívám a chápu já. Možnosti, kterými změnit objektivní stav světa, jsou:

- ubrat zátěž (např. něco neudělat),
- něco zkrátit (např. něco zestručnit, přijít později),
- delegovat (přesunout na někoho jiného),
- kooperovat (spolupracovat).

Pokud je někdo přetížen nějakými povinnostmi, myslí si, že je nenahraditelný a výše uvedené možnosti odmítá. Až v momentě, kdy zkolabuje a leží v nemocnici např. po infarktu, svůj názor přehodnotí. To znamená, že člověk by měl vynechat to, co ho nadměru zatěžuje. Zvolnit zavčas pracovní tempo, pokud by mu mělo způsobit nadměrný stres. Raději mít menší nepříjemnosti teď, než mít velké problémy poté. Ubrat se dá i snížením intenzity, s níž se tomu, či onomu věnuji.<sup>61</sup>

Možnosti jak změnit subjektivní stav si lze představit nad tzv. situací rozlitého mléka. Pokud se mléko rozlije, tak můžeme buď naříkat, nebo situaci přijmeme s tím, že se mohou stát a stávají daleko horší věci. Brát věci klidně a bez zveličování, na to se lze připravit daleko dříve, než dojde ke katastrofě, či krizi. Pozor bychom si měli ale dávat na tzv. strategii zavírání očí, která může být velice nebezpečná. Zavírat totiž oči před problémy se nikdy nevyplácí a může to mít velké následky. Další takovou, neméně nebezpečnou strategií může být nepochopení, či nerozpoznání rizika v situaci, která se právě začíná odvíjet. Musíme se tedy naučit správně vnímat stresovou situaci.<sup>62</sup>

A jaká jsou základní rozhodnutí boje se stresem? Musíme nejdříve situaci, před kterou stojíme zařadit do jedné ze dvou tříd. Buď je situace nezměnitelná, nebo je změnitelná. Na základě toho bude mít naše rozhodování jednu ze dvou forem:

- 1) Přijmout, tedy akceptovat to co se děje, nebo událo.
- 2) Bojovat s nepříznivou situací, utkat se se stresem a snažit se zvládnout obtíže vhodnou

<sup>61</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Jak zvládat stres, Praha, 1994, s. 47-48.

<sup>62</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Jak zvládat stres, Praha, 1994, s. 48.

strategií (obrannou či útokem).<sup>63</sup>

Co se týče strategie zvládání stresu (tzv. coping strategies), tak je chápána jako složitý kognitivní (myšlenkový) proces. Důležitá je zde nejen osobní charakteristika, toho, kdo si strategii volí, ale i individuálně odlišné pohledy tohoto člověka na svět a na vhodnost a účinnost různých postupů. To, jak se daný člověk ve stresu rozhoduje, je nesmírně důležité pro tzv. „umění naslouchat“.<sup>64</sup>

Pokud si zvolíme nějakou strategii zvládání stresu, tak musíme brát v úvahu tři oblasti:

1. **Myšlenkovou (kognitivní)** – zde jde o myšlenkové řešení, či vyrovnání se se stresovou situací. Přemýšlíme, co by se stalo, pokud bud reagovat tím, nebo oním způsobem.
2. **Emocionální (citovou)** – zde bereme v úvahu vše, co se týká citů zúčastněných osob. Také se snažíme snížit, či odstranit negativní emoce.
3. **Volní, projevující se chováním (činností) toho, kdo se pro danou strategii rozhodl** – startem je výsledek rozhodnutí. Důležité je sebeovládání a ne jen ovládání toho, s čím bojujeme.<sup>65</sup>

Druhy strategií zvládání stresu **dle Cohena a Lazaruse**:

- a) Zvyšování informovanosti o tom co se děje se mnou, ale i kolem mě a mě se to netýká, příp. o tom jaká je naděje, že určitou strategií zvrátím chod událostí, nebo alespoň zmírním dopad stresoru.
- b) Přímá činnost – jakýkoliv čin, kterým se buď z vlastní iniciativy, nebo vyprovokován stresorem dávám do boje.
- c) Utlumení (inhibice) určité činnosti, která by mou vlastní situaci mohla zhoršit, nebo mne oslabit.
- d) Vnitřní (intrapsychické) procesy typu „rozhovoru sama se sebou“ (samomluva), kde se snažím přehodnotit situaci, změnit žebříček hodnot a najít jinou cestu směřující k řešení.
- e) Obracení se na druhé lidi se žádostí o pomoc – odborná rada, útěcha, uklidnění.

<sup>63</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Jak zvládat stres, Praha, 1994, s. 50-51.

<sup>64</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Jak zvládat stres, Praha, 1994, s. 52.

<sup>65</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Jak zvládat stres, Praha, 1994, s. 52-53.

Je důležité si uvědomit, že bychom neměli používat pouze jednu strategii, ale snažit se o určitou variabilitu používaných strategií. Ukazuje se totiž, že někteří lidé jsou v tomto směru velice rigidní, protože zvolí jednu strategii, zůstanou v ní a účinnost je nulová. Na druhé straně existují lidé, kteří strategie mění příliš často a rychle, takže nemají šanci zjistit, zda ta, či ona strategie by nebyla lepší a účinnější.<sup>66</sup>

Co se týče účinnosti strategií zvládání stresu, je důležité při jejich hodnocení odlišit dvě hlediska:

- 1) Hledisko momentální efektivity
- 2) Hledisko dlouhodobé perspektivní účinnosti

Ukazuje se totiž, že jsou strategie, které mají poměrně výrazný momentální kladný účinek, ale z dlouhodobého hlediska již tak účinné nejsou, nebo se projeví dokonce jako škodlivé. Stejně tak je to možné i naopak, kdy strategie, které se v krátkodobém hodnocení jeví jako neúčinné a nevhodné, ale v dlouhodobém pohledu se ukazují jako vhodné a účinné.<sup>67</sup>

Pokud se pracovní obtíže stanou chronickými a jedinec už neví, jak je zvládat, tak sáhne většinou po nějakém chemickém řešení. Nejčastěji je to alkohol, léky na spaní, na uklidnění, či pro zlepšení nálady. Také často více kouří a pijí velké množství kávy s cukrem. Není neobvyklé i to, že jedí méně, nebo více, než je zdrávo.<sup>68</sup>

Další metody zvládání stresu jsou i tzv. obranné mechanismy. Tyto strategie zaměřené na emoce nemění stresovou situaci, nýbrž způsob, jak tyto situace člověk vnímá nebo jak o nich přemýšlí. Všechny tedy obsahují prvek sebeklamu. Patří sem např.:

- **Represe (vytěsnění)** – vyloučení bolestivých impulzů či vzpomínek z vědomí. Děje se tak automaticky, není to ovladatelné vůlí.
- **Racionalizace** – jde o přidělení logických či sociálně žádoucích motivů činnostem, aby se zdálo, že jednáme racionálně. Jsou to v podstatě výmluvy, „přijatelné“ důvody namísto skutečných. Např. při nesplnění cíle si člověk může zmírnit zklamání, když si řekne „stejně jsem to nechtěl“.
- **Reaktivní formace** – vyjádření opačného motivu. Např. matka trpící pocitem

<sup>66</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Jak zvládat stres, Praha, 1994, s. 53-54.

<sup>67</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Jak zvládat stres, Praha, 1994, s. 54.

<sup>68</sup> POTTER, B. A. Jak se bránit pracovnímu vyčerpání, Olomouc, 1997, s. 20.

viny, že své dítě nechtěla, je pak přehnaně rozmazluje a ochraňuje.

- **Projekce** – přepisování vlastních nežádoucích vlastností jiným v přehnané míře. Je velmi rozšířená v euroatlantické civilizaci.
- **Intelektualizace** – pokus o získání emočního odstupu od stresové situace užitím abstraktních intelektuálních výrazů. Tato obrana je velmi častá u lidí, jež se ve své každodenní profesi zabývají tématy života a smrti. Lékař, který je často přítomen u velkého lidského utrpení, nemůže soucítit s každým, musí si udržovat jistý emoční odstup.
- **Popření** – popření existence nepříjemné vnější reality. Např. rodiče smrtelně nemocného dítěte si odmítají připustit takovou diagnózu. Děje se tak automaticky.
- **Sublimace** – neboli přesunutí, či povýšení, dodávání důstojnosti. Potřeba, kterou nelze uspokojit je zaměřena na náhradní cíl. Náhradní činnosti pomáhají snižovat napětí, např. hostilní (nepřátelské) impulzy mohou být vybity v přijatelné formě v kolektivních sportech, erotické napětí zmírněno tvorbou (hudba, poezie, umění), atd.<sup>69</sup>

## 2.7 Prevence a léčba stresu

Jsou různé možnosti jak stresu předcházet:

- Dostatek spánku – potřeba je sice individuální, ale 7 – 8 hodin denně je ideální.
- Pohyb – měl by být přirozený, všestranný a opakovaný.
- Zdravá strava.
- Relaxace – důležité je naučit se uvolnit, nejen fyzicky, ale i psychicky.
- Nepožívat prostředky, které uměle stimulují k aktivitě – káva, alkohol a drogy nejsou řešitelé distresu.
- Aktivně vyhledávat a hluboce prožívat eustresové situace.
- Být dobrým člověkem – na člověka působí i jeho svědomí.<sup>70</sup>

Součástí prevence stresu je také umění správné komunikace. Často vznikají

<sup>69</sup> <http://cs.wikipedia.org/wiki/Stres>

<sup>70</sup> PLAMÍNEK, J. Sebepoznání, sebeřízení a stres, Praha, 2008, s. 152.

zbytečné konflikty na pracovišti z důvodu vzájemného nepochopení se v průběhu komunikace, a to jak na straně jedince podávajícího informaci, tak i na straně jedince, který informaci přijímá.

Pokud chce jedinec komunikovat, tak musí vědět jakým způsobem, aby předcházel případným problémům, které ho pak dostávají do stresu. Komunikace je součástí každodenního styku, který nazýváme sociální styk. Vzájemná komunikace se řídí určitými pravidly, která jsou specifická pro danou společnost i oblast. Dodržováním těchto zásad jsme schopni komunikovat a vzájemně si porozumět. Pokud je nedodržujeme, tak může dojít k narušení vzájemné interakce. Základní důležité rady úspěšné komunikace jsou přiměřený odstup, náležitý dotykový kontakt a schopnost nechat jedince domluvit. Uvedeme si dva základní druhy komunikace – verbální a neverbální.<sup>71</sup>

Verbální je pomocí slov neboli řečí. Je nutné, aby hovořící člověk měl dobrou artikulaci, výslovnost, používal tempo a modulaci hlasu (aby zdůraznil to, co je důležité, nemluvil moc rychle nebo pomalu a dodržel interpunkci v textu). Obsah, forma a cíl musí vycházet ze skutečnosti, ke komu směřujeme informaci, a proto musíme vybrat správnou skupinu slov, jinak můžeme celý rozhovor pokazit. Nevhodnými slovy můžeme i ublížit, naopak pokud slova užíváme s rozumem, tak vzbuzujeme důvěru. Velmi záleží na dobrém začátku rozhovoru, který může ovlivnit celý jeho průběh a výsledek. Rozhovor by měl trvat nejdéle 30–40 minut.<sup>72</sup>

Za neverbální komunikaci považujeme takovou, která nemá čistě jazykovou podobu, ale v řeči se s ní počítá jako s podpůrnými prostředky. Nejčastěji se jedná o zvukové a pohybové prostředky. Neverbální komunikace může podstatným způsobem změnit obsah jazykové složky, a proto je důležité, aby byly verbální i neverbální složka vyrovnané. Mezi prvky neverbální komunikace patří – zvuková stránka řeči, mimika tváře, pohled očí, proxemika (přiblížení a oddálení), gestika, haptika (dotyky), posturika (fyzické postoje), kinezika (pohyby) a úprava zevnějšku. Prostřednictvím těchto neverbálních projevů můžeme vyjadřovat emoce, posuzovat kvalitu vzájemných vztahů lidí z jejich neverbálních projevů, vytvořit si dojem „kdo je kdo“ na základě neverbálních projevů.<sup>73</sup>

Je také velmi důležité zmínit se o duševní hygieně, která je v boji se stresem velmi účinná.

<sup>71</sup> LACA, S. Sociální pedagogika, Brno, 2011, s. 165-166.

<sup>72</sup> LACA, S. Sociální pedagogika, Brno, 2011, s. 169-173.

<sup>73</sup> LACA, S. Sociální pedagogika, Brno, 2011, s. 173-186.

*„Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení, nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.“*<sup>74</sup>

Duševní hygiena se zabývá spíše profylaxí, prevencí a problematikou upevňování duševního zdraví, zatímco psychoterapie, která je také léčebnou metodou, se zaměřuje na poruchy již existující.<sup>75</sup>

Prvky duševní hygieny jsou adaptace – přizpůsobení se prostředí, ve kterém žijeme. Dále sebevýchova, ve které jsou důležitými částmi sebepoznávání, koncentrace pozornosti, autoregulace myšlení, autoregulace emocí, autorelaxace a aktivní zvládnání situací. A v neposlední řadě zrání osobnosti a diagnostika duševního zdraví.<sup>76</sup>

Duševní hygiena se postupem času transformovala na obor preferující postupy prevence nepříznivých vlivů a jejich profylaxe, se zaměřením převážně na fyziologické aspekty (životospráva, řízená relaxace, režim práce a odpočinku).<sup>77</sup>

---

<sup>74</sup> MÍČEK, L. Duševní hygiena, Praha, 1984, s. 9.

<sup>75</sup> MÍČEK, L. Duševní hygiena, Praha, 1984, s. 12-13.

<sup>76</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví, Praha, 2009, s. 144-153.

<sup>77</sup> BEDRNOVÁ, E. Management osobního rozvoje, Praha, 2009, s. 27.

## 3 SUPERVIZE

### 3.1 Vymezení pojmu supervize

Jak uvádí Hawkins a Shohet, tak Hess definuje supervizi jako „čistou mezilidskou interakci, jejímž obecným cílem je, aby se jedna osoba, supervizor, setkávala s druhou osobou, supervidovaným, ve snaze zlepšit schopnost supervidovaného účinně pomáhat lidem”.<sup>78</sup>

Slovo supervize je převzato z angličtiny. V překladu znamená dohled, dozor, kontrolu, řízení, inspekci. V tomto původním významu se u nás používá pouze zřídka. Spíše se užívá v psychoterapii, odkud proniká do ostatních pomáhajících profesí.<sup>79</sup>

Supervize je ve zdravotnictví u nás, málo známé téma a také málo zpracované. V ostatních pomáhajících profesích je již poměrně dlouhodobě využívána jako nástroj rozvoje pracovníků a cesta ke zkvalitňování práce.<sup>80</sup>

V ČR se supervize rozšířila převážně v nestátních organizacích a ve státních organizacích sociálních služeb. Státní zdravotnická pracoviště ji bohužel zatím vyhledávají minimálně a spoléhají se tudíž především na vnitřní supervizi, která je poskytována v tradiční hierarchii vedoucím lékařem nebo primářem. U zdravotních sester se může považovat za určitou formu supervize nástupní praxe sester pracujících pod dohledem zkušenějších kolegyň.<sup>81</sup>

Je velice důležité, aby supervize nebyla od supervidovaných brána jako nutné zlo, protože pak by se pro ně supervize opravdu špatnou a nepřínosnou mohla stát. Účinnost supervize totiž velmi záleží na vyspělosti a ochotě pracovního kolektivu měnit dosavadní způsoby práce a přístupy.<sup>82</sup>

Zvláštní metodou supervize je tzv. bálintovská skupina, která má velké uplatnění v průběžné supervizi v pomáhajících profesích. Tato supervize byla původně aplikována vztah lékař – pacient. Šlo o to, aby dovedl lékař pracovat s vlastními emocemi, které narušují jeho vztah k pacientovi. Později se tento druh supervize rozšířil i v dalších pomáhajících profesích – zdravotní sestry, sociální pracovníci aj. Skupina pracovníků

<sup>78</sup> HAWKINS, P. SHOHEIT, R. Supervize v pomáhajících profesích, Praha, 2004, s. 59.

<sup>79</sup> KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese, Praha, 2000, s. 137.

<sup>80</sup> BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry, Brno, 2006, s. 60.

<sup>81</sup> BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry, Brno, 2006, s. 60-61.

<sup>82</sup> VÁVROVÁ, S. Doprovázení v pomáhajících profesích, Praha, 2012, s. 131.

z některé z těchto profesí se schází v intervalech pod vedením kvalifikovaného vedoucího. Na takovém sezení některý z účastníků nabídne případ s jehož řešením by chtěl pomoci. Většinou není pomáhající spokojen s tím, jak prožíval konflikt s klientem, nebo jakým způsobem si počínal. Nese v sobě vnitřní napětí, protože něco v něm není spokojeno se způsobem, jak jednal. Ví, že ho k tomuto jednání vedl nějaký motiv. Má pocit, že uspokojivější reakce je možná, jinak by to nebyl problém k řešení. Je tedy třeba přijít na to, co od sebe vlastně člověk chce. Potřebuje si svůj vnitřní konflikt s někým ujasnit.

Skupinová práce na případu má pět fází:

- **Expozice případu** – předkládající přednese problém tak, jak si ho pamatuje (jde o subjektivní obraz případu v duši pomáhajícího).
- **Otázky** – účastníci skupiny pokládají dotazy, které potřebují vědět, aby si utvořili obraz o tom co se dělo v pomáhajícím klientovi a případně dalších osobách, které v příběhu vystupují.
- **Fantazie** – účastníci říkají, co si představují o citech a vztazích jednotlivých postav v příběhu. Rozhodně nejde o vyslovování prokazatelných pravd.
- **Praktické náměty na řešení** – účastníci říkají, jaký postup by zvolili oni na místě pomáhajícího.
- **Vyjádření protagonisty** – předkládající příběhu se postupně vyjádří k tomu, co slyšel. Ocení a vezme si z názorů to, co pro něj bylo důležité, ostatní nechá stranou. Cílem tedy není najít objektivní pravdu, ale snaha ukázat pomáhajícímu spektrum představ, z kterých si vybere, co pro něj má cenu.<sup>83</sup>

Úkolem supervize je zaručovat dobrou úroveň dané odbornosti. Odbornost můžeme vymezit:

- znalostmi, technikami a odbornými dovednostmi (neboli vědomím),
- etikou a hodnotami (neboli svědomím).<sup>84</sup>

<sup>83</sup> KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese, Praha, 2000, s. 137-138.

<sup>84</sup> BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. Základy klinické psychologie, Praha, 2001, s. 363.



### 3.2 Druhy supervize

Supervize může být buď individuální, nebo skupinová; zvláštní forma supervize je týmová. Skupinu může vést supervizor, nebo jde o skupinu stejně postavených kolegů, kde nikdo není supervizorem. Za metodu supervize jde brát i vzájemnou konzultaci dvou rovnocenných kolegů.

Vedle supervize, která se zaměřuje na jednotlivce, patří k roli supervizora i práce s týmem nebo celou organizací.<sup>85</sup>

Pro každý nový supervizní vztah je nutné vytvořit jednoznačnou smlouvu, která stanoví jakou řídicí, vzdělávací a podpůrnou odpovědnost supervizor ponese. Hlavní druhy individuální supervize jsou následující:

**Výuková supervize** – v některých prostředích má supervizor spíše roli učitele a zaměřuje se tedy spíše na vzdělávací funkci. Řídicí a podpůrnou funkci má v tomto případě někdo přímo na pracovišti.

**Výcviková supervize** – supervidovaní jsou ve výcvikové, nebo učňovské roli. Jedná se například o studenty sociální práce na praxi, nebo psychoterapeuti ve výcviku pracující s klienty, kteří byli vyčleněni pro jejich výcvik. Zde má již supervizor určitou odpovědnost za práci s klienty, a proto má tedy jednoznačnou řídicí či normativní roli.

**Řídicí (manažerská) supervize** – zde se jedná o supervizi, kde je supervizor také nadřízeným supervidovaných. Supervizor má jednoznačnou odpovědnost za práci s klienty, avšak supervizor a supervidovaný jsou ve vztahu nadřízený – podřízený.

**Poradenská supervize** – supervidovaní mají odpovědnost za práci, kterou vykonávají s klienty a se supervizorem, který není ani instruktor, ani vedoucí, konzultují otázky, které si přejí rozebrat. Tuto supervizi mohou vykonávat pouze zkušení a kvalifikovaní pracovníci.<sup>86</sup>

Nyní je také důležité zmínit se o skupinové supervizi. Ta má sedm hlavních výhod. Její první výhoda je ekonomické využití času, financí či odbornosti. Využívá se hlavně tehdy, pokud je málo supervizorů nebo málo času na individuální supervizi. Skupinová supervize by ale měla být věcí svobodné volby, než kompromisu vnuceného skupině i supervizorovi. Druhou výhodou skupinové supervize je podpůrná atmosféra ve skupině.

<sup>85</sup> KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese, Praha, 2000, s. 139.

<sup>86</sup> HAWKINS, P. SHOHET, R. Supervize v pomáhajících profesích, Praha, 2004, s. 62.

Noví pracovníci a noví studenti se mohou podělit o své úzkosti a zjistit, že ostatní mají podobné problémy. Třetí výhodou je zpětná vazba od kolegů, jakožto skupinového supervizora. Čtvrtou výhodou je, že skupina dává supervizorovi možnost přezkoušet vlastní emoční a intuitivní reakce na předkládaný materiál a supervizor sleduje, zda členové skupiny reagovali stejně. Pátá výhoda je to, že skupina nabízí širší škálu životních zkušeností, a proto se pravděpodobně někdo ze členů skupiny dokáže vcítit do supervidovaného i do klienta. Šestou výhodou je možnost přehrát terapeutické sezení s někým dalším ze skupiny, který hraje klienta a poté se můžou jejich role obrátit. Poslední, sedmou výhodou je to, že pokud je to možné, tak kontext supervize by měl odrážet kontext terapie, která je supervidována.<sup>87</sup>

Skupinová supervize má ale i své nevýhody. Je totiž velmi pravděpodobné, že skupinová supervize nebude tolik účinná jako supervize individuální. Pokud ve skupině vládne např. duch soupeření, tak proces supervize nemusí fungovat. Také je důležité, aby se skupina nezačala soustředit na vlastní dynamiku, ale aby ji využila jako doplněk rostoucího sebeuvědomování supervidovaných prostřednictvím jejich role ve skupinovém procesu. A velkou nevýhodou je bohužel nedostatek času na každého člena ve skupině. Skupina, která bude supervidována by neměla mít méně než tři a více než sedm členů. Všichni členové by měli vědět jaký je účel a potřeby skupiny. Také by měla být co největší podobnost klientů s nimiž členové skupiny pracují. Důležitá je také atmosféra ve skupině, která by měla povzbuzovat vzájemný hovor o vlastní zranitelnosti a úzkostech, aniž by byli členové skupiny nějakým způsobem sráženi.<sup>88</sup>

Týmová supervize není totéž co skupinová. Zahrnuje všechny členy týmu, tzn. pracovního kolektivu. Její zaměření je na vztahy v týmu pozice jednotlivých pracovníků a efektivitu spolupráce celého týmu.<sup>89</sup>

### 3.3 Role supervizora

Supervizor musí mít autoritu a být důvěryhodný. Očekává se, že je zkušený odborník a že jeho autorita je přirozená. Pokud je totiž autoritou ohrožující, pak je i učení ohroženo. Supervidovaní musí vědět, k čemu supervize slouží a v čem je pro ně užitečná.<sup>90</sup>

<sup>87</sup> HAWKINS, P. SHOHET, R. Supervize v pomáhajících profesích, Praha, 2004, s. 131-133.

<sup>88</sup> HAWKINS, P. SHOHET, R. Supervize v pomáhajících profesích, Praha, 2004, s. 131-135.

<sup>89</sup> VENGLAROVÁ, M. Problematické situace v péči o seniory, Praha, 2007, s. 88.

<sup>90</sup> BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry, Brno, 2006, s. 61.

Supervizor je buď interní, tedy zaměstnanec organizace v níž supervizi provádí, nebo externí, takže není zaměstnanec organizace, v níž supervizi provádí. To mu umožňuje nezaujatý pohled.<sup>91</sup>

Supervizor musí ve své roli obsáhnout mnoho funkcí, patří sem:

- poradce, který poskytuje podporu,
- pedagog pomáhající supervidovanému učit a rozvíjet se,
- manažer nebo konzultant s odpovědností vůči organizaci, která supervizi platí.<sup>92</sup>

K často uváděným rolím supervizora patří:

- učitel,
- hodnotící pozorovatel,
- poradce,
- nadřízený,
- kolega,
- zkušený technik,
- manažer administrativních vztahů.<sup>93</sup>

### 3.4 Funkce a cíle supervize

Funkce supervize jsou tři hlavní:

- **Vzdělávací neboli formativní funkce** – týká se rozvoje dovedností, porozumění a schopností supervidovaných. Děje se to pomocí reflektování a rozebírání práce supervidovaných s klienty.
- **Podpůrná neboli restorativní funkce** – snaha o nalezení způsobu jakým bude zaměstnanec pracovat se svými emocemi, které vznikají v důsledku empatie s klientem, nebo je klient mohl oživit, případně mohly být reakcí na klienta. Pokud pracovníci nevěnují takovým emocím pozornost, může to vést až

<sup>91</sup> BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry, Brno, 2006, s. 61.

<sup>92</sup> HAWKINS, P. SHOHET, R. Supervize v pomáhajících profesích, Praha, 2004, s. 54.

<sup>93</sup> HAWKINS, P. SHOHET, R. Supervize v pomáhajících profesích, Praha, 2004, s. 54.

k syndromu vyhoření.

- **Řídící neboli normativní stránka** – supervize plní funkci kvality. Supervizoři často nesou odpovědnost za správné vykonávání práce supervidovaných, i když nejsou jejich nadřízenými.<sup>94</sup>

Možnosti supervize ve zdravotnictví:

- Supervize absolventek, kdy sestra pracuje pod vedením starší a zkušenější sestry, kdy nejde jen o dohled a kontrolu, ale hlavně o podporu při adaptaci na roli sestry.
- Zvládání komunikačních potíží s pacienty, příbuznými pacientů, spolupracovníky atd., nejlépe s externím supervizorem.
- Supervize při zvládání problému např. vztahu sestra – pacient, vztah sestra – lékař (bálintovské skupiny).
- Supervize týmové práce.
- Supervize, kde se plánují změny, např. restrukturalizace.
- Supervize při osvojování nových dovedností a postupů (vedení stáží apod.).
- Supervize formou kolegiálního poradenství, jedná se o sdílení společné zkušenosti, zahrnující vzájemnou podporu a hledání řešení.<sup>95</sup>

Cíl nebo také očekávání je to, čeho chtějí pomocí supervize dosáhnout supervizor, supervidovaný a organizace, která supervizora najala. V etapě uzavírání smlouvy je důležité, aby supervizor a organizace sdělili, co očekávají, ale také své naděje a obavy. To stejné probere supervizor i se supervidovaným.<sup>96</sup>

---

<sup>94</sup> HAWKINS, P. SHOHET, R. Supervize v pomáhajících profesích, Praha, 2004, s. 60.

<sup>95</sup> BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry, Brno, 2006, s. 64.

<sup>96</sup> HAWKINS, P. SHOHET, R. Supervize v pomáhajících profesích, Praha, 2004, s. 65.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 VÝZKUM

### 4.1 Cíl průzkumu a formulace výzkumných otázek

Výzkum je zaměřen na obeznámenost zdravotních sester se syndromem vyhoření, zda se jím cítí být ohroženy a jestli jim zaměstnavatel pomáhá nějakým způsobem mu předcházet. Zda mají snahu mu nějak předcházet a jaké metody k tomu používají. Dále se výzkum zaměřuje na to, zda zdravotní sestry znají pojem supervize a zda se s ní měly možnost setkat.

Cílem mého výzkumu je zjistit, jak velká je obeznámenost zdravotních sester o syndromu vyhoření. Dalším cílem je zjistit v jaké míře se cítí být ohroženy syndromem vyhoření zdravotní sestry na jednotlivých zkoumaných odděleních.

Ke splnění cílů ve své diplomové práci jsem si stanovila tyto výzkumné otázky:

1. Cítí se sestry, které vykonávají praxi delší než 11 let ohroženy syndromem vyhoření více, než sestry, které praxi vykonávají méně než 11let ?
2. Cítí se být zdravotní sestry z oddělení ARO více ohroženy syndromem vyhoření, než sestry z jiných oddělení?
3. Považují absolvovanou supervizi sestry za přínos?

### 4.2 Stanovení hypotéz

Za účelem svého výzkumu jsem sestavila tři hypotézy, které se výzkumem pokusím potvrdit nebo vyvrátit.

**H1:** Zdravotní sestry vykonávající praxi déle než 11 let se cítí být syndromem vyhoření ohroženy více, než zdravotní sestry vykonávající praxi méně než 11 let.

**H2:** Zdravotní sestry z oddělení ARO se cítí být více ohroženy syndromem vyhoření, než zdravotní sestry z ostatních oddělení.

**H3:** Předpokládám, že zdravotní sestry, které absolvovaly supervizi ji považují za přínosnou.

### 4.3 Výzkumná metoda sběru dat

Pro testování stanovených hypotéz byla použita metoda kvantitativní ve formě mnou vytvořeného anonymního dotazníku (Příloha č. 1), která se jevila jako nejvhodnější právě k dosažení stanovených cílů. Záměrem bylo získání dat od velkého množství

respondentů, aby bylo možno posoudit informovanost zdravotníků o pojmu syndromu vyhoření a pro stanovení míry vyhoření mezi jednotlivými odděleními.

Uvažovala jsem také o využití standardizovaného MBI dotazníku, což jsem nakonec z několika důvodů zavrhla. Prvním důvodem bylo, že tento typ dotazníku je využíván ve většině bakalářských a diplomových prací, a proto jsou výsledky velmi předvídatelné. Dalším z důvodů bylo, že pro verifikaci či falzifikaci mnou vytvořených hypotéz jsem chtěla využít specifické dotazy, které se v MBI dotazníku nenachází. Posledním důvodem bylo, že dotazník MBI na většině pracovišť již znali a měli pocit, že vyplňují stále to samé, takže jsem nakonec zavrhla i možnost propojení mnou vytvořeného a MBI dotazníku, protože jsem se obávala špatné návratnosti dotazníků. Samozřejmě si uvědomuji, že dotazník MBI je jedna z nejlepších diagnostických metod, kterou lze zjistit míru vyhoření, ale i přesto jsem se rozhodla toto riziko podstoupit a vytvořila si dotazník vlastní.

Předtím, než jsem dotazníky rozdala vybraným respondentům, jsem provedla pilotní výzkum, abych zjistila, zda budou všechny otázky správně pochopeny a odstranila tak možné nedostatky. Respondenti byli vybráni tak, aby odpovídali kritériím pro vlastní výzkum.

Dotazník obsahuje dvacet otázek, z nichž 17 je uzavřených a tři otevřené.

Vyhodnocené odpovědi jsem sestavila do tabulek a u většiny otázek jsem pro větší přehlednost vytvořila i graf.

#### **4.4 Charakteristika výzkumného vzorku**

Soubor respondentů představovalo 76 zdravotních sester z Nemocnice Vyškov, kterou jsem si vybrala, protože je to místo mého bydliště a mám na většině oddělení kontakty, které jsem pro rozdání dotazníků využila. Nejdříve jsem ale kontaktovala vedoucí vybraných oddělení a požádala je o dovolu provést u nich výzkum. Po svolení jsem osobně dotazníky roznesla na novorozenecké/dětské oddělení, interní oddělení, gynekologické oddělení/šestinedělí, ARO, interní JIP a chirurgické oddělení a předala je svým známým, kteří na těchto odděleních pracují. Tato oddělení jsem si vybrala, protože jsem chtěla, aby byla různorodá a já mohla porovnat, jak jsou na nich zdravotníci informováni a případně zasaženi syndromem vyhoření.

Rozdáno bylo 110 dotazníků a jejich návratnost byla 76 kusů. Největší návratnost

byla z oddělení ARO a nejmenší z oddělení interní JIP. Ale i přesto byla celková návratnost velmi uspokojivá, což příkládám právě svým kontaktům na daných pracovištích.

V první části dotazníku jsem zjišťovala základní informace o respondentech a v druhé jsem se věnovala jejich znalostem o termínu syndromu vyhoření, jeho předcházení a o znalostech termínu supervize.

## 4.5 Analýza a interpretace zkoumaných dat

### Otázka č. 1 – Pohlaví

*Tabulka č. 1 – Pohlaví*

	Počet	%
Ženy	74	97 %
Muži	2	3 %
Celkem	76	100 %

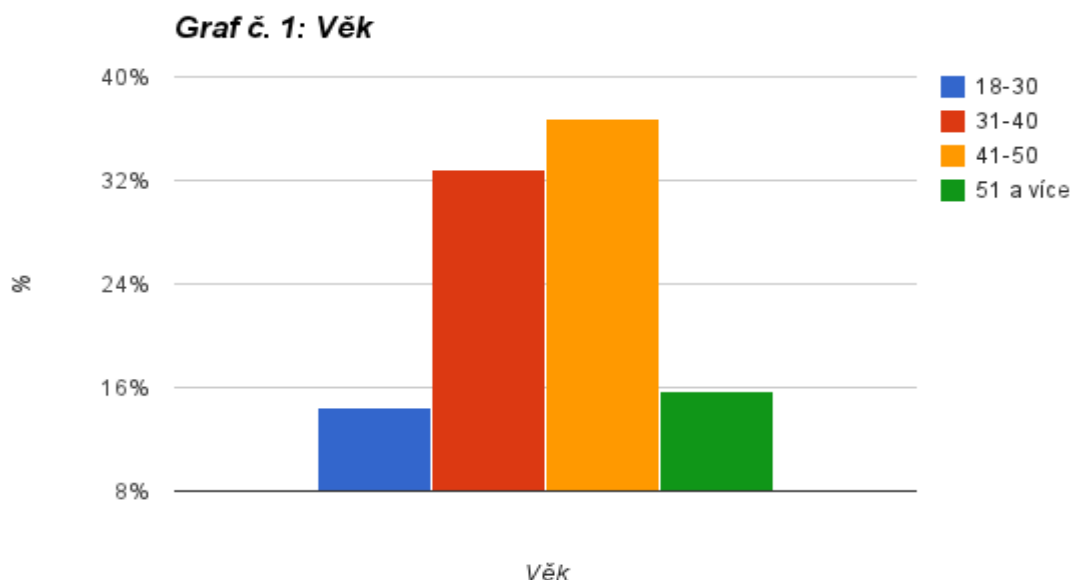
**Interpretace:** To, že podstatnou část respondentů tvořily ženy v počtu 74 (97 %) a pouze 2 respondenti (3 %) byli muži, mě vůbec nepřekvapilo, protože muži jsou v největším počtu zastoupeni na záchranné službě, klasická lůžková oddělení většinou nevyhledávají.

### Otázka č. 2 – Věk

*Tabulka č. 2 – Věk*

	Počet	%
18–30	11	14 %
31–40	25	33 %
41–50	28	37 %
51 a více	12	16 %
Celkem	76	100 %



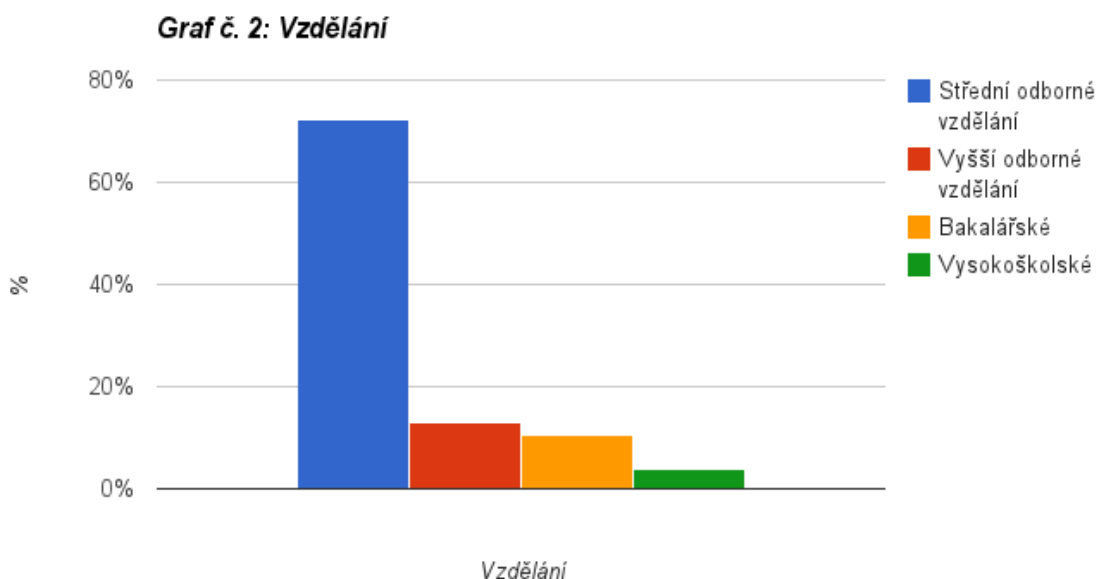


**Interpretace:** V daném vzorku byla nejvíce zastoupena skupina respondentů ve věku 41–50 let a to 28 (37 %). Následují respondenti ve věku 31–40 let v počtu 25 (33 %). Dále je 12 respondentů ve věkové skupině 51 a více let (16 %) a poslední nejmenší část tvořila věková kategorie 18–30 let, a to v počtu 11 respondentů (14 %). Je tedy patrné, že nelékařský zdravotnický personál (dále již jen NLZP) stárne a nepřicházejí nové, mladé pracovní síly, což by v budoucnu mohlo znamenat velký problém. Příčin je několik. Prodlužuje se doba studia, protože nyní již musí mít zdravotníci alespoň vyšší odborné vzdělání, aby mohli pracovat samostatně, bez odborného dohledu. Často během studia zjistí, že je práce sice baví, ale když zhodnotí své vysokoškolské vzdělání versus budoucí platové ohodnocení, tak se rozhodnou pro úplně jinou profesi. Další příčinou je, že mladí vystudovaní zdravotníci mívají pracovat do zahraničí, kde berou mnohonásobně vyšší plat. Všechny tyto příčiny bohužel vedou k odlivu kvalitního zdravotnického personálu z ČR.

### Otázka č. 3 – Vzdělání

**Tabulka č. 3 – Vzdělání**

	Počet	%
Střední odborné vzdělání	55	72%
Vyšší odborné vzdělání	10	13%
Bakalářské	8	11%
Vysokoškolské	3	4%
Celkem	76	100%

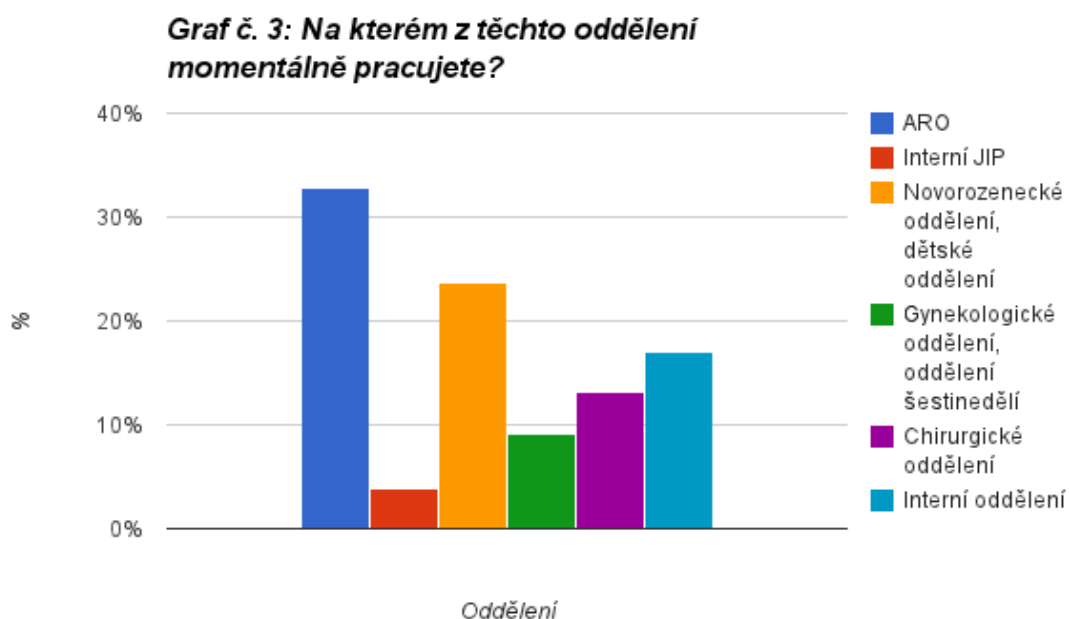


**Interpretace:** Ve zkoumaném vzorku respondentů má největší zastoupení skupina s úplným středoškolským vzděláním zakončeným maturitou, a to 55 (72 %). Další nejvíce zastoupenou skupinou jsou respondenti s Vyšším odborným vzděláním v počtu 10 (13 %). Následuje bakalářské vzdělání v počtu 8 (11 %). Pouze 3 dotazovaní (4 %) mají vysokoškolské vzdělání. Tyto výsledky úzce souvisí s předešlou otázkou. Dříve stačilo mít vystudovanou střední zdravotnickou školu s maturitou, aby mohl být NLZP brán jako plně fundovaný. Nyní, dle nových zákonů pouze střední vzdělání nestačí a je nutné mít minimálně vyšší odborné vzdělání. Ale vzhledem k tomu, že zákon platí pouze krátkou dobu a velká část mých respondentů je ve vyšší věkové kategorii, tak ve výsledcích stále převažuje vzdělání středoškolské.

#### Otázka č. 4 – Na kterém z těchto oddělení momentálně pracujete?

**Tabulka č. 4 – Na kterém z těchto oddělení momentálně pracujete?**

	Počet	%
ARO	25	33 %
Interní JIP	3	4 %
Novorozenecké, dětské odd.	18	24 %
Gynekologické odd., šestinedělí	7	9 %
Chirurgické odd.	10	13 %
Interní odd.	13	17 %
Celkem	76	100 %



**Interpretace:** Nejvíce respondentů odpovídalo z oddělení ARO, a to 25 (33 %). Dalším nejvíce zastoupeným oddělením bylo novorozenecké/dětské oddělení v počtu 18 (24 %). Následuje interní oddělení s 13 (17 %) odpovídajícími respondenty a chirurgické oddělení s 10 (13 %). Nejméně respondentů odpovídalo z oddělení interní JIP, a to 3 (4 %).

#### **Otázka č. 5 – Kolik let pracujete na výše uvedeném oddělení?**

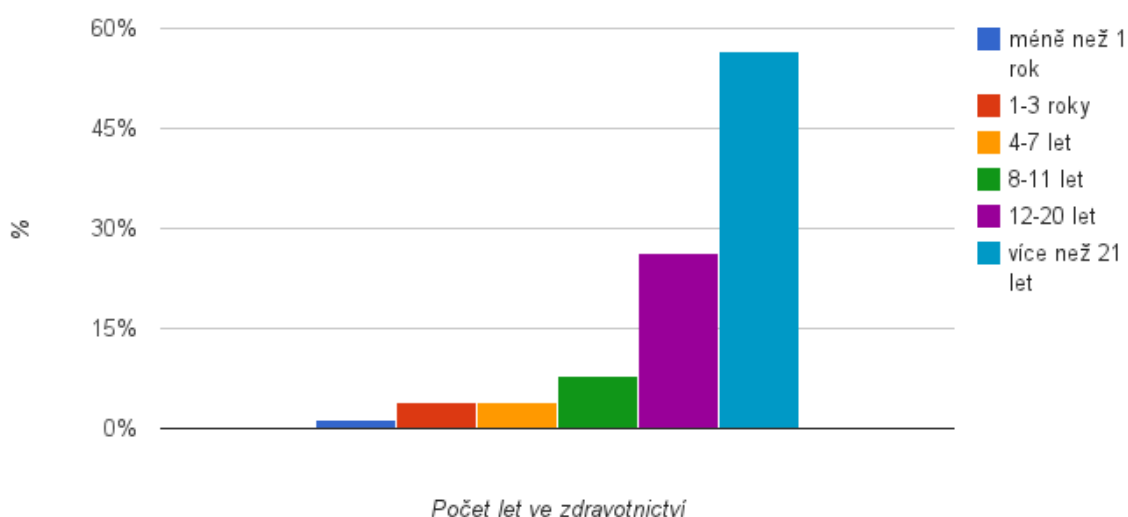
Na tuto otázku odpověděl plný počet respondentů, tedy 76 (100 %). Průměrně na aktuálním oddělení pracují respondenti 15,18 let. Z tohoto údaje je zřejmé, že průměrný čas strávený na jednom oddělení je celkem vysoký. To může být jednou z příčin syndromu vyhoření. Protože například práce na odd. ARO je velmi psychicky i fyzicky náročná a sestry by měly na takovém typu oddělení pracovat spíše kratší dobu, aby problémům souvisejícím s vyhořením předešly. Klasická lůžková oddělení jsou zase problémová svými stereotypy. Sestry stále dělají ty samé úkoly, které je postupem času přestávají naplňovat.

## Otázka č. 6 – Kolik let již pracujete celkově ve zdravotnictví?

Tabulka č. 5 – Kolik let již pracujete celkově ve zdravotnictví?

	Počet	%
Méně než 1 rok	1	1 %
1–3 roky	3	4 %
4–7 let	3	4 %
8–11 let	6	8 %
12–20 let	20	26 %
Více než 21 let	43	57 %
Celkem	76	100 %

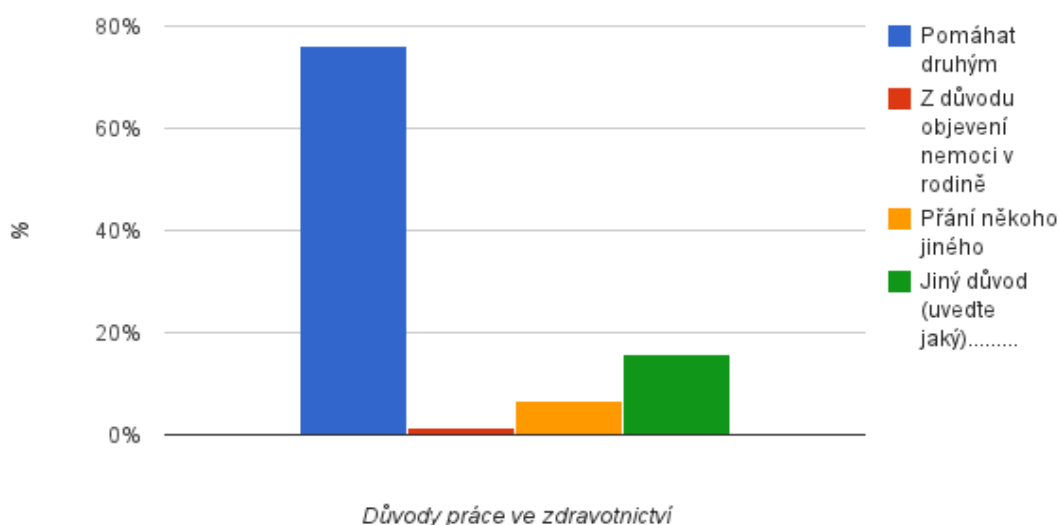
Graf č. 4: Kolik let již pracujete celkově ve zdravotnictví?



**Interpretace:** Největší část dotázaných tj. 43 (57 %) pracuje ve zdravotnictví více než 21 let. Dále následuje skupina s praxí 12–20 let v počtu 20 (26 %) respondentů. 6 (8 %) dotazovaných má praxi 8–11 let. Stejný počet odpovídajících respondentů – 3 (4 %) pracuje ve zdravotnictví 4–7 let a 1–3 roky. A pouze 1 (1 %) pracuje ve zdravotnictví méně než 1 rok. Je tedy patrné, že starší sestry již ve zdravotnictví setrvávají. Vede je k tomu zejména jistota zaměstnání a financí. A samozřejmě také to, že si myslí, že už by se v jiném oboru ve svém věku nedokázaly uplatnit.

**Otázka č. 7 – Z jakého důvodu jste si zvolil/a práci ve zdravotnictví?****Tabulka č. 6 – Z jakého důvodu jste si zvolil/a práci ve zdravotnictví?**

	Počet	%
Pomáhat druhým	58	76 %
Z důvodu objevení nemoci v rodině	1	1 %
Přání někoho jiného	5	7 %
Jiný důvod (uveďte jaký)	12	16%
Celkem	76	100 %

**Graf č. 5: Z jakého důvodu jste si zvolil/a práci ve zdravotnictví?**

**Interpretace:** Nejčastěji si respondenti zvolili práci ve zdravotnictví z důvodu pomoci druhým, a to 58 (76 %). Dále následuje jiný důvod 12 (16 %), kde nejčastější odpovědí bylo – zajímavá práce, práce mě baví, vždy jsem to chtěl/a dělat. Poté je přání někoho jiného v počtu 5 (7 %). Nejméně zmiňovaným důvodem bylo objevení nemoci v rodině, a to 1 (1 %). Sestry musí mít vysokou míru empatie (vcítění se) do druhých lidí, a proto mě výsledek u této otázky nepřekvapil.

**Otázka č. 8 – Víte, co znamená pojem syndrom vyhoření?****Tabulka č. 7 – Víte, co znamená pojem syndrom vyhoření?**

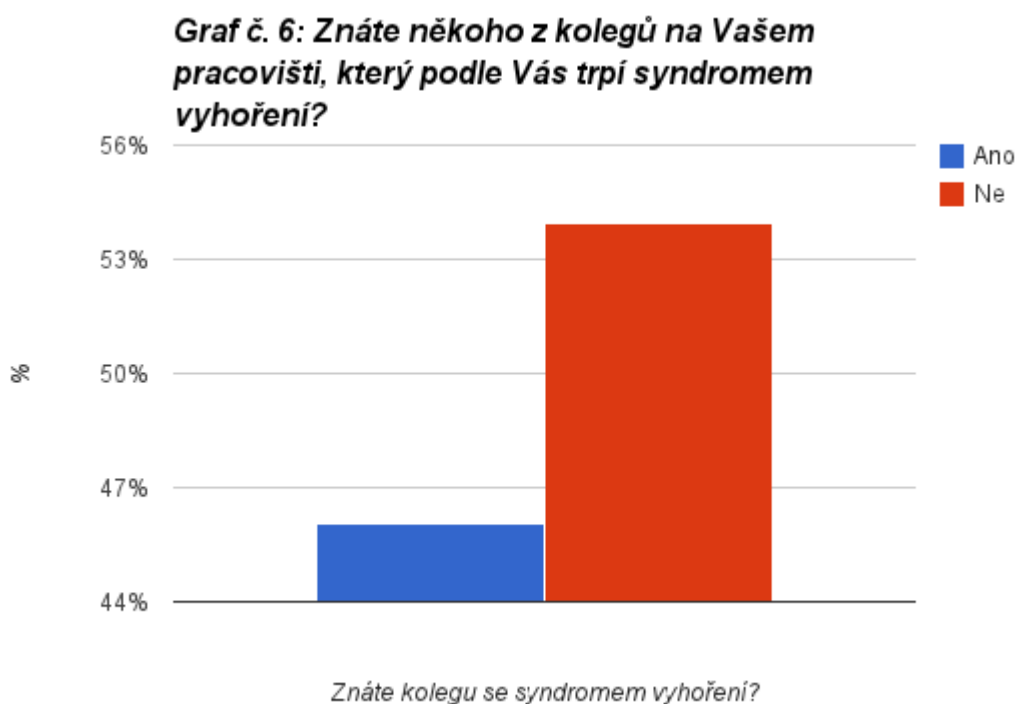
	Počet	%
Ano	76	100 %
Ne	0	0 %
Nevím	0	0 %
Celkem	76	100 %

**Interpretace:** Všech 76 (100 %) respondentů ví, co znamená pojem syndrom vyhoření a jejich odpověď tedy zněla ano. Vzhledem k tomuto důvodu, nebyl k otázce vytvořen graf. To, že sestry syndrom vyhoření znají, mě nepřekvapilo, protože je toto téma v posledních letech stále více diskutované, a to obzvláště ve zdravotnických profesích.

### Otázka č. 9 – Znáte na pracovišti někoho z kolegů, kdo podle Vás trpí syndromem vyhoření?

**Tabulka č. 8 – Znáte na pracovišti někoho z kolegů, kdo podle Vás trpí syndromem vyhoření?**

	Počet	%
Ano	35	46 %
Ne	41	54 %
Celkem	76	100 %



**Interpretace:** 41 (54 %) dotazovaných respondentů nezná kolegu, který by měl syndrom vyhoření. Oproti tomu 35 (46 %) respondentů uvádí, že zná nějakého kolegu, který trpí syndromem vyhoření.

**Otázka č. 10 – Pokud ano, napište prosím stručně, jak se u kolegy/kolegyně syndrom vyhoření projevuje?**

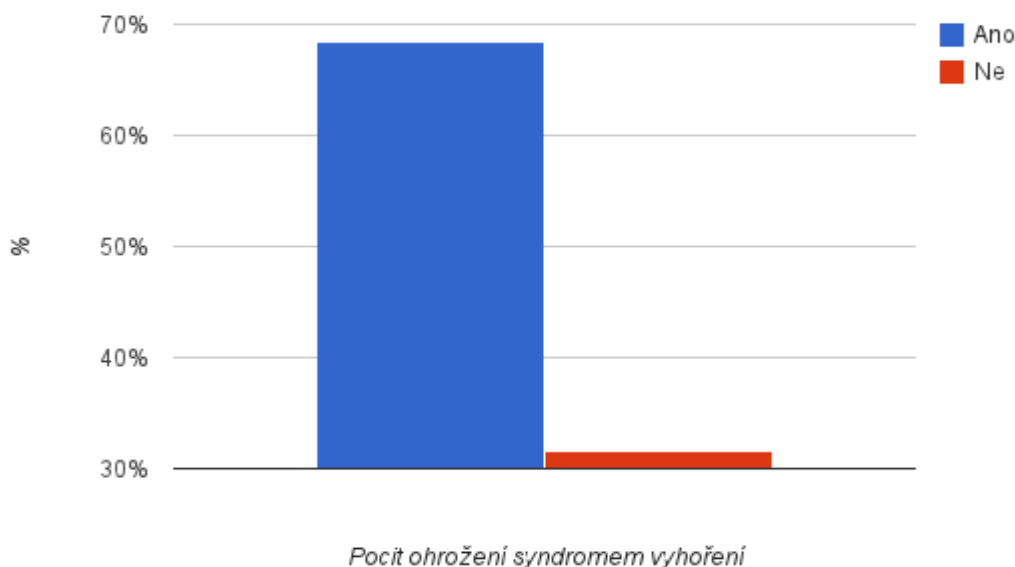
**Interpretace:** Nejčastěji uváděné popisy projevů syndromu vyhoření byly – nervozita, negativní přístup k práci, náladovost, únava, podráždění, pesimismus, výbušnost. Tyto příznaky skutečně úzce souvisí se syndromem vyhoření. Odpovědi sester tedy ukázaly, že jsou dobře obeznámeny s tím, jak se syndrom vyhoření může projevovat.

**Otázka č. 11 – Cítíte se být syndromem vyhoření ve své profesi ohrožen/a?**

**Tabulka č. 9 – Cítíte se být syndromem vyhoření ve své profesi ohrožen/a?**

	Počet	%
Ano	52	68 %
Ne	24	32 %
Celkem	76	100 %

**Graf č. 7: Cítíte se být syndromem vyhoření ve své profesi ohrožen/a?**



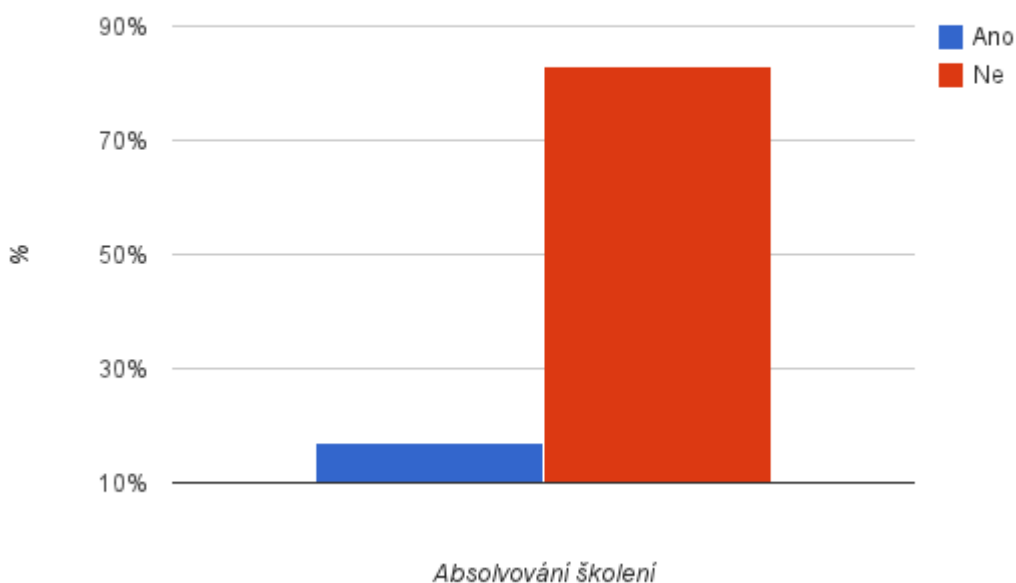
**Interpretace:** Více než polovina respondentů, tedy 52 (68 %) respondentů se subjektivně cítí být syndromem vyhoření ve své profesi ohrožena. Respondenti v počtu 24 (32 %) se necítí být ohroženi. To, že se více dotázaných cítí být ohroženo syndromem ohrožení, souvisí s profesí zdravotní sestry a její velkou psychickou a fyzickou náročností.

Otázka č. 12 – Absolvujete pravidelně školení na téma syndrom vyhoření?

Tabulka č. 10 – Absolvujete pravidelně školení na téma syndrom vyhoření?

	Počet	Celkem
Ano	13	17 %
Ne	63	83 %
Celkem	76	100 %

Graf č. 8: Absolvujete pravidelně školení na téma syndrom vyhoření?



**Interpretace:** Školení týkající se syndromu vyhoření neabsolvuje více než polovina dotázaných 63 (83 %). Pouze 13 (17 %) dotázaných respondentů pravidelně školení absolvuje.

Z uvedených výsledků jasně vyplývá, že zaměstnavatel se velmi málo věnuje prevenci syndromu vyhoření u svých zaměstnanců, což může zvýšit riziko ohrožení tímto syndromem.

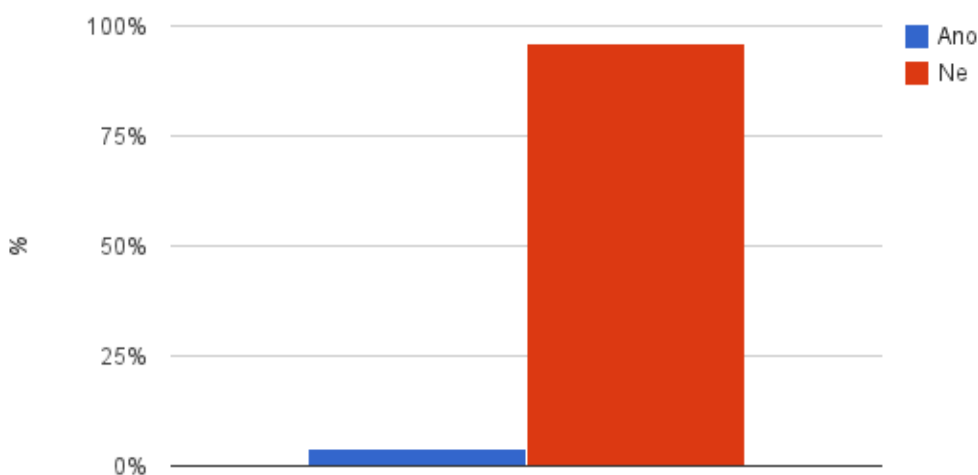


**Otázka č. 13 – Myslíte, že Vám dostatečně pomáhá Váš zaměstnavatel předcházet syndromu vyhoření (cítíte podporu ze strany zaměstnavatele)?**

**Tabulka č. 11 – Myslíte, že Vám dostatečně pomáhá Váš zaměstnavatel předcházet syndromu vyhoření (cítíte podporu ze strany zaměstnavatele)?**

	Počet	%
Ano	3	4 %
Ne	73	96 %
Celkem	76	100 %

**Graf č. 9: Myslíte, že Vám dostatečně pomáhá Váš zaměstnavatel předcházet syndromu vyhoření?**



*Pomoc zaměstnavatele předcházet syndromu vyhoření*

**Interpretace:** Většina dotázaných respondentů 73 (96 %) si myslí, že jim zaměstnavatel nepomáhá v prevenci syndromu vyhoření. Jen 3 (4 %) si myslí, že podpora je dostatečná. Jak je patrné z uvedených výsledků, tak i sami zaměstnanci mají pocit, že jejich zaměstnavatel jim nevěnuje dostatečnou podporu, což je bohužel pro vztah zaměstnanec vs. zaměstnavatel velice zásadní a může být tímto narušena důvěra v zaměstnavatele. A nespokojenost v zaměstnání je jedním z důvodů rozvoje syndromu vyhoření.

**Otázka č. 14 – Pokud ano, uveďte prosím, jakými způsoby Vám zaměstnavatel pomáhá?**

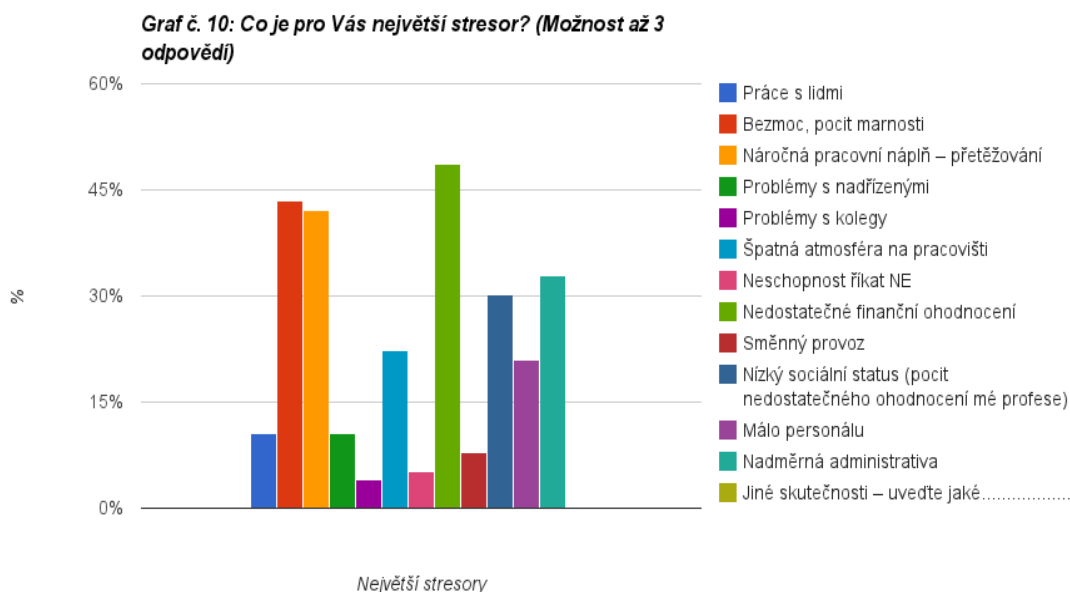
Odpovědi byly – společně pořádané akce, podpora dobrých vztahů na pracovišti, komunikace o problémech na pracovišti a vychází mi vstříc, když potřebuji volno. Jelikož

tento vzorek odpovídajících respondentů byl velmi malý, tak by bylo vhodné podobný výzkum zopakovat po čase. Je ale nutné, aby nejdříve začala vzájemná komunikace mezi zaměstnanci a zaměstnavatelem o tom, jak si obě strany případnou pomoc představují a zda je vůbec možné nějakou pomoc ve stávajících podmínkách uskutečnit.

### Otázka č. 15 – Co je pro Vás největší stresor? (Možnost až 3 odpovědí)

Tabulka č. 12 – Co je pro Vás největší stresor?

	Počet	%
Práce s lidmi	8	11 %
Bezmoc, pocit marnosti	33	43 %
Náročná pracovní náplň – přetěžování	32	42 %
Problémy s nadřízenými	8	11 %
Problémy s kolegy	3	4 %
Špatná atmosféra na pracovišti	17	22 %
Neschopnost říkat NE	4	5 %
Nedostatečné finanční ohodnocení	37	49 %
Směnný provoz	6	8 %
Nízký sociální status (pocit nedostatečného ohodnocení mé profese)	23	30 %
Málo personálu	16	21 %
Nadměrná administrativa	25	33 %
Jiné skutečnosti – uveďte jaké...	0	0 %
Celkem	–	–

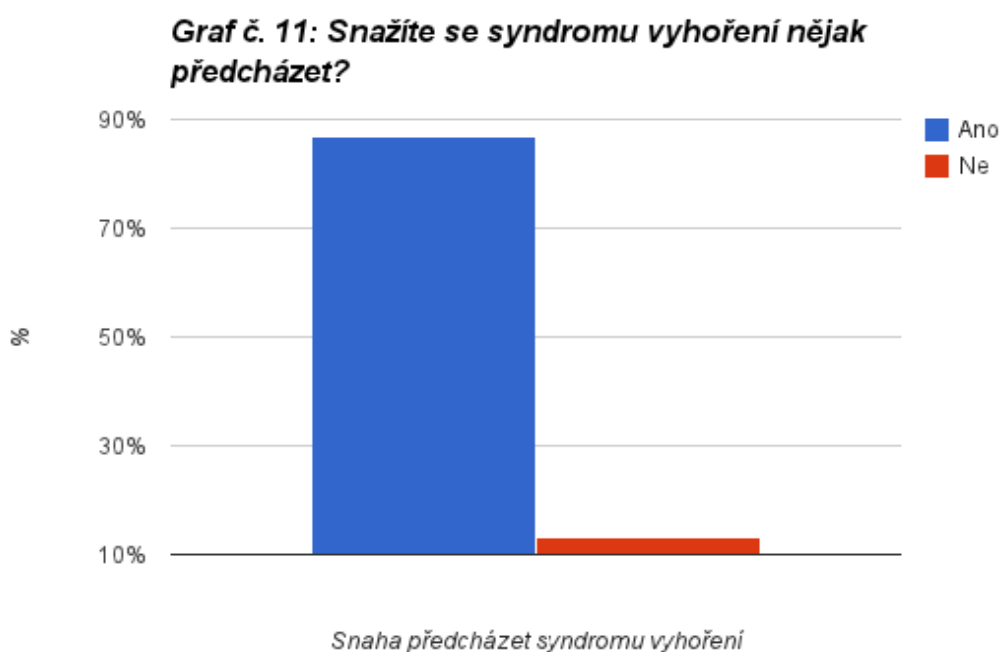


**Interpretace:** U této otázky byla možnost až tří odpovědí, kterou většina dotázaných respondentů využila. Interpretace výsledků je zpracována vzhledem k celkovému počtu odpovědí, nikoliv respondentů. Jako nejčastější stresor respondenti uváděli nedostatečné finanční ohodnocení – 37 (49 %), dále bezmoc a pocit marnosti – 33 (43 %) a náročnou pracovní náplň 32 (42 %). Dalšími častými stresory dle respondentů jsou nadměrná administrativa – 25 (33 %), nízký sociální status – 23 (30 %). Špatnou atmosféru na pracovišti jako stresor uvádělo 17 (22 %) respondentů. Poté následuje málo personálu v počtu 16 (21 %), práce s lidmi – 8 (11 %), problémy s nadřízenými – 8 (11 %), směnný provoz – 6 (8 %), neschopnost říkat ne – 4 (5 %), problémy s kolegy – 3 (4 %). Žádný respondent nevyužil odpovědi – jiné skutečnosti. Je jisté, že platové ohodnocení hraje ve zdravotnictví velkou roli a sestry jej stále považují za nedostatečné. Pocit a bezmoc marnosti, který následuje je velmi důležitý ukazatel, protože může být jednou z příčin syndromu vyhoření a rozhodně by se měl zaměstnavatel na tento problém zaměřit.

#### Otázka č. 16 – Snažíte se syndromu vyhoření nějak předcházet?

**Tabulka č. 13 – Snažíte se syndromu vyhoření nějak předcházet?**

	Počet	%
Ano	66	87 %
Ne	10	13 %
Celkem	76	100 %

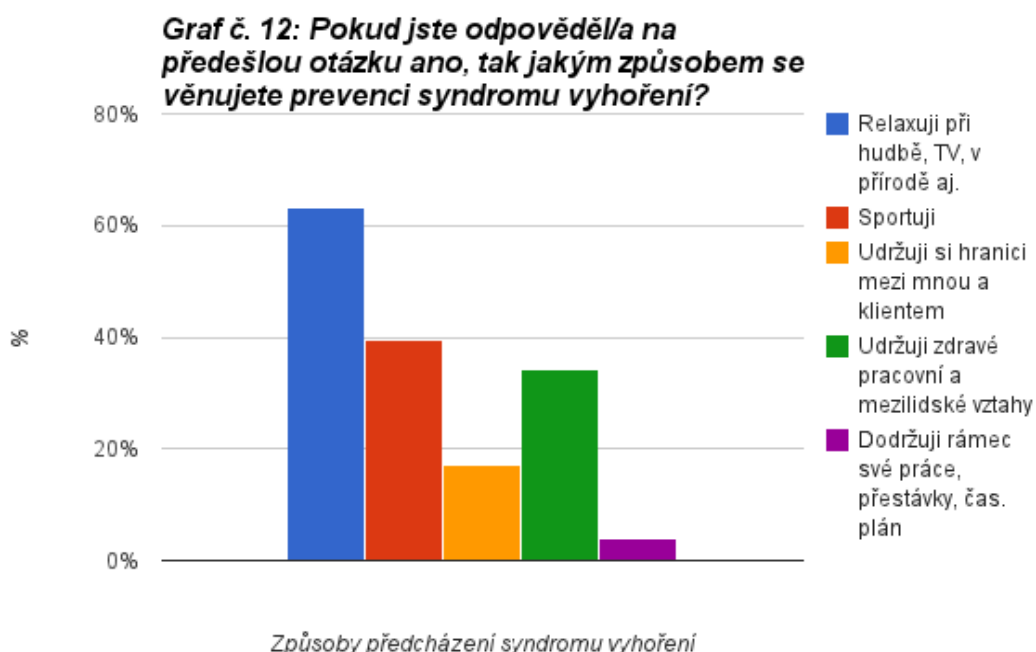


**Interpretace:** U 66 (86 %) respondentů bylo zjištěno, že se snaží syndromu vyhoření nějakým způsobem předcházet. Pouze 10 (14 %) dotázaných uvedlo, že se nesnaží předcházet syndromu vyhoření. Pokud není dostatečná podpora ze strany zaměstnavatele, tak je nutné, aby se jedinec snažil alespoň sám najít nějaký způsob, kterým zabrání rozvoji syndromu vyhoření. Výsledky u této otázky jsou tedy příznivé.

**Otázka č. 17 – Pokud jste odpověděl/a na předešlou otázku ano, tak jakým způsobem se věnujete prevenci syndromu vyhoření? (Možnost až 3 odpovědí)**

**Tabulka č. 14 – Pokud jste odpověděl/a na předešlou otázku ano, tak jakým způsobem se věnujete prevenci syndromu vyhoření?**

	Počet	%
Relaxuji při hudbě, TV, v přírodě aj.	48	63 %
Sportuji	30	39 %
Udržuji si hranici mezi mnou a klientem	13	17 %
Udržuji zdravé pracovní a mezilidské vztahy	26	34 %
Dodržuji rámec své práce, přestávky, časový plán	3	4 %
Celkem	–	–



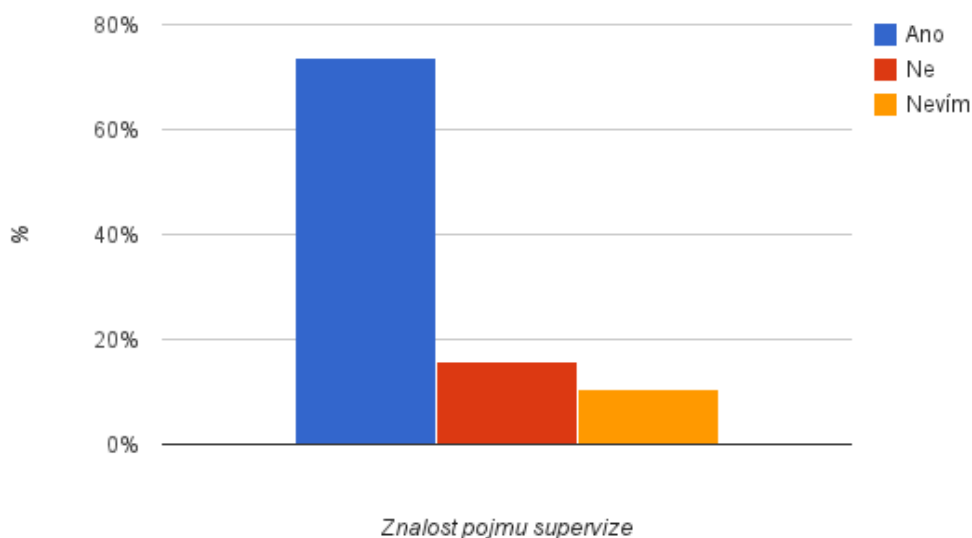
**Interpretace:** Na tuto otázku bylo možno využít až 3 odpovědi, čehož většina dotázaných využila. Interpretace výsledků je zpracována vzhledem k celkovému počtu odpovědí, nikoliv respondentů. Nejčastěji uváděli, že relaxují při hudbě a TV, a to v počtu 48 (63 %). Dalším nejčastějším druhem relaxace byl sport v počtu 30 (39 %). Respondenti v počtu 26 (34 %) tvrdí, že si udržují zdravé pracovní a mezilidské vztahy a 13 (17 %) dotázaných předchází syndrom vyhoření tím, že si udržují hranici mezi sebou a klientem. Pouze 3 (4 %) z dotázaných dodržují rámec své práce, přestávky a časový plán. To, že nejčastější relaxací bude odpočinek při hudbě a TV jsem očekávala. Práce zdravotní sestry je opravdu velmi náročná, a tak chtějí nejčastěji tzv. úplně vypnout a nemyslet na problémy spojené s jejich profesí. Jsem ráda, že hned jako další uváděli respondenti sport, protože je známo, že při sportu se vyplavují hormony štěstí a ty jsou velmi důležité v boji se stresem.

#### Otázka č. 18 – Víte, co znamená pojem supervize?

**Tabulka č. 15 – Víte, co znamená pojem supervize?**

	Počet	%
Ano	56	74 %
Ne	12	16 %
Nevím	8	11 %
Celkem	76	100 %

**Graf č. 13: Víte, co znamená pojem supervize?**

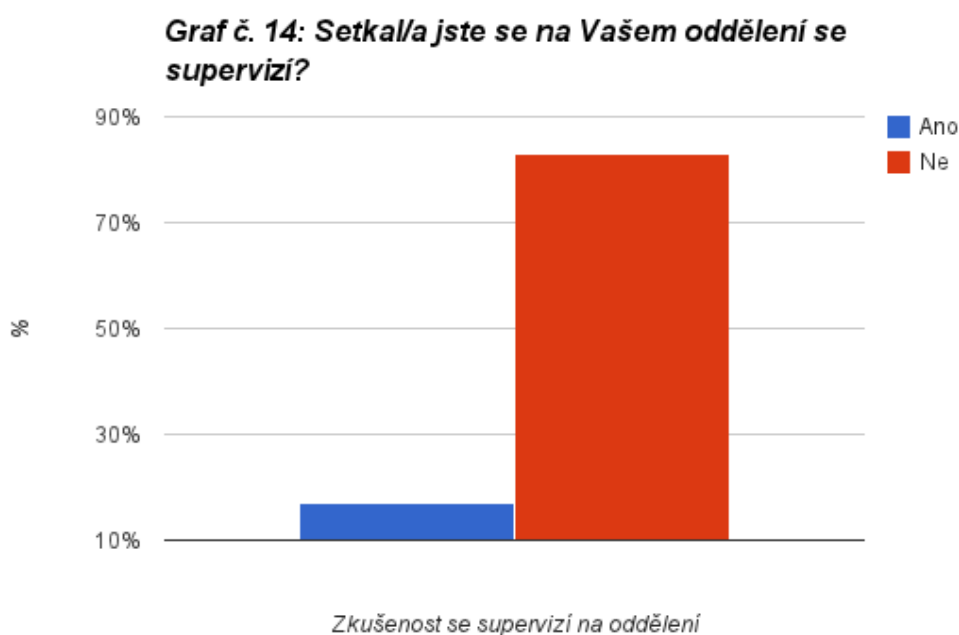


**Interpretace:** Více než polovina dotázaných 56 (74 %) ví, co znamená pojem supervize. 12 (16 %) nezná pojem supervize a zbylých 8 (11 %) vůbec neví, kam pojem supervize zařadit. Zde jsem nepředpokládala, že obeznámenost s pojmem supervize bude stoprocentní, tak jak tomu bylo u syndromu vyhoření. Je to z toho důvodu, že supervize je obor, který je stále málo využíván v praxi. Obzvláště ve zdravotnictví. Je to škoda, protože v rámci prevence syndromu vyhoření může být supervize jedním z nejvýznamnějších nástrojů.

### Otázka č. 19 – Setkal/a jste se na Vašem oddělení se supervizí?

**Tabulka č. 16 – Setkal/a jste se na Vašem oddělení se supervizí?**

	Počet	%
Ano	13	15 %
Ne	63	85 %
Celkem	76	100 %

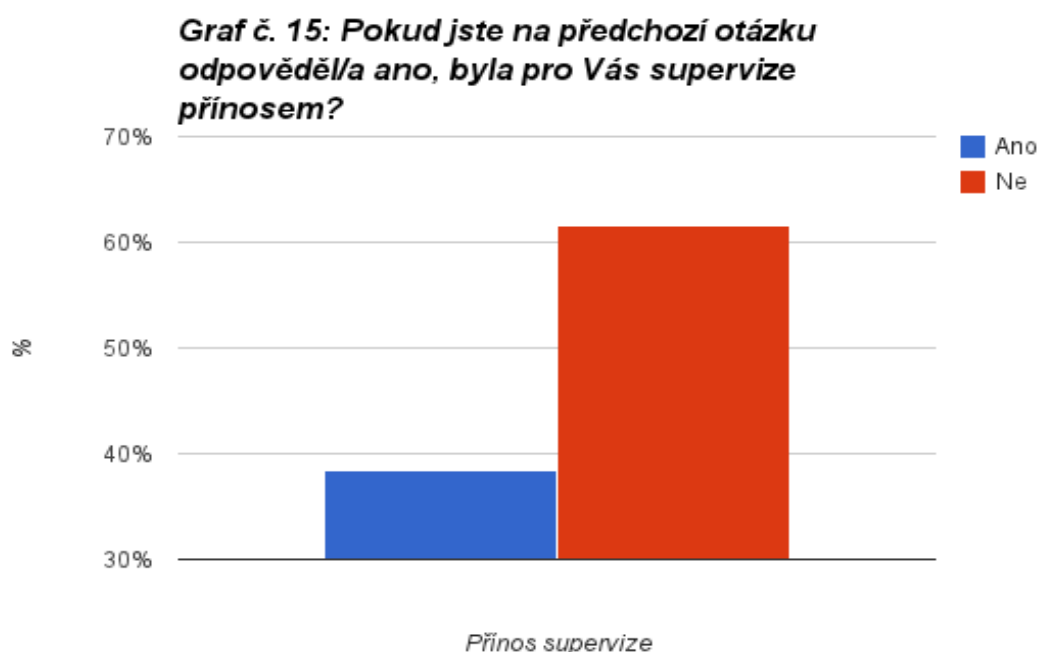


**Interpretace:** 63 (85 %) respondentů se na svém oddělení se supervizí nesešlo. Pouze 13 (15 %) zná ze svého oddělení supervizi. Z výsledků je tedy zřejmé to, co jsem interpretovala již u předchozí otázky, tedy to, že supervize se ve zdravotnictví využívá velmi málo.

Otázka č. 20 – Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ano, byla pro Vás supervize přínosem?

Tabulka č. 17 – Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ano, byla pro Vás supervize přínosem?

	Počet	%
Ano	5	38 %
Ne	8	62 %
Celkem	10	100 %



**Interpretace:** Pro 6 (60 %) byla supervize přínosem, zatímco 4 (40 %) ji za přínos nepovažuje. Protože jsem pracovala s velmi malým vzorkem odpovídajících respondentů, tak je možné, že při vyšším počtu odpovídajících by byl výsledek naprosto opačný. Bylo by jistě dobré podobný výzkum zopakovat po nějaké době, kdy zaměstnavatel bude supervizi využívat pravidelně a delší čas.

#### 4.6 Testování a ověřování hypotéz

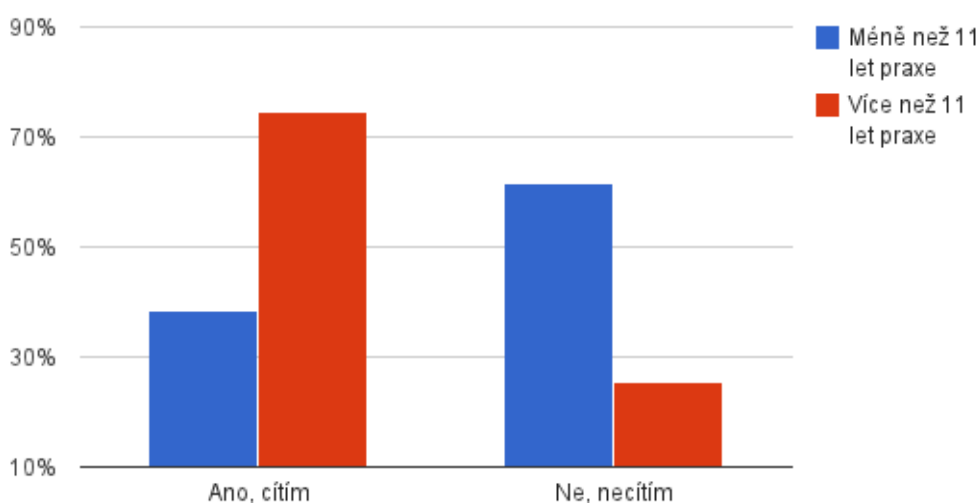
**Hypotéza č. 1:** Zdravotní sestry vykonávající praxi déle než 11 let se cítí být syndromem vyhoření ohroženy více, než zdravotní sestry vykonávající praxi méně než 11 let.

Pro potvrzení, či vyvrácení této hypotézy jsem využila odpovědí u otázky č. 6 a otázky č. 11. U otázky č. 6 mě zajímali respondenti s praxí pod 11 let a respondenti s praxí nad 11 let. U otázky č. 11 byla možnost odpovědi ano nebo ne na dotaz, zda se cítí být ohroženi syndromem vyhoření. Jak lze vidět u tabulky č. 17 a grafu č. 16, tak hypotéza se mi potvrdila. Respondentů, kteří pracují ve zdravotnictví déle než 11 let, odpovědělo 75 %, že se cítí být syndromem vyhoření ohroženi. Zatímco respondentů s praxí kratší 11 let se cítí být ohroženi pouze v 38 % případů. Je tedy jisté, že i délka praxe má vliv na to, jak moc se cítí být zdravotníci ohroženi syndromem vyhoření.

**Tabulka č. 18: Hypotéza č. 1**

	Méně než 11 let praxe		Více než 11 let praxe	
	Počet	%	Počet	%
Ano, cítím	5	38 %	47	75 %
Ne, necítím	8	62 %	16	25 %
Celkem	13	100 %	63	100 %

**Graf č. 16: Hypotéza č. 1**





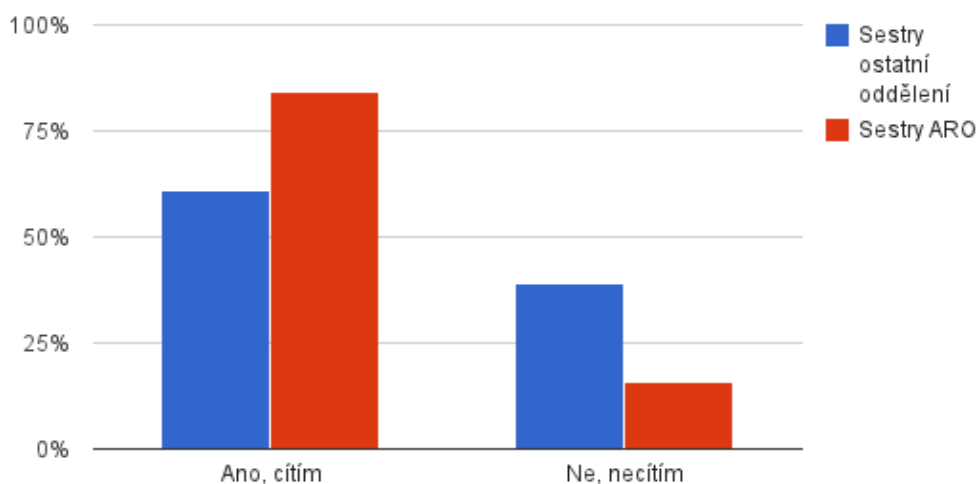
**Hypotéza č. 2:** Zdravotní sestry z oddělení ARO se cítí být více ohroženy syndromem vyhoření, než zdravotní sestry z ostatních oddělení.

K potvrzení, či vyvrácení této hypotézy jsem využila odpovědi z otázek č. 4 a 11. Otázku č. 4 jsem rozdělila na sestry z oddělení ARO a ostatní oddělení a porovнала jejich odpovědi v otázce č. 11. Z tabulky č. 18 a grafu č. 17 je zřejmé, že se tato hypotéza potvrdila, a že sestry z oddělení ARO se cítí být ohroženy více (84 %), než z ostatních oddělení (61 %). I na ostatních odděleních se cítí být ohroženi více, než je správné, ale v poměru právě s oddělením ARO, je to méně. Lze tedy konstatovat, že oddělení, která jsou obzvláště psychicky náročná, působí na pracovníky tak, že se mohou cítit syndromem vyhoření ohroženi více, než na běžných standardních lůžkových odděleních.

**Tabulka č. 19: Hypotéza č. 2**

	Sestry ARO		Sestry ostatních oddělení	
	Počet respondentů	%	Počet respondentů	%
Ano, cítím	21	84 %	31	61 %
Ne, necítím	4	16 %	20	39 %
Celkem	25	100 %	51	100 %

**Graf č. 17: Hypotéza č. 2**

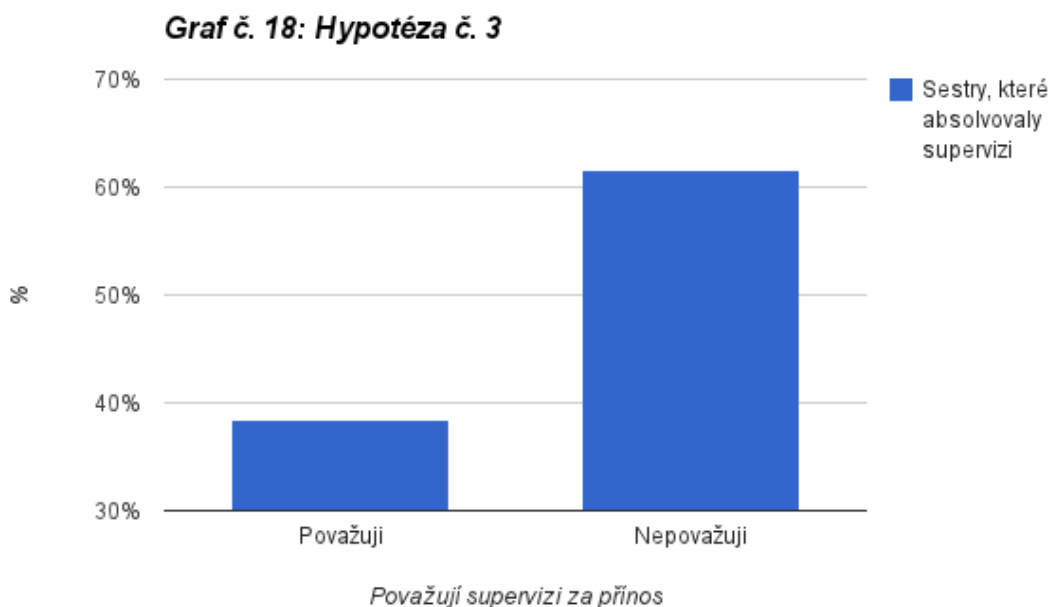


**Hypotéza č. 3:** Předpokládám, že zdravotní sestry, které absolvovaly supervizi, ji považují za přínosnou.

Poslední hypotéza byla ověřována pomocí odpovědí z otázek č. 19 a č. 20. Z výsledků vyplývá, že sestry, které supervizi absolvovaly, ji spíše nepovažují za přínosnou a to v počtu 62 %, zatímco 38 ji za přínos považují. Tato hypotéza se tedy nepotvrdila. Nutno podotknout, že u této hypotézy jsem pracovala s velmi malým počtem odpovídajících respondentů, a to 13. I tato skutečnost dle mého názoru mohla ovlivnit výsledek zkoumané hypotézy.

**Tabulka č. 20: Hypotéza č. 3**

	Sestry, které absolvovaly supervizi	
	Počet	%
Považují za přínos	5	38 %
Nepovažují za přínos	8	62 %
Celkem	13	100 %



## ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se věnovala syndromu vyhoření se zaměřením na nelékařské zdravotnické pracovníky, tedy zdravotní sestry. Cílem mé práce bylo zjistit jaká je obeznámenost zdravotních sester o syndromu vyhoření. Práci jsem rozdělila na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je složena ze tří kapitol, jejichž struktura je následující.

První kapitola je zaměřena na syndrom vyhoření obecně, jeho příznaky, fáze, rizikové faktory. Dále se zde věnuji ohroženým profesím, prevenci a léčbě. Jedna podkapitola je speciálně věnována přímo syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků.

Stresu je věnována kapitola druhá. Nejprve jsem se zaměřila na obecné pojetí stresu, definice, jeho příznaky a druhy stresorů. V dalších podkapitolách jsem zmínila fáze, druhy a metody, které mohou vést ke zvládnutí stresu. V poslední části této kapitoly jsem se zaměřila na prevenci a léčbu stresu.

Třetí, závěrečná kapitola teoretické části se celá věnuje supervizi. Věnuji se zde vymezení pojmu supervize a jejím druhům. Další podkapitoly se týkají role supervizora a funkcím a cílům supervize.

Praktická část mé práce je zaměřena na průzkum, který jsem prováděla pomocí mnou vytvořeného dotazníku v Nemocnici Vyškov. Vybrala jsem šest oddělení, aby byla získaná data co nejrozsáhlejší a nejrozmanitější. Jde o novorozenecké/dětské oddělení, interní oddělení, gynekologické oddělení/šestinedělí, ARO, interní JIP a chirurgické oddělení.

Na začátku praktické části si stanovuji cíle, výzkumné otázky a hypotézy. Dále se věnuji zdůvodnění výběru dotazníkové metody a rozebírám charakteristiku výzkumného vzorku. Následně se věnuji analýze a interpretaci získaných dat formou tabulek, grafů a komentářů.

Zpracováním výzkumných dat jsem získala informace potřebné k zodpovězení stanovených hypotéz. Úvodem nabízím shrnutí dat získaných odpověďmi z dotazníku.

Průzkumem jsem zjistila, že nelékařský zdravotnický personál stále z velké části tvoří spíše ženy (97 %). Nejčastěji zastoupenou věkovou kategorií byli respondenti ve věku 41–50 let v počtu 37 %. Největší počet dotazovaných (72 %) měl středoškolské

vzdělání ukončené maturitou. Průměrně na aktuálním oddělení pracují respondenti 15,18 let. Největší zastoupení má skupina respondentů, která ve zdravotnictví pracuje více než 21 let (57 %). Převážná většina dotázaných šla pracovat do zdravotnictví z důvodu pomoci druhým lidem (76 %).

Na dotaz: „Víte, co znamená pojem syndrom vyhoření“ všichni dotázaní, tedy 100 % odpovědělo, že ano. Celkem 54 % dotázaných se na oddělení nesetkalo s kolegou, který by trpěl syndromem vyhoření. Pokud takového kolegu znají, tak jako nejčastější projevy syndromu vyhoření u něj popisují nervozitu, negativní přístup k práci, výbušnost a pesimismus. Syndromem vyhoření se cítí být ohroženo 68 % dotazovaných. Školení, která se věnují syndromu vyhoření pravidelně, neabsolvuje 83 % respondentů. Co se týče podpory zaměstnavatele v boji se syndromem vyhoření, tak tu nepocítuje 96 % personálu. Pokud se cítí být podporováni, tak nejčastěji tím, že probíhá komunikace o problémech a pořádáním společných akcí. Za největší stresor zaměstnanci považují nedostatečné finanční ohodnocení (49 %). Předcházet syndromu vyhoření se snaží 87 % respondentů, a to nejvíce formou relaxace při hudbě, TV a v přírodě (63 %). Pojem supervize je znám 74 % dotázaných. Se supervizí se na pracovišti nesetkalo 83 % respondentů. Pokud se s ní setkali, tak ji za přínos spíše nepovažují, a to v počtu 62 %.

Výsledky výzkumu jsou potěšující z hlediska obeznámenosti personálu o pojmu syndromu vyhoření a pojmu supervize. Naprosto všichni dotázaní znají pojem syndrom vyhoření a více než polovina ví, co znamená pojem supervize. Bohužel výsledky až tak dobře nevycházejí pro zaměstnavatele, který dle výsledků dotazníků, není pro pracovníky dostatečnou podporou v jejich boji se syndromem vyhoření. Nevěnuje se ani dostatečné prevenci pomocí pořádání školení a seminářů věnovaných syndromu vyhoření. A také velmi málo zaměstnavatel využívá možnost supervize.

Stanovila jsem si celkem tři hypotézy. V první hypotéze jsem zjišťovala, zda zdravotní sestry s praxí delší než 11 let se cítí být syndromem vyhoření ohroženy více, než zdravotní sestry s praxí kratší 11 let. Pomocí výpočtů a zpracování otázek č. 6 a č. 11 do tabulky a grafu jsem došla k závěru, že hypotéza se **potvrdila**. Zjistila jsem, že zdravotníci, kteří pracují déle, než 11 let se cítí být ohroženi syndromem vyhoření v počtu 75 %.

Druhá hypotéza měla za úkol zjistit, zda se zdravotní sestry z oddělení ARO cítí být více ohroženy syndromem vyhoření, než zdravotní sestry z ostatních oddělení. Zpracováním a výpočty u otázek č. 4 a č. 11 jsem hypotézu **potvrdila**. Pro lepší

přehlednost byla hypotéza zpracována do tabulky a grafu. 84 % pracovníků z oddělení ARO se cítí být syndromem vyhoření ohrožena, což je dle výpočtů více, než u pracovníků z ostatních oddělení (61%).

U třetí hypotézy jsem se zajímala, zda zdravotní sestry, které supervizi absolvovaly, ji považují za přínosnou. K výpočtům mi dopomohlo zpracování otázek č. 19 a č. 20 do tabulky a grafu. Z uvedených výsledků vyplynulo, že se tato hypotéza **nepotvrdila**, jelikož 62 % dotazovaných supervizi za přínos nepovažují. U této otázky jsem měla k dispozici pouze malý vzorek odpovídajících respondentů, tudíž je možné že při vyšším počtu odpovídajících by mohl být výsledek naprosto rozdílný.

Výsledky mého průzkumu prokazují, že obeznámenost zdravotních sester o syndromu vyhoření je vysoká, čímž jsem splnila hlavní cíl. I přesto bych ale ráda, aby se mohli zdravotníci více seznámit i se supervizí, která by pro ně byla velkým přínosem. Z výsledků můžeme usoudit, že zkoumaní pracovníci sice znají supervizi, ale na oddělení se s ní skoro nesetkávají. Proto si nejsou vědomi jejího přínosu a mohou ji považovat za zbytečnou. Supervizi by měl poskytovat zaměstnavatel, který tak ovšem často nečiní. Zde se dle mého názoru projevuje nedostatek financí ve zdravotnictví, kdy se často šetří na nesprávných místech, což se týká právě i poskytování prevence syndromu vyhoření.

Druhým důležitým cílem bylo zjistit, jak moc se cítí být syndromem vyhoření ohroženi pracovníci jednotlivých zkoumaných oddělení. Z výsledků je jisté, že nejvíce se cítí být ohroženi pracovníci ARO. Tento stav je zapříčiněn náročnější prací na tomto oddělení. Ale i pracovníci ostatních oddělení mají pocit, že se jich syndrom vyhoření týká. Proto je nutné, aby nadřízení pravidelně komunikovali s podřízenými o možných problémech, které se na pracovišti mohou objevit a hledali možnost jejich společného řešení. Tento cíl jsem tedy pomocí správně formulovaných otázek a testováním hypotéz také splnila.

Syndrom vyhoření je v posledních letech stále více diskutovaným problémem jak v odborné literatuře, tak i v bakalářských a diplomových pracích. I přesto lze stále vidět, že někteří pracovníci, ale hlavně zaměstnavatelé nevěnují dostatečnou pozornost prevenci syndromu vyhoření, a to buď formou seminářů a školení, které se tímto tématem zabývají, nebo pravidelným pořádáním supervize. Zdravotnictví je dle mého názoru jedna z nejnáročnějších profesí a zdravotní sestry jsou vysoce ohroženy syndromem vyhoření i jeho následky.

Získané poznatky, které prezentuji ve své diplomové práci, by mohly přispět snížení výskytu problému syndromu vyhoření nejen u zdravotních sester ze zkoumaných oddělení, ale u všech zdravotních sester vůbec. Je možné získané informace zohlednit, například v oblasti motivace, finančního ohodnocení pracovníků a změny pracovního prostředí, což by jednoznačně přispělo k boji se syndromem vyhoření a jeho příčinami.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006, 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
- [2] BAŠTECKÁ, B. a kol. Klinická psychologie v praxi. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 416 s. ISBN 80-7178-735-3 .
- [3] BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. Základy klinické psychologie. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 440 s. ISBN 80-7178-550-4.
- [4] BEDRNOVÁ, E. a kol. Management osobního rozvoje. 1. vyd. Praha: Management Press, 2009, 359 s. ISBN 978-80-7261-198-0.
- [5] CLEGG, B. Stress management v kostce. 1 vyd. Přeložila Jana KALOVÁ. Praha: BIZBOOKS, 2005, 111 s. ISBN 80-251-0617-9.
- [6] HAWKINS, P.,SHOHET, R. Supervize v pomáhajících profesích. 1.vyd. Praha: Portál, 2004, 202 s. ISBN 80-7178-715-9.
- [7] JEKLOVÁ, M., REITMANOVÁ, E. Syndrom vyhoření. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 51 s. ISBN 80-86991-74-1.
- [8] HORÁK, R. Management. Brno: IMS. 2008, 143 s.
- [9] KALLWASS, A. Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 144 s. ISBN 978-80-7367-299-7 .
- [10] KEBZA, V. Psychosociální determinanty zdraví. 1. vyd. Praha: Academia, 2005, 263 s. ISBN 80-200-1307-5 .
- [11] KEBZA, V. ŠOLCOVÁ, I. Syndrom vyhoření. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 23 s. ISBN 80-7071-231-7.
- [12] KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese. 4. vyd. Praha: Portál, 2000, 147 s. ISBN 80-7178-429-X.
- [13] KŘIVOHLAVÝ, J. Jak neztratit nadšení. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1998, 136 s. ISBN 80-7169-551-3 .
- [14] KŘIVOHLAVÝ, J. Jak zvládat stres. Praha: Grada, 1994, 190 s. ISBN 80-7169-121-6 .

- [15] KŘIVOHLAVÝ, J. Pozitivní psychologie. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 200 s. ISBN 80-7178-835-X.
- [16] KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- [17] KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. 3. vyd. Praha: Portál, 2009, 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
- [18] LACA, S. Sociální pedagogika. 1. vyd. Brno: IMS, 2011, 211 s.
- [19] MASLACH, CH., 2003. Burnout: The Cost of Caring. Los Altos: ISHK, 276 s. ISBN 1-883535-35-9.
- [20] MAROON, I. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků. 1. vyd. Přeložila Kateřina LEPIČOVÁ. Praha: Portál, 2012, 152 s. ISBN 978-80-262-0180-9.
- [21] MÍČEK, L. Duševní hygiena. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství Praha, 1984, 208 s. 14-400-84.
- [22] PLAMÍNEK, J. Sebepoznání, sebeřízení a stres. 2. vyd. Praha: Grada, 2008, 178 s. ISBN 978-80-247-2593-2.
- [23] POTTER, B. A. Jak se bránit pracovnímu vyčerpání. Olomouc: Votobia, 1997, 259 s. ISBN 80-7198-211-3 .
- [24] PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J. Deprese a jak ji zvládat. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 184 s. ISBN 80-7178-809-0.
- [25] PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. Proti stresu krok za krokem. 1. vyd. Praha: Grada, 2001, 187 s. ISBN 80-247-0784-5.
- [26] STOCK, CH. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. 1.vyd. Přeložila Natalie VRAJOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2010, 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5 .
- [27] ŠVINGALOVÁ, D. Stres a „vyhoření“ u profesionálů pracujících s lidmi. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita Liberec, 2006, 82 s. ISBN 80-7372-105-8.
- [28] VÁVROVÁ, S. Doprovázení v pomáhajících profesích. 1. vyd. Praha: Portál, 2012, 159 s. ISBN 978-80-262-0087-1.
- [29] VENGLAROVÁ, M. Problematické situace v péči o seniory. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.



- [30] VOLLMEROVÁ, H. Pryč s únavou: Syndrom vyprahlosti. Praha: Motto, 1998, 167 s. ISBN 80-85872-90-0.
- [31] VOŠAHLÍK, K. Stres a jeho vliv na pracovní výkon, Brno, 2009, s.23. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Ekonomicko – správní fakulta. Vedoucí bakalářské práce Božena Šmajsová Buchtová.

Internetové zdroje:

- [32] Stres. In: *Wikipedia: stres* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation [cit. 2014-01-09]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Stres>

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- ARO Anesteziologicko-resuscitační oddělení
- BM Burnout measure
- DP Depersonalizace
- EE Emocionální vyčerpání (Emotional Exhaustion)
- GAS Obecný adaptační syndrom (General adaptation syndrom)
- JIP Jednotka intenzivní péče
- LDN Léčebna dlouhodobě nemocných
- MBI Maslach burnout inventory
- PA Osobní uspokojení (Personal Accomplishment)
- WHO Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Pohlaví.....	52
Tabulka č. 2 Věk.....	52
Tabulka č. 3 Vzdělání.....	53
Tabulka č. 4 Na kterém z těchto oddělení momentálně pracujete?.....	54
Tabulka č. 5 Kolik let již pracujete celkově ve zdravotnictví?.....	56
Tabulka č. 6 Z jakého důvodu jste si zvolil/a práci ve zdravotnictví?.....	57
Tabulka č. 7 Víte, co znamená pojem syndrom vyhoření?.....	57
Tabulka č. 8 Znáte někoho z kolegů na Vašem pracovišti, který podle Vás trpí syndromem vyhoření?.....	58
Tabulka č. 9 Cítíte se být syndromem vyhoření ve své profesi ohrožena?.....	59
Tabulka č. 10 Absolvujete pravidelné školení na téma syndrom vyhoření?.....	60
Tabulka č. 11 Myslíte, že Vám dostatečně pomáhá Váš zaměstnavatel předcházet syndromu vyhoření (cítíte podporu ze strany zaměstnavatele)?.....	61
Tabulka č. 12 Co je pro Vás největší stresor?.....	62
Tabulka č. 13 Snažíte se syndromu vyhoření nějak předcházet?.....	63
Tabulka č. 14 Pokud jste odpověděl/a na předešlou otázku ano, tak jakým způsobem se věnujete prevenci syndromu vyhoření?.....	64
Tabulka č. 15 Víte, co znamená pojem supervize?.....	65
Tabulka č. 16 Setkal/a jste se na Vašem oddělení se supervizí?.....	66
Tabulka č. 17 Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, byla pro Vás supervize přínosem?.....	67
Tabulka č. 18 Hypotéza č. 1.....	68
Tabulka č. 19 Hypotéza č. 2.....	69
Tabulka č. 20 Hypotéza č. 3.....	70

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Věk.....	53
Graf č. 2 Vzdělání.....	54
Graf č. 3 Na kterém z těchto oddělení momentálně pracujete?.....	55
Graf č. 4 Kolik let již pracujete celkově ve zdravotnictví?.....	56
Graf č. 5 Z jakého důvodu jste si zvolil/a práci ve zdravotnictví?.....	57
Graf č. 6 Znáte někoho z kolegů na Vašem pracovišti, který podle Vás trpí syndromem vyhoření?.....	58
Graf č. 7 Cítíte se být syndromem vyhoření ve své profesi ohrožena?.....	59
Graf č. 8 Absolvujete pravidelné školení na téma syndrom vyhoření?.....	60
Graf č. 9 Myslíte, že Vám dostatečně pomáhá Váš zaměstnavatel předcházet syndromu vyhoření (cítíte podporu ze strany zaměstnavatele)?.....	61
Graf č. 10 Co je pro Vás největší stresor?.....	62
Graf č. 11 Snažíte se syndromu vyhoření nějak předcházet?.....	63
Graf č. 12 Pokud jste odpověděl/a na předešlou otázku ano, tak jakým způsobem se věnujete prevenci syndromu vyhoření?.....	64
Graf č. 13 Víte, co znamená pojem supervize?.....	65
Graf č. 14 Setkal/a jste se na Vašem oddělení se supervizí?.....	66
Graf č. 15 Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, byla pro Vás supervize přínosem?.....	67
Graf č. 16 Hypotéza č. 1.....	68
Graf č. 17 Hypotéza č. 2.....	69
Graf č. 18 Hypotéza č. 3.....	70

## SEZNAM PŘÍLOH

- P1 Vlastní anonymní dotazník
- P2 Dotazník MBI (Maslach Burnout Inventory)

## PŘÍLOHA P 1: VLASTNÍ ANONYMNÍ DOTAZNÍK

Vážení,

jsem studentkou magisterského studia sociální pedagogiky Institutu mezioborových studií v Brně při Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Součástí mého studia je i zpracování diplomové práce, jejíž téma zní „Syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků“. Zaměření je na nelékařské zdravotnické pracovníky.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku. Vyhodnocení vašich odpovědí bude sloužit jako podklad pro výzkumnou část mé práce. Dotazník je anonymní a Vaše odpovědi poslouží pouze k výše uvedenému účelu. Prosím o úplné a pravdivé zodpovězení všech otázek, ráda bych znala Vaše skutečné názory. Pokud není u otázky uvedeno jinak, je možná pouze jedna odpověď.

Děkuji za Váš čas a ochotu při spolupráci na výzkumu.

Bc. Kateřina Petrová, DiS

### 1. Pohlaví

- žena  
 muž

### 2. Věk

- 18–30  
 31–40  
 41–50  
 51 a více

### 3. Vzdělání

- Střední odborné vzdělání  
 Vyšší odborné vzdělání  
 Bakalářské  
 Vysokoškolské

4. Na kterém z těchto oddělení momentálně pracujete?

- ARO
- Interní JIP
- Novorozenecké oddělení, dětské oddělení
- Gynekologické oddělení, oddělení šestinedělí
- Chirurgické oddělení
- Interní oddělení

5. Kolik let pracujete na výše uvedeném oddělení?

.....

6. Kolik let již pracujete celkově ve zdravotnictví?

- méně než 1 rok
- 1–3 roky
- 4–7 let
- 8–11 let
- 12–20 let
- více než 21 let

7. Z jakého důvodu jste si zvolil/a práci ve zdravotnictví?

- Pomáhat druhým
- Z důvodu objevení nemoci v rodině
- Přání někoho jiného
- Jiný důvod (uveďte jaký): .....

8. Víte, co znamená pojem syndrom vyhoření?

- Ano  
 Ne  
 Nevím

9. Znáte někoho z kolegů na Vašem pracovišti, který podle Vás trpí syndromem vyhoření?

- Ano  
 Ne

10. Pokud ano, napište prosím stručně, jak se u kolegy/kolegyně syndrom vyhoření projevuje.

.....

11. Cítíte se být syndromem vyhoření ve své profesi ohrožen/a?

- Ano  
 Ne

12. Absolvujete pravidelně školení na téma syndrom vyhoření?

- Ano  
 Ne

13. Myslíte, že Vám dostatečně pomáhá Váš zaměstnavatel předcházet syndromu vyhoření (cítíte podporu ze strany zaměstnavatele)?

- Ano  
 Ne



14. Pokud ano, uveďte prosím, jakými způsoby Vám zaměstnavatel pomáhá?

.....

15. Co je pro Vás největší stresor? (Možnost až 3 odpovědí)

- Práce s lidmi
- Bezmoc, pocit marnosti
- Náročná pracovní náplň – přetěžování
- Problémy s nadřízenými
- Problémy s kolegy
- Špatná atmosféra na pracovišti
- Neschopnost říkat NE
- Nedostatečné finanční ohodnocení
- Směnný provoz
- Nízký sociální status (pocit nedostatečného ohodnocení mé profese)
- Málo personálu
- Nadměrná administrativa
- Jiné skutečnosti – uveďte jaké: .....

16. Snažíte se syndromu vyhoření nějak předcházet?

- Ano
- Ne

17. Pokud jste odpověděl/a na předešlou otázku ano, tak jakým způsobem se věnujete prevenci syndromu vyhoření? (Možnost až 3 odpovědí)

- Relaxuji při hudbě, TV, v přírodě aj.
- Sportuji
- Udržuji si hranici mezi mnou a klientem
- Udržuji zdravé pracovní a mezilidské vztahy
- Dodržuji rámeček své práce, přestávky, časový plán

18. Víte, co znamená pojem supervize?

- Ano
- Ne
- Nevím

19. Setkal/a jste se na Vašem oddělení se supervizí?

- Ano
- Ne

20. Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, byla pro Vás supervize přínosem?

- Ano
- Ne

Moc děkuji za ochotu  
Kateřina Petrová

## PŘÍLOHA P 2 : DOTAZNÍK MBI

### Maslach Burnout Inventory

Je nejznámější dotazník ke sledování syndromu vyhoření u exponovaných profesí. Má tři faktory. Dva jsou negativně laděné – emocionální vyčerpání a depersonalizace. Jeden je laděn pozitivně – osobní uspokojení z práce. Pocity se v originále hodnotí jednak na stupnici častosti výskytu, jednak na stupnici intenzity (síly) a vyhodnocuje se celkové skóre pro jednotlivé faktory.

Četnost pocitů	Síla pocitů
0 – nikdy	0 Vůbec
1 – několikrát za rok nebo méně	1
2 – jednou měsíčně nebo méně	2
3 – několikrát za měsíc	3
4 – jednou týdně	4
5 – několikrát týdně	5
6 – každý den	6
	7 Velmi silně

V praxi se zdá být vhodnější používat pouze jeden z ukazatelů – buď četnost, nebo sílu pocitů, protože respondenti oba ukazatele uvedené najednou špatně rozlišují. Pro ukázkou je zvolen ukazatel síly pocitů.

Převod tohoto známého dotazníku, který je v literatuře velmi často užíván k výzkumům v oblasti stresu a pracovních problémů, je uveden níže. U nás se s tímto dotazníkem pracuje převážně ve výzkumných pracích studentů, případně ve zdravotnictví.

EE = Emocionální vyčerpání (Emotional Exhaustion)

DP = Depersonalizace

PA = Osobní uspokojení (Personal Accomplishment)

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

Zdroj: BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry, Brno, 2006, s. 69