

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

Stres v pomáhající profesi zdravotníka

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí diplomové práce:

doc. PhDr. Lubomír Vašina, CSc.

Vypracovala:

Bc. Klára Chrápavá, DiS.

Brno 2009

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem práci na téma „Stres v pomáhající profesi zdravotníka“ zpracovala samostatně a použila jsem jen prameny uvedené v seznamu literatury.

Brno 28. 2. 2009

.....
Bc. Klára Chrápavá, DiS.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji panu doc. PhDr. Lubomíru Vašinovi, CSc., za odborné vedení práce, cenné rady a velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování diplomové práce.

Bc. Klára Chrápavá, DiS.

OBSAH

Úvod	6
Hypotézy	9
<u>Teoretická část</u>	10
1. Pomáhající profese	10
1.1 Problémy pomáhající profese	11
1.2 Profese zdravotní sestry	16
2. Stres	20
2.1 Teorie stresu	21
2.2 Stresory	23
2.3 Typy stresu	25
2.4 Zvládání stresu	26
2.4.1 Strategie zvládání náročných životních situací (copingové strategie)	27
2.4.2 Osobnostní charakteristiky, které hrají roli při zvládání stresu	30
3. Emocionalita a stres	32
4. Syndrom vyhoření	37
4.1 Příčiny vyhoření	41
4.2 Příznaky vyhoření	45
4.3 Prevence syndromu vyhoření	46
5. Duševní hygiena	47
5.1 Sebevýchova zdravotní sestry	49
5.2 Životospráva	53
5.3 Pracovní hygiena	55
5.4 Péče o duševní zdraví zdravotní sestry	56
<u>Praktická část</u>	60
1. Formulace problému a cíl výzkumu	60
2. Hypotézy	61
3. Metodologické postupy a metody	62
4. Matematicko-statistická analýza a interpretace výsledků	63

5. Diskuze a závěr	80
6. Návrh relaxačních programů pro osoby směřující k syndromu vyhoření - výstup do praxe	84
Resumé	87
Anotace	88
Použitá literatura	89
Seznam příloh	92

ÚVOD

Motto: „Sebeúcta, sebezpoznání, sebekontrola, tyto tři věci vedou samy k nejvyšší moci.“

Alfred Tennyson.

Fenomén stresu patří k člověku již od pradávna, neboť k životu vždy patřily podněty, které bychom nazvaly stresovými. Stres svým působením na organismus vyvolává potřebu adaptovat se na danou situaci. V globalizovaném světě současné společnosti zasahuje do celého našeho životního spektra a nejméně ovlivňuje život z pracovní oblasti člověka. Z něho vyvstává další problém – syndrom vyhoření. Důležitou disciplínou, kterou musíme v této uspěchané době vnímat, abychom si udrželi tělesné i duševní zdraví je duševní hygiena. Tyto tři pojmy se úzce dotýkají lidské emocionality, emocí a pomáhajících povolání, jimž je tato práce věnována.

Pomáhající povolání klade mimo jiné vysoké nároky na emoce pracovníka. Je vystaven působení mnoha emociogenních podnětů, z nichž vyplývají zvýšené nároky na psychiku. Profese s sebou nese také vysoký stupeň pracovní zátěže – úkoly jsou nárazové, často se pracuje v časové tísní a pracovník má mnohdy nepřiměřené množství klientů, o něž musí pečovat. Zátěžový vliv má v pomáhajícím povolání i nepravidelná pracovní doba. Z výše uvedeného poznáváme, že zde můžeme diagnostikovat vysoké hladiny stresových reakcí.

Pomáhající pracovníci se primárně orientují na lidskou bytost, která se ocitla v náročné životní situaci a má narušenou psychickou odolnost. Proto je zde více, než v kterékoliv jiné oblasti je důležité, aby pracovníci byli v dobré psychické, fyzické i mravní kondici, aby dodrželi základní smysl této profese a neohrožovali návrat svého klienta ke standardní kvalitě života. Neboť osobnost pomáhajícího je mimo potřebných znalostí a dovedností jeho základním pracovním nástrojem.

V diplomové práci charakterizujeme pomáhající profesi a problémy, které jsou s ní spojeny, dále konkrétně náplň profese zdravotníka. Zabýváme se stresem, stresory, vyvolávajícími řadu nadhraničních stresových reakcí, které kladou značné nároky na mobilizaci energie, na volní vlastnosti, atd., proto také neopomíjíme strategie zvládání stresu a emocionalitu, která je předmětem našeho výzkumu. Náplň práce zdravotnické profese sama o sobě může z hlediska délky praxe vést k řadě

příznaků syndromu vyhoření, které jsme pak zpracovali do příslušné kapitoly. Jak si poradit s těmito negativními faktory vznikajícími v profesi pomáhajících se pokouší navrhnout kapitola duševní hygieny. Cílem naší práce nebylo pouze konstatovat, zda zdravotníci vykazují některé znaky syndromu vyhoření, ale i navrhnout takové programy duševní hygieny, které by vedly ke snížení intenzity příznaků syndromu vyhoření a k eliminování nadhraničních stresových faktorů tak, aby se v konečném důsledku zlepšila kvalita života pomáhajících. Tyto konkrétní rekondiční techniky jsou zpracovány v praktické části práce.

Ke zpracování tohoto tématu mě vede vliv současného studia Specializace v pedagogice - Sociální pedagogiky a přímou orientaci k tématu zdravotnického povolání ovlivnilo mé bývalé zaměstnání zdravotní sestry. Vzhledem k osobním zkušenostem jsme do výzkumu zvolili ženy vykonávající zdravotnickou praxi do deseti let, pracující na chirurgických odděleních tří brněnských nemocnic (Fakultní nemocnice Brno – Bohunice, Úrazové nemocnice a Fakultní nemocnice U Svaté Anny). Pomocí diagnostických testů jsme hledali možné dlouhodobé působení stresorů a možné příznaky vyhoření. Povolání zdravotní sestry vedle běžných požadavků navíc vyžaduje další specifické dovednosti a osvojování si specifických zkušeností, což se promítá i do celkového zatížení pracovním stresem. Tyto skutečnosti se konkrétně působí i na míru frustrační tolerance, emoční stability jedince a stupeň vyčerpanosti konkrétního člověka na příslušném pracovišti. Pro lepší přiblížení se k náplni práce zdravotní sestry na chirurgickém oddělení je nutné upozornit i na skutečnost, že vedle pracovního výkonu je nutná i psychologická průprava, neboť pracuje s lidmi v krajních životních situacích, na hranici života a smrti, nejistou diagnózou, diagnózami s problémovou predikcí do budoucna.

Ze všech možných intervenujících proměnných, které vstupují v úvahu při působení pracovního stresu na lidskou psychiku, jsme se speciálně zaměřili na problematiku emocionality, syndromu vyhoření a na možnou míru agresivity jako důsledku dlouhodobého působení stresorů ve specifickém prostředí zdravotnického zařízení.

V rámci výzkumného projektu jsme vzhledem k výše uvedenému z možných diagnostických nástrojů použili standardizovaný dotazník Osmi stavů 8SQ, dotazník zjišťující míru syndromu vyhoření MBI a dotazník zkoumající míru agresivity I-B-D.

Předpokládali jsme, že se objeví rozdíly ve stupni stresovanosti a míře syndromu vyhoření dle délky praxe a hledali jsme příčiny daného stavu uchopitelné dotazníkem

8SQ. Ve vztahu těchto faktorů jsme formulovali výzkumné hypotézy. Na základě zkušeností a výsledků výzkumu jsme následně uvažovali o rekondičních programech pro zdravotnické pracovníky.

HYPOTÉZY

1. Zdravotní sestry vykonávající praxi do pěti let nevykazují příznaky syndromu vyhoření v dotazníku MBI, ale dosahují vyššího skóre zejména v dimenzích stres a únava, v dotazníku 8SQ, a také statisticky významné hodnoty v dotazníku I-B-D.
2. Zdravotní sestry vykonávající praxi pět až deset let vykazují střední a vyšší stupeň intenzity příznaků syndromu vyhoření v dotazníku MBI a dosahují vysokého skóre zejména ve škálách stres, regrese, únava, pocit viny v dotazníku 8SQ.
3. Zdravotní sestry s praxí delší než pět let, dosahují statisticky významně vyššího skóre v dotazníku 8SQ v dimenzích stres, regrese, únava, pocit viny, více příznaků syndromu vyhoření dotazníku MBI a vyšší hodnoty v dotazníku I-B-D oproti zdravotním sestřím pracujícím ve zdravotnictví do pěti let praxe.

TEORETICKÁ ČÁST

1. POMÁHAJÍCÍ PROFESE

Zvolit si pomáhající povolání jako svou životní profesi je velmi ctihodným činem. V člověku tak vykrytalizuje láska, kterou cítí ke světu a chce prospět ostatním svou maličkostí, aby jim také na světě bylo dobře, či alespoň o trochu lépe. Zvláště v dnešní době, kdy se náš svět, naše životní prostředí stává technické a realita se mění ve virtuální. Člověk se odcizuje nejen sám sobě, své duši i tělu, svým vrozeným potřebám, ale také druhým lidem. Ze života se vytrácí přirozená spontaneita, přátelství, odevzdání se.

Pomáhající profese nás vrací k sobě navzájem. Otevírají naše duše, pochopení sama sebe, svých emocí a potřeb. I samotnému pomáhajícímu pomáhá překonat pocity osamělosti a nejisté sebeúcty v kontaktu s klienty. Je to povolání náročné, které však může samotnému pomáhajícímu dodat mnoho energie a stejně tak pro osobnost nebezpečné a deformující.

Pomáhající povolání se vztahuje k jiným lidem a člověk je na hodnocení těchto osob závislý pracovně i osobnostně. Mezi pomáhající profese řadíme např. i povolání herce. Pro potřeby našeho textu však okruh pomáhajících omezujeme na pracovníky, jejichž klienti jsou k nim v závislém postavení, tedy zdravotnické a sociální pracovníky.

Pomáhající profese má dva pilíře: pomáhající musí znát a respektovat sám sebe, svou osobnost a o to je pak snažší respektovat druhý pilíř pomáhání, dodržovat humánní a empatický přístup ke klientovi a etické zásady chování. Někteří povolání mají pro pracovníky stanovený etický kodex. Kopřiva (2006, s. 91) však formuloval ještě jednu zásadu, která by se měla v etickém kodexu pomáhajících profesí objevit: „Pomáhající je připraven kdykoliv vnímat a akceptovat svou nedokonalost, slabost a zranitelnost, kterou pomáhání vyjevuje, a pomocí sebereflexe a supervize napomáhat vývoji k lepšímu stavu, než je ten současný.“

O pomáhajícím pracovníkovi dále uvádí, že se „...velmi často potkává s lidmi v nouzi, v závislém postavení, kteří zpravidla potřebují víc než pouhou slušnost: přijetí, spoluúčast, porozumění, pocit, že pomáhajícímu pracovníkovi nejsou na

obtíž, že pracovník je neodsuzuje. Pátrají po signálech, které by jim pomohly vytušit kvalitu prožitků pracovníka při vzájemném kontaktu. Nacházejí je při každém setkání v drobných neverbálních projevech pracovníka. Nemusí je ani vědomě vnímat. Stačí, že tyto projevy vytvářejí určitou atmosféru, která klienty posiluje či naopak sráží. Klient potřebuje důvěřovat, cítit se bezpečný a přijímaný. Bez tohoto vztahového rámce se práce pomáhajícího stává jen výkonem svěřených pravomocí“ (Ibid, s. 15)

1.1 PROBLÉMY POMÁHAJÍCÍ PROFESE

Pomáhající povolání funguje na úzkém kontaktu a spolupráci dvou osob. Tento vztah ovlivňuje řada intervenujících proměnných. Potkávají se osobnosti formované svou historií, zráním a učením, přičemž musí nalézt vyústění z krizové situace jednoho z nich. Logicky se tak při této spolupráci mohou odhalovat i slabá místa osobnosti pomáhajícího a mohou se projevit i některé formy disharmonie osobnosti, např. nevyřešené neurotické konflikty nebo hlubší osobnostní poruchy. Podobu vztahu mezi pomáhajícím a klientem ovlivňuje řada faktorů. Jedná se zejména o:

A. Pochopení:

Zcela specifickým úkolem pomáhající profese je každého klienta pochopit (což však neznamená nutnost s ním souhlasit), zajímat se o něj, přijímat ho takového, jaký je, vidět v něm ty dobré stránky, které ostatním unikají. Toho je ne vždy zcela lehké dosáhnout. Aby si pomáhající s tímto požadavkem poradil, musí poznat nejdříve sám sebe. Podíváme-li se do historie svého života, každý nalezneme události, které v nás zanechali bolest. Formovali náš vnitřní svět, který ovlivňuje naše jednání a prožívání, čehož si vůbec nemusíme být vědomi. „Převzít odpovědnost za vlastní vnitřní svět, za obrazy, které si o jednotlivých jevech vnějšího světa vytváříme – to je v pomáhající profesi první, rozhodující krok na cestě k profesionálnímu (i osobnímu) zrání. [...] Jakmile se zastavíme nad tím, jak životní situace vnitřně zpracováváme, začínáme se měnit a směřujeme k vnitřní svobodě.“ (Kopřiva, 2006, s. 32)

B. Negativní emoce:

V pomáhajícím povolání se čas od času setkáváme s lidmi, kteří v nás otevírají negativní emoce. Pak nejsme schopni posuzovat situaci objektivně a klienta přijmout

s jeho problémem takový, jaký je. Známe-li sami sebe, víme, že tyto emoce jsou zcela přirozené, neboť plynou z našich minulých zážitků. Nutné je si je uvědomit a brát je v úvahu. Tomuto závažnému tématu se blíže věnujeme v následujících kapitolách.

C. Porozumění:

Abychom poznali, jak nastalou životní situaci vnímá klient, s nímž pracujeme, musíme se ho zeptat, i když známe reakce jiných lidí, kteří zažili situaci obdobnou. Neboť každý má své individuální prožívání a nemůžeme vědět, co pro osobu daná situace znamená! Pak naše práce bude účelná a kvalitní. Tento akt nazýváme orientací na porozumění. Díky tomu, že necháme klienta pojmenovat jeho problém, nejenže s ním navážeme vztah, ale také mu pomůžeme ujasnit si myšlenky a pocity, kterým sám doposud neporozuměl.

D. Hodnocení:

Pro snadnější porozumění druhým lidem někdy používáme hodnotící šablonu nebo diagnostickou nálepku místo zájmu o vnitřní svět zúčastněného člověka. Tak se stává, že nepochopíme skutečné pocity prožívání člověka a naše pomoc nenavazuje na problém klienta.

E. Hranice pomáhání:

„Základní pracovní polohou pomáhajícího je být v empatickém kontaktu s klientem a zároveň neztratit zakotvení v sobě samém.“ (Kopřiva, 2006, s. 92) V pomáhající profesi se může stát, že si pracovník příliš bere záležitosti klienta za svoje vlastní. Nutný požadavek empatie překročí zdravou mez a pomáhající pocítí lítost, soucit a ztotožnění se se svým protějškem. Takto silná emoční podpora, kterou pomáhající klientovi poskytuje, je však pouze lacinou a krátkodobou náhražku pomoci. Klient potřebuje cítit porozumění, ale také profesionální psychickou stabilitu. Pokud je vychýlena, trpí pomáhající i celý proces pomáhání. Hlavní pomoc v těžké situaci svěřence spočívá v tom, že mu poskytneme zázemí pro to, aby si uvědomil svoje pocity. Důležité je vnímat, že negativní pocity v klientovi tím nevyvoláváme, jsou v něm přítomny a možná si je ze strachu nechce připustit, ale naše přítomnost mu je pomůže zachytit a zpracovat. Položí-li klient otázku „co dál?“ můžeme si být jistí, že se nám podařil zdárný krok k překročení problému, klient se dostává zpět do reality a staví se na vlastní nohy. „Takové pomáhání není obětí, emočně nevyčerpává, neubíjí, nýbrž zakotvuje a nabíjí.“ (Kopřiva, 2006, s. 81) Běžným problémem bývá pokus o manipulaci ze strany klienta. V té chvíli přichází

na řadu asertivní jednání, jež má být součástí přípravy na povolání v pomáhající profesi.

Podívejme se ještě blíže na hranice osobnosti. Normálním stavem je když člověk má tzv. polopropustné hranice. Stará se o své potřeby a udržuje svou soběstačnost. Vstupuje do vztahů, přijímá dobré a užitečné a opak odmítá. Když chce, své hranice otevře a s druhým splyne (v zamilovanosti, při společném zážitku,...) po uplynutí prvotních dojmů však znovu začíná soužití autonomních jedinců, jejichž zájmy se částečně překrývají. Občas potkáme někoho, jehož hranice jsou neprostupně uzavřeny. Po hlubším zkoumání zjistíme, že je to druh jeho ochrany proti vnějším vlivům, jež by v něm mohly vyvolat tendenci ke splynutí.

F. Moc a kontrola:

V pomáhající profesi objevujeme dva faktory, které naráží na další hranici pomáhání. Jsou jimi moc a kontrola. Pracovník je mocný už tím, že pomáhá. V některých oborech poznáváme, že pravomoc má pomáhající větší (ústavní zařízení, práce s fyzicky a mentálně handicapovanými, s dětmi), jinde je klient autonomnější. Čím více klient cítí moc pomáhajícího, tím větší má tendenci k odstupu a nedůvěře. Základní orientací pomáhajících povolání je však dosažení rozvoje a autonomie klienta. Proto je důležité, aby pracovník uměl zrušit klientův postoj podřízenosti. Pomůžeme tomu tak, že jsme připraveni říci: „nevím, ale na tento problém se podíváme společně“, klademe otázky, které si klient nepoložil, a přesto jsou významné pro nalezení východiska, nabídneme přesnější pojmenování. Obecně je přece známé, že lidé mají radši nápady, které napadly je samé. Klienta tedy orientujeme k tomu, aby si propojil řečené návrhy a v situaci, kdy je nadosah řešení je formuloval vlastními slovy.

G. Syndrom pomocníka:

Tento termín zavedl a rozpracoval německý psychoanalytik a publicista W. Schmidbauer (2008). Syndrom chápe jako specifickou narcistickou poruchu, kdy se člověk obětuje pro druhé a bez průpravy a supervize zaměřené na syndrom pomocníka pomáhající profese tuto poruchu ještě udržuje a prohlubuje. Tento syndrom můžeme považovat za diskutabilní, ale ani Schmidbauer ho nepřipisuje všem pomáhajícím. Tvrdí, že někteří lidé, kteří si zvolí pomáhající povolání tak mohou řešit své rané trauma odmítnutého dítěte, touhu po uznání, porozumění a vzájemnosti, jichž se jim nedostalo v dětství.

Budeme-li se zabývat dějinami osobnosti, tím co ji tvarovalo a ovlivňovalo, můžeme nalézt vytěsněné nepříjemné zážitky ze vztahu k blízkým osobám a následně vytvořené obranné mechanismy, jejichž organizací je dle psychoanalytické psychologie osobnost člověka tvořena. Mezi nimi, pudovými přáními, příkazy nadjá (superega) a realitou hledá já realistickou cestu. Díky těmto obranným strukturám člověk není schopný projevit své potřeby a city a působí na osobnostní emocionální konflikty a psychohygienické problémy člověka.

Syndromem pomocníka trpí ten, kdo svým pracovním nasazením a potřebou sociálního uznání kompenzuje pocity vnitřní prázdnoty a bezcennosti, které vznikají z nemožnosti vyjadřovat emoce a z nedostatku emocionální komunikace s druhými. Pomocník lpí na své autoritě. On je ten silný, který dává, zatímco jeho svěřenec je slabý a odkázaný na pomoc. Tento asymetrický vztah je pro tyto osoby drogou. Slabost, bezmocnost a otevřené přiznání emocionálních problémů jsou vítány a podporovány u druhých, protože těmto pocitům se pomocník musí vyhnout. Podle Schmidbauera (2008) se u osobností se syndromem pomocníka vyskytuje pět složek:

1. Odmítnuté dítě.

Je to rané trauma, jež člověka poutá k roli silného. Závislost a emocionální neukojenost přenechává druhým, neboť sám prahne po uznání. Měl těžké dětství a cítil se rodiči odstrkovan. Zanedbané děti se stávají buď asociálními, nebo příliš sociálními. Neumí si vytvořit takové Nadjá, aby uměli se svými pudy a emocemi jednat přívětivě. Odmítnutým dítětem je i ten, kterého rodiče obdivovali a používali ho jako partnerskou náhražku. Své vnitřní dítě pomocník odmítá pro jeho zranitelnost, závislost, dětskou touhu po uznání, potřebu exhibicionistického vyjádření vlastního narcismu – to vše ho zostuzuje.

2. Identifikace s Nadjám (jáským ideálem, superegem).

Superego je naše svědomí. Z něho pociťujeme kritiku či provinění. Bezmocný pomocník tyto pocity odmítá, a aby je nevnímal, snaží se ztotožnit se svým ideálem Já, v práci s klienty. Poznání potřeb klientů mu nahrazuje rozporuplné vnímání vlastních potřeb i pocit, že je zodpovědný i za své vlastní naplnění a spokojenost.

3. Narcistická nenasytnost.

Poškození osobnosti v raném dětství u těchto osob vedlo k neschopnosti dosáhnout uspokojení v mezilidských vztazích. Nenasytně touží po vděčnosti a obdivné lásce svých svěřenců, neboť jeho „vytěsněná infantilní narcistická zuřivost“ (Schmidbauer, 2000) a přirozené agresivní popudy rostou, protože je nelze náležitě

uspokojit. Nejsou prožívány jako sebeláska, ale jako „grandiózní já“ s nutkáním uskutečňovat ideály a osvědčovat se v každé situaci.

4. Uhýbání před vzájemností.

Z důvodu odmítání svých vlastních emocionálních potřeb se pomocník vyhýbá vztahům, ve kterých by byl někým jiným než tím, který dává. Jediným jeho přáním je být nepostradatelný. Jen ten, kdo neodmítá a nepotlačuje své dětské stránky, nebojí se své touhy po uznání, sebepotvrzení a zaopatření je schopen kvalitního mezilidského vztahu. Pomocník si ale ani neuvědomuje, jak jednostranně žije ve vztazích a jak se vyhýbá komunikaci. Jediná jistota je skutečnost, že jeho svěřenec ho potřebuje.

5. Nepřímá agrese.

Odmítnuté dítě pociťuje touhu pomstít se těm, kteří ho tak málo respektují, ale na druhou stranu si uvědomuje, že realizací této touhy by si jen uškodilo. Ten zlý svět, který umí člověka tak bolet se rozhodne potlačit svým obětováním se pro druhé. Stát se jejich andělem, vykupitelem. Vstupuje do služeb ideálů. Je hodný a učí se svůj vztek projevovat nepřímo, proti všemu, co brání interakci mezi ním a jeho svěřencem. S rušivými faktory zachází bez citu a empatie, s nenávisť, jež je zastřená nutností pomoci.

Pokud člověk v pomáhající profesi u sebe tyto charakteristiky syndromu pomocníka zjistí, musí hledat jak závažné, v jaké míře a vyhraněnosti jsou jeho pocity vlastní nedostatečnosti a prázdnoty a musí hledat cesty, jak si pomoci. Osobnostně velmi zrajeme, nevyhýbáme-li se a nezaháníme-li své negativní emoce, ale pobýváme s nimi, hledáme jejich původ, význam a projevy. Pak náhle zjistíme, že ač jsme z počátku mohli pociťovat úzkost při pátrání v tomto citu, náhle je nám lépe, neboť jsme sami sebe poznali zase o trochu víc.

1.2 PROFESE ZDRAVOTNÍ SESTRY

Práce zdravotní sestry je náročným povoláním, s množstvím náročných pracovních situací, jejichž výčet začíná mimořádnou *frekvencí vztahů*, jimiž prochází, od spolupracovníků přes pacienty. Řeší otázky dělby práce a spolupráce. S těmito vztahy je spojena komunikace doprovázená množstvím *emociogenních podnětů*. Často se v různé podobě objevují konfliktní situace, kterým je však v zásadě lepší předcházet, než je následně řešit. Již vzniklý konflikt je nutné řešit co nejdříve, neboť negativně ovlivňuje sociální klima pracoviště. Do její práce zasahují *náročné požadavky a úkoly*. V péči má často až nepřiměřený počet pacientů, za jejichž léčbu je právně odpovědná. A nejednou je třeba se správně rozhodnout, které priority, v té které chvíli preferovat. Často pracuje v *časové tísní* a v *problémových situacích*. Musí umět zvládnout akutní nečekané příhody, do doby příchodu lékaře a rozličné množství terapeutických výkonů. *Zažívá frustrační a deprivací situace*.

Přes svou obětavou práci se každý zdravotník někdy setká s nevděkem a výtkami od pacientů i příbuzných osob. Zažije nespokojení pacienta v léčebných otázkách a následně pak výtky nadřízených. Běžně zdravotní sestru potkávají také *stresové situace*. Jsou spojeny s pocitem velké odpovědnosti, emocionálního tlaku v ovzduší nemoci, přítomností smrti, nebo nedostatkem odpočinku, který ovlivňuje její pracovní výkon a soustředění. Stresových situací, které se v práci zdravotní sestry vyskytují, je dlouhá řada. Nedochozí-li k dostatečné psychohygieně, toto emociogenně nabitě prostředí vytváří prostředí pro emoční labilitu, klade zvýšené nároky na frustrační toleranci, jež ovlivňuje výkonnost, míru koncentrace a snižuje kognitivní výkon.

Mimo odborné znalosti a dovednosti povolání zdravotní sestry vyžaduje umění humánního a empatického přístupu k lidem. Zdravotnický pracovník „...má být ohleduplný a citlivý, chápavý a šetrný, vnímavý a přemýšlivý...“ (Jobánková, 1992, s. 136), protože vykonávání profese provází řada náročných pracovních situací, „vyrovnaná osobnost zdravotníka je pro nemocného souborem harmonizujících zevních podnětů, jejich vliv se podílí na jeho uzdravení. Žádoucí je vystupování klidné, přiměřeně sebevědomé, ne však povýšené, ... Zdravotníkovi prospěje, dovede-li ... vidět situaci očima nemocného, vcítit, vžít se do něho...“ (Jobánková,

1992, s. 136). Nežádoucí v povolání zdravotní sestry je mnohomluvný soucit, který ovlivňuje účinnou pomoc nebo dokonce soucit předstíraný.

Aby byla práce zdravotníka kvalitní a efektivní, je třeba umět přistupovat ke klientům jako k individualitám. A tuto individualitu vnímat jako osobnost v celé komplexitě bio-psycho-sociálních vztahů. Toto je základ jednání, vedoucího ke spokojenosti pacienta a následnou zpětnou vazbou také ke spokojenosti zdravotníka.

„Sestry by měly brát v úvahu nejen následky svých rozhodnutí, ale především všelidské morální hodnoty, které tvoří osu morálního jednání zdravotníka. Mezi nejdůležitější patří úcta k člověku ... A bez této úcty k člověku by jakákoliv lékařská nebo zdravotnická etika přestala být etikou a lékařství by přestalo být lékařstvím.“ (Munzarová, 2005, s. 23)

Chybí-li individuální přístup k lidem, ztrácí práce v pomáhající profesi účinnost. To je často spojené s nedostatkem odborné úrovně, nedostatečnou přemýšlivostí, profesionální únavou až deformací, s nadřazeností. Tyto faktory, které mají jako vše svůj následek, snadno vedou k problémům, nezdarům, nedorozuměním, konfliktům a neshodám. Stávají se i nedostatkem v obrazu zdravotníka o vlastní pracovní činnosti, zdrojem menšího pracovního uspokojení a menší spokojenosti se sebou samým.

Základní předpoklady pro úspěšný výkon profese zdravotní sestry formulovala Munzarová (2005, s. 55, 56) uvádí je taxativně, avšak výstižně:

- věrnost důvěře, bez níž stěží může jakýkoliv správný vztah existovat.
- potlačování svých vlastních zájmů při vědomí toho, že osoba, jíž sloužíme, je zranitelná a zcela závislá na naší pomoci.
- intelektuální čestnost, jelikož praxe přesahující vlastní odborné znalosti a schopnosti může spíše uškodit.
- soucit, jelikož pochopení důvodů jedinečného stavu tísně je základním klíčem k jejímu hojení.
- odvaha vytrvat v dobrém tváří tvář dnešní komercializaci, depersonalizaci a industrializaci profesního života.
- opatrnost a rozvážnost v každém konání, aby zvolené postupy odpovídaly jak po technické, tak i po mravní stránce dobru ošetřované osoby.

Důležitou složkou práce zdravotní sestry je kvalita interpersonálních vztahů na pracovišti, účinná spolupráce, která je neslučitelná s nepružným, na sebe zaměřeným, nepřemýšlivým a necitlivým jednáním s okolím.

Efektivitu práce zdravotní sestry ovlivňuje řada pozitivních i negativních faktorů. Hluběji se činností zdravotních sester zabývá M. Jobánková (1992), která uvádí přehled pozitivních a negativních faktorů podílejících se na úspěchu práce sestry.

Pozitivní faktory dle Jobánkové (1992, s. 53) jsou:

- Sociální vnímavost a schopnost vcítění.
- Zkušenosti.
- Realismus v pohledu na sebe i na druhé.
- Znalosti o struktuře osobnosti a vazbách, které ji ovlivňují.
- Znalost posuzovacích metod, včetně vědomí chyb a omylů, kterých se posuzovatel může dopustit.
- Znalost psychologické terminologie, která umožňuje sdělovat výsledky posouzení druhého člověka, třeba pacienta, jiné sestře nebo lékaři jednoznačně a úspornými prostředky.
- Znalost základů sociální psychologie, především vzhledem k mezilidskému kontaktu a faktorům, které jej ovlivňují (vnímání člověka člověkem, vzájemné působení v mezilidských situacích).
- Při poznávání pacientů schopnost spojovat poznatky medicínské s psychologickými.

Negativní faktory:

Zdravotnický pracovník prochází řadou svízelných situací nejen v osobním, ale i pracovním životě, kdy je podroben např. nepřiměřeným úkolům a požadavkům na něho kladeným, vznikajícím problémovým situacím, konfliktním situacím ať se spolupracovníky či s pacienty, zažívá i náročné stresové situace. Ačkoliv u zdravotníků působí profesionální výběr, vzhledem k procentuálnímu rozšíření maladaptivních projevů v populaci (přes 40%), musíme počítat s tím, že se tyto lidé budou objevovat i ve zdravotnictví a v určitých situacích budou zdrojem problémů.

Sestry s neadaptivními projevy, které ve zdravotnických zařízeních potkáváme, M. Jobánková (1992) charakterizovala a typologicky rozdělila:

- *Sestry náladové:* v euforické, povznesené náladě mohou podceňovat zodpovědný přístup k práci, přehlížet problémy, pokyny a ošetrovatelské standardy. Mohou být zdrojem dobré nálady, ale mohou jejími projevy také své okolí obtěžovat. Tento typ sester vedeme ke kázni a zdrženlivosti. Sestry s pokleslou, depresivní náladou přenášejí na nemocné svou skepsi, proto povzbudíme jejich aktivitu.

- *Sestry psychastenické*: se dále dělí na úzkostlivé, které mohou své vlastní potřeby stavět nad potřeby pacientů, těžce nesou změny a nejbližší jim je zaběhnutý systém práce. Jsou spolehlivé, ale nejsou flexibilní. Jejich přednost je v tom, že jsou schopné i velmi dlouhodobé práce s nemocnými při malých či problematických výsledcích. Schizothymní typy sester bývají dobrými odbornicemi, ale pro stesky, potíže a potřeby pacienta nemají pochopení. Obhajují si svůj svérázný systém práce a často mají pichlavý, zraňující humor. Sestry citově chladné, jež také patří do této kategorie, mívají pro svou necitelnost vůči pacientům snížené uplatnění.
- *Sestry podezřivé*: bývají problémem pro svou vztahovačnost, podezřivost, stálou připravenost odhalit nekalý úmysl. Často v sobě živí pocity křivdy a zneuznání. Pro tyto vlastnosti bývají neoblíbeny u spolupracovníků i u pacientů. Stávají se ohniskem konfliktů a sporů.
- *Sestry hysterické*: rády hrají roli s magickým kouzlem osobnosti. Hledají zajímavé případy, o kterých pak mohou hovořit. V nemocném dokáží vzbudit očekávání, které pak nesplní. Nejsou vhodné pro oddělení, kde má léčba zdlouhavý charakter.
- *Sestry přecitlivělé*: mají měkkou, zranitelnou, citlivou povahu, nerady samy rozhodují a nesou zodpovědnost. Uplatní se v sektoru, kde je citlivý přístup k nemocným zvláště cenný.
- *Sestry popudlivé*: jsou problémem pro své zlostné výbuchy. Je třeba, aby pocítily, jaké nepříjemnosti si mohou svým nevhodným jednáním způsobit.

Autorka jako účinné řešení navrhuje sestry s neadaptivními projevy a chováním zařadit na pracovní pozici, ve které je minimalizováno jejich negativní působení na okolí a kde mohou projevit své osobnostní přednosti.

V této souvislosti je nutno poznamenat, že M. Jobánková vcelku komplexně pojala negativní charakteristiku zdravotních sester, k vyčerpávajícímu pohledu však chybí i pozitivní charakteristika sester ve smyslu emoční vyrovnanosti, empatie, tolerance, trpělivosti, atd.

2. STRES

Stres se stal symbolem a epidemií dnešní doby a zřejmě již každý člověk ve vyspělé civilizaci ho poznal, použil pro sebe označení, že je ve stresu. Lidé si na stres stěžují a považují jej za původce většiny obtíží dnešní doby a bohužel mají pravdu. Zažíváme rostoucí životní tempo, vzrůstající požadavky na výkonnost a život ve společnosti a pocítujeme sílu úspěchu silných jedinců.

Stres je však také pozitivní hybnou silou, která určuje tempo našeho života, dodává mu dynamiku, aktivitu, pomáhá nám přežít, ať jsou vstupující podněty negativní či pozitivní. Bez stresu by bylo málo pozitivních změn a konstruktivních činností. Základem a nepříliš lehkým úkolem současnosti je nalézt rovnováhu mezi příliš velkým a příliš malým stresem. Mnozí lidé si totiž ani neuvědomují skrytý stres, jemuž jsou vystaveni.

„Pro definici stresové situace je podstatný *poměr mezi mírou (intenzitou, velikostí, tlakem apod.) stresogenní situace (stresoru či stresorů) a „silou“ (schopnostmi, možnostmi apod.) danou situaci zvládnout*. O stresové situaci (o stresu) hovoříme jen v tom případě, že míra intenzity stresogenní situace je vyšší než schopnost či možnost daného člověka tuto situaci zvládnout. Obecně jde o tzv. *nadlimitní* – nadhraniční zátěž. Ta vede k vnitřnímu napětí (strain) a ke kritickému narušení rovnováhy (homeostázy) organismu.“ (Křivohlavý, 2003. Str. 170, 171)

„Stres je soubor regulačních mechanismů nastupujících při ohrožení *vnitřní homeostázy* (stálosti vnitřního prostředí) organismu. Existují sice plynulé přechody mezi adaptací (přizpůsobením se) a stresem, ale většinou se *stresovou reakcí* rozumí situace na hranici patologického stavu. Často tato stresová situace začíná reakcí poplachovou. Optimálním výsledkem vyrovnání se organismu se stresovou zátěží je úplná restituce (obnovení) funkce, opačným stavem je zhroucení a smrt organismu. Nejčastěji však dochází k *adaptaci*, tzn., že při opakování situace se odpověď organismu snižuje. Vzácnějším případem je *senzibilizace* (přecitlivělost).“ (Strnadová in: Vašina, 1998, s. 198)

Stres mohou vyvolávat všechny možné okolnosti a podněty každodenního života a označujeme tak nelibý pocit tlaku, který nás provází.

Stresové podněty však provází živé systémy již od jejich vzniku. Situace, které vnímáme jako stresující, alarmují a mají varovnou hodnotu pro náš neurologický

systém. Mozek rozpoznává nebezpečí, předvídá ohrožující situaci, konfrontaci s něčím neznámým. Zde poznáváme, že stres má pro náš organismus vlastně adaptační význam a je člověku prospěšný, pokud nepřekročí jistou mez. Hranice, kdy vnímáme situaci jako stresující je však podmíněna individuálně osobnostními charakteristikami člověka a tak to, co jeden člověk vnímá jako silně stresující, jiný zvládá bez jakýchkoliv neuropsychických problémů.

Bez ohledu na druh stresoru - příjemného či nepříjemného se organismus vždy připravuje na zvládnutí varovné situace a v těle je vyvolána neurohumorální odpověď, které se účastní mnoho hormonů hypofýzy spolu s centrálním nervovým systémem (zvýšení srdeční frekvence, rozšíření zornic, vylučování adrenalinu a noradrenalinu, atd.), která pro tělo tvoří reakci *boj nebo útek*, tzn., že připravuje organismus na zvládnutí nouzové situace. Výzkumy ukázaly, že vyvíjí-li organismus aktivní úsilí o zvládnutí stresové situace při přerušovaném působení stresoru (vystavení stresu a následná možnost zotavení se), vytvoří se časem stresová tolerance.

Dlouhodobý nadhraniční stres negativně ovlivňuje kognitivní výkon (potíže se soustředěním a logickým uspořádáním myšlenek) (Strnadová in: Vašina, 1998), pracovní výkonnost (nemocnost, osobní nehodovost, nedůslednost při plnění úkolů, roztěkanost), projevují se behaviorální symptomy stresu, jako nezdravé chování a změněný denní životní rytmus.

2.1 TEORIE STRESU

Jako první se studiem konfliktních situací a následných fyziologických změn v organismu zabýval I. P. Pavlov. Sledoval jak změny ve fyziologické činnosti (rozbor žaludečních šťáv), tak chování zvířat za stresové situace.

Na něj navázal W. Cannon, který se zaměřil na změnu fyziologických funkcí. Ve svých výzkumech zjistil, že „...v situaci ohrožení dochází k mobilizaci celého organismu a k celkovému zvýšení činnosti sympatického nervového systému. Cannon je tak považován za průkopníka studia tzv. *sympatoadrenálního systému při stresu*.“ (Křivohlavý, 2003, s. 167)

H. Selye vytvořil jednu z nejdůležitějších teorií stresu. Sledoval fyziologické funkce jako jeho předchůdci a zaměřil se zvláště na endokrinní systém. Ve svých výzkumech zjistil, že stres může způsobit psychické změny a ty pak mohou ovlivnit hodnoty fyziologických funkcí. A dále, že bez ohledu na druh zátěže organismu se objevují stále jejich stejné změny. „Tento stabilní (nespecifický) vzor odpovědi organismu na ohrožení nazval GAS – General Adaptation Syndrom, **obecný adaptační syndrom.**“ Vyznačil v něm tři fáze, které si popisuje Křivohlavý (2003):

1. Poplachová fáze GAS. Je to šok ze střetnutí organismu se stresem. Následuje protišoková reakce, kdy dochází k mobilizaci obranných možností organismu (změny fyziologických funkcí) a nastává příprava na reakci boj nebo útěk. Historicky smysluplné, dnešní člověk však často nemá s kým bojovat, ani kam utéci.
2. Fáze resistance GAS. Charakterizuje ji úsilím udržet adaptaci organismu. Při dlouhodobém vystavení stresoru se objevuje soubor příznaků zhoršujícího se stavu organismu, tzv. nemoci adaptace (žaludeční a dvanáctníkové vředy, hypertenze, bronchiální astma, atd.)
3. Fáze vyčerpání v rámci GAS. Energie je vyčerpána, tělo již není schopno adaptační proces zachovat, boji se stresem podléhá a hrouť se. Objevuje se např. deprese, vážné nemoci (rakovina) za určitých okolností i smrt.

V padesátých letech dvacátého století se o stresu začalo mluvit v souvislosti se vznikem různých onemocnění. Projevy stresu v oblasti somatické popsal a autorem teorie o vzniku tzv. civilizačních chorob je již výše zmíněný kanadský fyziolog Hans Selye. Tvrdil, že v pozadí každé nemoci je možno zjistit existenci určité specifické příčiny a tak pomohl vědě odhalit jak léčit celou řadu nemocí. „Psychosomatické onemocnění znamená chorobný stav, kde v souboru vlivů stojících u zrodu choroby je možno zjistit nezanedbatelný vliv psychiky (úzkost, deprese, pocity ohrožení).“ (Strnadová in: Vašina, 1998, s. 236) Selye upozornil, že na nemoc působí nejen mikrob, ale i životní prostor člověka a dal tak základ holistickému modelu práci s člověkem.

Psychobiologický model stresu zpracoval C. Levi, který následně uvedl koncepci psychosociálního stresu a jeho zdravotních důsledků. Píše, že při působení chronického stresu dochází v organismu k celé řadě změn v imunitním, endokrinním a nervovém systému. Tyto změny mohou přímo způsobit onemocnění. Výzkumy ukázaly, že stres zhoršuje funkci bílých krvinek – lymfocytů, které chrání

organismus před podněty vyvolávajícími odchylky od zdraví. Nepřímo se stres na vzniku psychosomatických onemocnění podílí tak, že ovlivňuje chování, čímž pak dochází ke změnám stravovacích návyků či k nezdravému způsobu života. Zvýšená zátěž organismu způsobuje:

- Srdeční symptomy – hypertenze, ischemická choroba srdeční, palpitace
- Gastrointestinální symptomy – vředová choroba, průjem, nevolnost, dyspepsie
- Symptomy centrálního nervového systému – únava, poruchy spánku
- Respirační symptomy – hypoventilace, dušnost
- Sexuální symptomy – impotence, frigidita
- Potíže svalového aparátu – svalové bolesti, napětí

Mezi nejzávažnější stresová onemocnění patří ischemická choroba srdeční, hypertenze, vředová nemoc a také nádorová onemocnění. Nevládnutý stres uvede do chodu děje, které se následně projeví jako rozvíjející se nádorové onemocnění.

Již několik let se výskyt psychosomatických onemocnění neustále zvyšuje. Ve svém důsledku jsou velmi závažná, a proto je třeba zaměřit se na jejich prevenci a naučit se zdravému způsobu života a zvládnání stresových situací.

2.2 STRESORY

Stresory jsou podněty, které vyvolávají odpověď organismu. Mohou to být nejrůznější *fyzikální* a *chemické* vlivy (chlad, hluk, teplo, toxické látky) a také vlivy *psychické* (nemoc, smrt, svatba). Chamoutová (2006) uvádí další rozdělení podle Schreibera na vlivy *úkolové* (způsob řešení úkolů, stupně odpovědnosti, schopnosti organizace práce), *myšlenkové* (prožívání světa, anticipace událostí, postoj k sobě a okolí, výklad událostí, chování) a *sociální* (vztahy a komunikace s druhými lidmi). Existuje nespočet událostí, které člověk vnímá jako ohrožení jeho duševní či tělesné pohody. Zdroje stresu nacházíme stále více v životním i pracovním prostředí člověka.

Lazarus rozdělil stresory na *krátkodobě působící* (bolest, hlad, atd.) a *dlouhodobě působící* (nadměrné množství úkolů, časová tíseň, stres z prostředí, ze životních okolností).

Epstein ukázal, že stresor je pro člověka tím těžší, čím více ohrožuje jeho vlastní já. Jeho asimilační kapacitu, tj. schopnost vstřebat nové poznatky, způsoby jak se s nimi vypořádat, vytváření nových schopností vyrovnání se s obtížemi a vstupující faktory ohrožující sebeúctu, kladné sebehodnocení, hrdost, sebecenění. Vychází ze zjištění, že každý člověk si vytváří určitou představu o sobě samém a dojde-li k zásahu, který ji může narušit, dostává se do stresu. Strnadová (in: Vašina, 1998) popisuje Epsteinovo rozlišení tří druhů stresorů podle toho, jakou úzkost vyvolávají:

1. Stresory biologické (vitální) – ohrožují život či existenci určitých orgánů.
2. Stresory ohrožující asimilační kapacitu – ohrožují naši schopnost vyrovnávat se s těžkostmi, vstřebávat nové a nové podněty.
3. Stresory ohrožující naši sebeúctu.

Strnadová (in: Vašina, 1998) také zmiňuje Atkinsonovou, která formulovala tři charakteristiky stresových událostí, které v člověku vyvolávají stresové reakce. Jsou to: neovlivnitelnost, nepředvídatelnost a míra, kterou představují výzvu pro hranice našich schopností.

Na význam subjektivního hodnocení stresoru danou osobou upozornil Selye. Stupeň, ve kterém je událost vnímána jako stresová, se u každého člověka liší. I pouhé přesvědčení o tom, že událost můžeme ovlivnit, úzkost člověka snižuje. Bylo zjištěno, že lidé dávají přednost předvídatelným nepříjemným událostem, před nepředvídanými a byla dokázána snížená intenzita jejich úzkosti, zřejmě v důsledku aktivace přípravného procesu v očekávání nepříjemné situace.

Právě pomáhající profese jsou typickým povoláním, charakterizovaným kvantem nepředvídatelných událostí a jsou tak považována za velmi stresující.

Zajímavým postřehem je, že lidé při setkání se silným stresorem vykazují podstatné oslabení kognitivních funkcí, tj. mají potíže se soustředěním a logickým uspořádáním myšlenek, nepružným chováním. Příčinou může být vysoká hladina emoční aktivity, či působení rušivých myšlenek.

Nejčastější reakcí na stresor je úzkost a v různé míře jsme ji někdy prožili všichni. Při působení extrémně silných stresorů (autonehoda se smrtí) se může rozvinout až posttraumatický stresový syndrom. Druhou nejčastější reakcí je vztek, který může vést k agresi. Kdykoliv člověk zažívá frustraci, dochází k vyvolání agresivního pudu, který poškozují zdroj frustrace (objekt či osobu). Často se projevuje spíše verbálně než fyzicky a mnohdy je také frustrovaným přesunuta na náhradní objekt. Naopak běžnější reakcí na frustraci je uzavření se do sebe a apatie.

Při déle působícím stresoru a vyčerpáním adaptační energie jedince může apatie přerůst v depresi.

Závěrem kapitoly se zmiňme také salutory, pozitivní životní faktory, které v náročných životních situacích člověka posilují, povzbuzují, dodávají mu sílu ke zvládnutí situace. Je to např. pocit smysluplnosti vykonávané činnosti, přesvědčení o hodnotě toho, oč se snažíme, pochvala a uznání naší činnosti druhými.

2.3 TYPY STRESU

Eustres

Autorkou této terminologie je J. Bernardová. „...eustresem označuje příjemný druh stresu (svatba, dovolená, vánoce) a distresem nepříjemný (zranění nebo nemoc, ztráta zaměstnání)“ (Strnadová in: Vašina, 1998, s. 206).

Eustres je stav, který je pro organismus prospěšný, udržuje ho v příjemném napětí. Jsou to pro tělo známé, pozitivní podněty. Jsou to stresory, které v nás vyvolávají radost, i když vyžadují určitou námahu. Po dosažení cíle pocítíme radost z úspěchu. Člověk se do nich dostává také z vlastní iniciativy (sportovní výkony, adrenalinové jednání). Tyto „pozitivní“ stresory jsou v mozku vedeny přes centrum libosti, uvolňují sexuální hormony, a zvyšují tak tělesnou odolnost vůči distresu. (Plamínek, 2008.)

Distres

Při distresu zažíváme pocit ohrožení v poměru k možnostem zvládnutí nastalé situace, provázejí nás nepříjemné pocity, které vyvolávají negativní emoce, vyčerpává nás a narušuje naši stabilitu. Distres pocítíme ihned, neboť tělo spouští již výše popsanou obrannou reakci. Tyto reakce vedou přes limbický systém v mozkovém kmenu, jež je nejstarší část mozku, řídící reflexní reakce, začne produkce kortikoidů a člověk pocítuje nepříjemné vzrušení.

Akutní stres

Nazýváme termínem „challenge“ výzva. Je to jednorázový stres, který je reakcí na stresovou situaci. Patří sem krátkodobé události či běžné denní problémy, které je

třeba zvládnout. Dle intenzity působící události, pozorujeme i příznaky v psychice člověka, odeznívající během několika hodin až dnů.

Chronický stres

K chronickému stresu patří situace, které není možno vyřešit, dostat je pod kontrolu, zvládnout je a zvítězit. Vzniká působením jednoho nebo více stresorů po delší dobu. Může to být i soubor tzv. mikrostressorů, které dlouhodobě působí na člověka. Intenzita stresorů může kolísat nebo působit intermitentně. Často ovlivňuje pracovní výkonnost, vede ke vzniku psychosomatických onemocnění, či k syndromu vyhoření.

Posttraumatický stres

Často označovaný jako posttraumatická stresová porucha. Je to opožděná reakce na krátkodobou stresovou situaci avšak silné intenzity. Jsou to často katastrofické situace se závažnými důsledky. Vzpomínky na prožitou událost mohou pak vyvolat výraznou emoční reakci.

Odolnost vůči stresu může být zvýšena předchozí expozicí určitému druhu stresu, což se projeví zvýšeným prahem stresu.

2.4 ZVLÁDÁNÍ STRESU

Subjektivní hodnocení stresu významně ovlivňuje duševní i tělesné zdraví člověka. Ať už se jedná o sebejistotu, sebeobraz, neuropsychické symptomy, vegetativní projevy či psychosomatickou nemoc. Proto je dobré zvládání náročných životních situací tak důležité. Jak bylo však řečeno již výše hranice vnímání situace jako stresující či náročné je individuální. Jedinci s nižší tolerancí zátěže se technice lepšího zvládání musí naučit.

Pojem zvládání stresu pochází od R. S. Lazaruse, který ho definuje následovně (In: Křivohlavý, 2003, s. 69): „zvládáním se rozumí proces řízení vnitřních i vnějších faktorů, které jsou člověkem ve stresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje.“

„Pro zvládání stresu je dobré mít na paměti tři velmi jednoduché skutečnosti. Především to, že stres je přirozenou součástí života, která nás nutí k aktivitě a chrání před nebezpečím. Dále to, že svým postojem ke stresorům můžeme překvapivě často a velmi rozsáhle ovlivňovat míru stresu, který prožíváme. A konečně, že zvládání

stresu by nemělo mít charakter bitvy, ale poznávání a mírového soužití. Často je spíše třeba začít něco nedělat než si ukládat další a další stresující úkoly.“ (Plamínek, 2008, s. 122)

Tento úryvek z knihy Jiřího Plamínka v podstatě vystihuje obsah následující kapitoly. Jde o to, že pro pocit osobní životní spokojenosti je zásadní jak člověk vnímá okolnosti, které mu život přináší. Ten, kdo bere překážky a změny spíše jako příležitost k rozvoji, než jako narušení bezpečí hodnotí svůj život celkově pozitivněji. Naopak lidé, kteří se řešení problémů vyhýbají, jich ve svém životě cítí více.

V angličtině coping znamená umět si poradit a vypořádat se s mimořádně obtížnou, nezvládnutelnou situací, zvládnout náročný úkol.

Na tomto místě je vhodné vysvětlit si několik pojmů, kterým je nutné rozumět, mluvíme-li o zvládání stresových situací. Prvním je **adaptace**. Tou se rozumí vyrovnání se se zátěží v obvyklé, běžně zvládnutelné situaci. Termínem **coping** nazýváme střet člověka s nepřiměřenou, nadlimitní zátěží. Je to forma jejího zvládání. Zajímavým je termín **anticipatory coping**, kterým označujeme procesy přípravy na nepříjemnou událost, kterou očekáváme. Zahrnuje procesy kognitivní (myšlenkové), emocionální i volní a přípravu vhodných strategií, plánů, zdrojů sil, efektivních aktivit k dosažení vytyčeného cíle. Cílem copingu je adaptace a vyhnutí se **maladaptaci**, což je neadaptivní forma zvládání zátěže (agrese, únik, izolace, regrese, rezignace, atd.).

2.4.1 STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ NÁROČNÝCH ŽIVOTNÍCH SITUACÍ (COPINGOVÉ STRATEGIE)

Na problematiku copingových strategií se zaměřují psychologické behaviorální přístupy, jež kladou důraz na změnu způsobů chování a změnu vnějších podmínek dané osoby a kognitivní přístupy, které v první řadě zdůrazňují vnitřní vlivy (myšlenky, představy a postoje). Být ve stresu je emocionální stav. Člověk však může modifikovat vlastní emoce, iracionální myšlenky a chování, a tedy sám ovlivnit vlastní hladinu stresu. Dle toho, co se snažíme učením těchto metod změnit, odlišuje Strnadová (in: Vašina, 1998) metody zaměřené na:

- Změnu systému přesvědčení

- Změnu pravidel, jimiž se řídí činnost či jednání
- Změnu příkazů vnitřní mluvy
- Změnu kognitivního (myšlenkového) pojetí

Při nacvičování vhodnějších způsobů zvládnání náročných životních situací, se často kognitivní a behaviorální techniky kombinují.

Technikami, jimiž si člověk vytváří nové návyky, se zabýval Černý (2006). Člověk si musí nejdříve ujasnit, co se má změnit a k čemu je mu tato změna dobrá. V těchto dojmech se podívat na svoje staré návyky a ujasnit si v jakých situacích se uplatňují, co je spouští, na čem závisí. Jaký bude nový návyk? Jaká budou pravidla a postup při jeho uplatňování? A na závěr je třeba tuto modifikaci chování uplatňovat a opakovat.

R. Lazarus si všiml si snahy člověka poznat, co se děje, odkud přichází nebezpečí, jaká jsou možná řešení nastalé situace, tedy celkové myšlenkové zpracování. A vytvořil přehled strategií zvládnání stresu (coping strategies) (Strnadová, in: Vašina, 1998. Str. 204):

1. Zvyšování informovanosti o tom, co se se mnou děje, i o tom, co se děje mimo mne, ale mne se to týká, případně o tom, jaká je naděje, že tou či onou strategií jsem schopen zvrátit chod událostí nebo alespoň zmírnit dopad stresoru. Základní rozhodnutí vyžaduje, abychom situaci, před níž stojíme, zařadili do jedné ze dvou tříd:
 - a) Situace je nezměnitelná (je nutno přijmout – akceptovat to, co se událo či děje jako hotovou věc[...])
 - b) Situace je změnitelná (můžeme bojovat s nepříznivou situací, utkat se se stresem a snažit se zvládnout obtíže vhodnou strategií – obranou či útokem).
2. Přímá činnost – jakýkoliv čin, kterým se buď z vlastní iniciativy, nebo vyprovokován stresem dávám do boje.
3. Utlumení (inhibice) určité činnosti, která by mou vlastní situací mohla zhoršit, anebo mne oslabit.
4. Vnitřní (intrapsychické) procesy typu „rozhovoru sama se sebou“ (jakési samomluvy), kdy se snažím přehodnotit situaci, změnit žebříček hodnot, najít jinou cestu řešení apod.
5. Obracení se na druhé lidi se žádostí o pomoc – o odbornou radu, útěchu, uklidnění, posilu, sociální oporu apod. můžeme také delegovat – doslova [...]

přesunout na někoho jiného. Je vhodné i kooperovat – spolupracovat, nedělat vše sám, ale s někým druhým či s dalšími lidmi.

Zjednodušeně řečeno, člověk pracuje se strategiemi zaměřenými na dva druhy faktorů. Řeší problém - stresor a vyrovnává se se vzniklým emocionálním stavem.

Strategie, které se používají při řešení problému, popsal Černý (2006):

1. Přímá akce – tzn. udělat něco přímého nebo specifického k vyřešení.
2. Vyhledávání informací – tzn. sbírání všech informací, které mohou být užitečné při řešení problému.
3. Obrácení se k druhým – vyhledávání sociální podpory v nejrůznějších podobách pomoci od rodiny, přátel a ostatních.

Strategie zvládnání stresu zaměřené na emoce (Ibid):

1. Rezignovaná akceptace – tzn. přijetí problémové situace takové, jaká je. Tato metoda je důležitá tehdy, když nelze změnit základní uspořádání stresové situace. Např. při ztrátě blízké osoby.
2. Emoční vybití – tzn. všechny způsoby chování, které umožňují expresi emocí a snižují tenzi ze stresu. Např. křik, pláč, ale také černý humor.
3. Intrapsychické procesy – využití kognitivních strategií ke změně pohledu na stresující situaci.

V současné době se různí autoři např. Kebza (2005), začali věnovat koncepci proaktivního zvládnání stresu. Podstatou tohoto přístupu je, že dotyčný včas předvídá působení stresoru a hledá způsob řešení ještě před jeho plným rozvinutím. „Cílem koncepce bylo vytvořit pozitivně orientovaný způsob zvládnání, vycházející ze stanovených cílů a usilování o jejich zvládnutí ještě před plným nástupem vlivu stresoru.“ (Ibid, s. 123)

Volba strategie zvládnání náročných životních situací je soudobou psychologí chápána jako složitý proces. Důležitou roli zde hrají osobní charakteristiky toho, kdo hledá vhodnou strategii, jeho individuální pohled na svět a vhodnost použití různých postupů. Myšlenkové řešení a zpracování dané situace, emocionální ohledy na všechny zúčastněné a vůle, kterou je třeba řídit běh veškerého dění.

Ukazuje se, že lépe používají své schopnosti zvládnání problémových situací jedinci z fungujících rodin. Tito jedinci totiž vnímají zátěž více pod vlastním vlivem, více si uvědomují možnost vlastního působení na situaci, neboť pozitivní rodinné prostředí dodává pocit důvěry v sebe sama.

Krátce se zmiňme o nebezpečných a poškozujících strategiích zvládnání stresu (malcoping). Patří k nim kouření, abúzus alkoholu, užívání drog, užívání velkého množství léků, nadměrné pití kávy a černého čaje, promiskuitní chování, přejídání, atd.

2.4.2 OSOBNOSTNÍ CHARAKTERISTIKY, KTERÉ HRAJÍ ROLI PŘI ZVLÁDÁNÍ STRESU

1. Osobnostní rozdíly v přístupu k těžkostem.

J. Rotter charakterizoval dva typy osobností podle toho, jak přistupují k problémům a různým obtížím. Na jednom konci jsou lidé, s tzv. vnitřním ohniskem kontroly. Problémy, které je v životě potkají, řeší pomocí své iniciativy, svých schopností a dovedností, s „chutí poprat se s tím“. Na druhém konci jsou lidé s tzv. vnějším ohniskem kontroly, jež k pomoci potřebují druhé, čekají na vlastní zvrát událostí, buď zásahem osudu, či nečekanými okolnostmi. Řešení tedy očekávají zvnějšku.

2. Nezdolnost v pojetí resilience.

Termín resiliency znamená pružnost, elasticnost, nezlomnost. Je to osobnostní charakteristika typu – nedat se a bojovat s těžkostí, rys, který člověku výrazně pomáhá překonávat překážky. Ukázalo se, že tyto osoby se vyznačují vysokou mírou sebehodnocení, emocionální citlivostí a v mládí měly velice blízkou osobu, která je měla ráda. Ta jim dodávala sebedůvěru a otevírala jim nové možnosti v životě. Protipólem je zranitelná osobnost, se sklonem reagovat pod vlivem stresu psychickým nebo somatickým onemocněním

3. Nezdolnost v pojetí koherence.

Koherence je definovaná jako smysl pro integritu. Tento termín razil A. Antonovsky. Rozumí se tím vnitřní skloubenost osobnosti člověka, jeho charakteru a pospolitost, soudržnost sociálního prostředí. Tato vlastnost pomáhala přežít osobám vězněným v nacistických koncentračních táborech. „Osobnostní charakteristiku koherence A. Antonovsky definoval třemi základními charakteristikami: „srozumitelností situace, smysluplností boje a zvládnutelností úkolu.“ (In: Křivohlavý, 2003, s. 72)

4. Nezdolnost v pojetí hardiness.

Pojem tzv. hardiness - osobní tvrdosti, odolnosti vytvořila S. Kobasová a podřadila pod něj tři osobnostní charakteristiky: dojem osobnosti, že může kontrolovat a řídit dění kolem sebe, míra ztotožnění se s tím, co dělá a chápání těžkých situací jako výzvy k boji. Výzkumy byly potvrzen vztah mezi touto odolností a zvládnutím stresu a subjektivně hodnocenému zdraví, kdy se osoby cítili zdravější.

5. Vnímaná osobní zdatnost.

Sebeuplatnění, důvěra ve vlastní schopnosti (angl. Self-efficacy) pojem A. Bandury, amerického psychologa, který se zabýval teorií sociálního učení. Pojem zahrnuje tři skupiny faktorů – chování, vnitřní osobnostní dispozice a vnější prostředí. Obsahuje přesvědčení, že člověk je schopen na základě vlastní zkušenosti či zkušenosti jiných zvládnout zadaný úkol, umí přesvědčit ostatní, že mají potřebné znalosti a dovednosti a je schopen vnímat svůj zdravotní stav.

6. Optimismus.

7. Smysluplnost života a smysl pro humor.

8. Kladné sebehodnocení.

9. Sebedůvěra a síla vlastního já.

10. Svědomitost.

11. Naučené zdroje síly.

12. Negativní afektivita, depresivní ladění.

3. EMOCIONALITA A STRES

V předchozích kapitolách o pomáhajících profesích a stresu jsme v jejich pozadí odhalili silný vliv lidské emocionality. V pomáhající profesi pracovníka ovlivňují vnitřní struktury a obranné struktury, které se během jeho života a hlavně v dětství v jeho psychice vytvořily. Při stresu pak jeho subjektivní prožívání a hodnocení významně ovlivňuje jeho duševní i tělesné zdraví. Hodnocení událostí je imanentní součástí lidských emocí, a negativní emoce mimo jiné ovlivňují motivaci, míru duševní rovnováhy, frustrační toleranci, stupňují psychické napětí a ovlivňují vztahy člověka k sobě i k druhým lidem. Takto zesilující psychická tenze pak opět působí na stupňování negativních emocí, které se u člověka promítnou do psychosomatické nemoci, či do objevení příznaků syndromu vyhoření. Psychické napětí je spojeno s prožitkem strachu, neklidu, úzkosti či nejistoty a tyto emoce jsou mnohdy spojeny s agresí, jež je obrácená dovnitř nebo navenek. Jinak řečeno emoce a poznání jsou nástroje v rukou Já. Vždy přítomné emoce umožňují Já v každém okamžiku sebeprožívání, rozhodují o sebeakceptaci, jež je nezbytnou podmínkou přirozeného sebevědomí osobnosti.

Emoce jak víme, mají různě dlouhé trvání a intenzitu. Také nemůžeme ovlivnit, zda určitou emoci budeme či nebudeme prožívat. Je vyprovokována určitou spouštěcí událostí, nastupuje rychle, vnímáme ji automaticky a provází ji další mimovolné projevy. Některé fyziologické reakce, jež následují (pláč, křik, smích) jsou vnímány jako nezbytné, neboť regulují emocionální stav, přinášejí úlevu a někdy uvolňují i velice silnou energii. Tyto reakce se vyvinuly se v průběhu evoluce a nazýváme je bioregulační opatření. Pokud jsou však tyto projevy nepřiměřeně silné, narušují kognitivní funkce, chování i vztahy. Umět vyjadřovat a cítit emoce je nezbytné pro fungování racionálního chování. Jejich skrývání se projevuje destabilizací osobnosti a narušením interního i externího života. Neprojevení, zastírání či skrývání emocí závisí na výchovném stylu a člověk se tomu může učit již v dětství, kdy je nabádán chovat se v rozporu se svými pocity. Vzhledem k tomu, že dále následuje souhlasná reakce okolí, naučí se své emoce systematicky zastírat chováním, které si podle jeho mínění společnost vyžaduje.

Zabýváme-li se lidskou emocionalitou, zajímavým a neopomenutelným jevem je tzv. mechanismus pouta. V různých situacích života pracují emoce v interakci a člověk někdy zažívá zcela protichůdné pocity. Při hlubší analýze těchto neadekvátních pocitů a chování, můžeme zjistit, že jsme je zažili již v minulosti, kdy tato reakce odpovídala našemu vnímání situace a organismus ji znovu opakuje jako známou, již prožitou reakci. Emoce, hlavně ty traumatizující, které jsme v minulosti nedokázali zvládnout, zůstaly svým způsobem aktivní a při setkání se stimulem jsou znovu probuzeny. Návod pro řešení těchto nepříjemných reakcí je relativně jednoduchý. Je třeba ponořit se do této negativní emoce a hledat její původ v minulosti. Často se člověk musí vrátit až do raného dětství, aby toto pouto odhalil. Po jeho identifikaci, je třeba s problémem pracovat tak, abychom na něj našli nový pohled. Při získání odstupů nadále dochází k omezení neadekvátních projevů emocí.

Emoce dodávají výraz komunikaci, umožňují její vnímání a porozumění. Na zprávu reagujeme emocionálně ještě dříve, než jsme pochopili její smysl a to metakomunikací a neverbální komunikací. Negativní emoce však snižují kognitivní výkon, zvyšují emoční labilitu, snižují frustrační toleranci, zvyšují míru stresovanosti, což se promítá do vztahů a dialogu. Člověk není schopen dostatečně postřehovat vztahy a souvislosti mezi informacemi. Tento fakt pak bývá zdrojem nepochopení a konfliktů. Emocionální reakce přijímajícího na zprávu probíhá téměř jako reflex, bez zásahu vědomí nebo rozumu. Tento jev nazývá Arrivé (2004) emocionální rezonanci. Sdílení emocí je základní dimenzí porozumění druhému člověku a tvoří základ důležité komunikační a sociální schopnosti, kterou je empatie. Schopnosti představit si sám sebe na místě druhého člověka a intuitivně cítit to, co cítí on. Připomeňme však, že pokud pocity druhého nejsme schopni zcela jasně pochopit, je nutné je zjistit, neboť snažit se číst v myšlenkách druhého je velmi neplodná metoda.

Abychom dosáhli opravdové, tzv. autentické komunikace je třeba akceptovat emoce své i emoce druhého, byť mohou být nepříjemné a rušivé. To znamená plně naslouchat sám sobě, akceptovat se a stále usilovat o sebepoznání. Pak můžeme dosáhnout techniky empatického naslouchání, dokážeme druhého vyslechnout, přijmout jeho emoce i osobnost.

Emoce však nejsou spojeny pouze s určitými podněty, situacemi či vztahy, ale jsou vázány i na trvalejší rysy osobnosti. V emocionalitě tedy rozlišujeme citové procesy, které představují bezprostřední a mimovolné duševní reakce na podněty,

citové vztahy, což jsou ustálené prožitkové tendence a základní, stabilní rysy osobnosti, které jsou podmíněny biologicky či opakovaným posilováním.

Prožívání negativních emocí, jako jsou úzkost, strach, hněv, zlost, vztek či deprese nejen že negativně působí na stabilitu imunitního systému, ale také vede ke snižování kognitivních funkcí. „Při dlouhodobě prožívaném nadhraničním stresu dokonce mohou nastat ireverzibilní změny a člověk pak ve výkonových testech vykazuje známky demence.“ (Vašina, 2008, s. 104) Popišme si některé druhy emocí, které působí na chování člověka a jsou součástí našeho výzkumu v dotazníku Osmi stavů – 8SQ. Vedle teoretického rámce uchopení emocionality pojednáváme o emocích z úhlu praktického a to především jak je pomoci zvládat.

Strach

Bývá vyvolaný konkrétní událostí někdy i předtím, než k ní dojde. Tehdy mluvíme o obavě či předtuše. Známe také iracionální formy strachu jako je úzkost nebo anxiety. Strach je přirozená reakce, upozorňuje organismus na riziko a nebezpečí a pomáhá k přizpůsobení se dané situaci. Uvede do pohotovosti celý organismus. Centrální nervový systém analyzuje situaci a hledá nejvhodnější řešení. Pozorujeme také fyziologické projevy strachu: zrychlený puls a dech, pocení, bledost, svalové kontrakce, třes rukou. Je důležité, aby si člověk jeho přítomnost připustil, prožil ho a pojmenoval, neboť jeho maskování a racionalizace brání účinnému zvládnutí situace a rozpoznání vlastních obav je první etapou k úspěšnému zvládnutí vlastních emocí.

Anxieta

Úzkost se od strachu liší tím, že nemůžeme jednoznačně určit její příčinu a je bez objektu. Člověk cítí pouze potenciální nebezpečí, které silně působí na jeho obavy. Někdy natolik, že není schopen vnímat pozitivní signály vyvažující iracionální situaci. Práh tolerance anxiety je individuální. Tyto stavy mají různé dlouhé trvání a intenzitu, mohou se projevovat při každé životní změně (která ji může i vyvolat), ve specifických situacích života, nebo všudypřítomné v určitém životním období. Fyziologicky zažívá změnu srdečního rytmu, dýchací potíže, mravenčení končetin, pocení, atd. Při prožívání úzkosti jako nepříjemné emoce mohou pomoci relaxační techniky a je velmi vhodné pokusit se poznat svá pouta, zjistit původ emocí, které v situaci působí.

Deprese

Je syndrom, který zahrnuje symptomy z oblasti nálady, myšlení, psychomotoriky, včetně mimiky (Vymětal, 2003). V náladách dominuje smutek a sklíčenost, jež jsou u těžších stavů neodklonitelné. Při depresivním myšlení člověk zažívá silný pocit psychické bezmoci, přičemž jsou zasaženy všechny životní schopnosti. Je celkově pesimistický. Má negativní sebepojetí (což zahrnuje sebeobviňování, sebepodceňování, sebeodsuzování, ztrátu sebeúcty), problémy se soustředěním a pozorností, narušenou paměť. Psychomotoricky a mimicky se projevuje ztrátou energie a vitality, či vynakládáním obrovského úsilí k jakékoliv činnosti. Při hlubší depresi pozorujeme ztrátu zájmu o sebe i své okolí, sebevražedné myšlenky. Tento syndrom se nedá zvládnout vůlí a vyžaduje léčbu.

Agrese

V psychologické literatuře je vymezena jako individuální dispozice k útočnému jednání, napadání, poškozování, projevu nepřátelství či úmyslným útokům. Zajímavě téma agrese zpracoval Frielingsdorf (2000). Ve své knize se nevěnuje klasickému rozdělení agrese, nýbrž ji pojímá jako přirozenou hnací sílu člověka, jež je emocionálně iniciovaná. Odmítá její uznání pouze jako destruktivní síly. Souhlasí s tím, že je třeba ji usměrňovat, avšak pro lidský rozvoj ji vnímá jako nepostradatelnou. Agrese je zaměřená nebo nezaměřená vzhledem k objektu a může být i prospěšná a konstruktivní.

Psychobiologický směr, jehož představiteli je např. K. Lorenz a také S. Freud a psychoanalýza považují agrese za instinktivní, vrozené a endogenní faktory. Přejímají pojem energie z klasické fyziky, kdy se žádná energie nedá jednoduše odstranit, nýbrž si hledá místo a při jeho přepětí ventil.

Pokud člověk ventiluje tuto svou hnací sílu pouze ničením a poškozováním věcí, Frielingsdorf (2000) v tom vidí následek psychických bolestí a zranění, kdy člověk nemůže nebo neumí vyjádřit agresi přiměřeným způsobem. Často nacházíme původ v dětství, kdy dítě prožívalo násilí a zlé výhružné nadávky. Tím začal bludný kruh, v němž je nenávisť, nepřátelství, nepochopení, nesmiřitelnost, zranění a urážky. Agresi tyto lidé nepoužívají přímo ve střetu s protivníkem, ale vybíjejí ji na podrobených osobách.

Není-li zlost z nějakého důvodu vyjádřena a nenalezne-li náhradní objekt, obrací se proti samotnému člověku, ve formě autoagrese. Takto postižení byli často

v dětství ponižování a možná zažili u rodičů neschopnost nalézt pozitivní smysl života.

Člověk, který svou agresi potlačuje, působí navenek pokojně, zdrženlivě a rozvážně. Při bližším pohledu však v jeho chování můžeme spatřit znaky potlačené agrese. Působí introvertně, stísněně, ustrašeně, bez energie, bez zájmu, nenápadně a nerozhodně. Tělesně se projevuje zatnutými zuby, přehnanou vlídností, neklidem, nebo zvláštní ochablostí. Na projevení životní síly - agrese se tyto lidé naučili dívat jako na něco nedovoleného, hříšného či špatného. A tak současně s výše uvedenými znaky chování vnímáme i depresivní ladění těchto osob.

Jak tedy chápe ideální zacházení s agresí Frielingsdorf (2000, s. 18)? „Životu prospěšné a vztah utvářející agrese působí jako kreativní, budující a utvářející síly, které dávají vznik životu a vztahu a vposledku jsou zaměřeny na lásku, jež opět uvolňuje nové energie. Naplnění touto životní energií jsou lidé s to nasazovat své síly pro sebe a pro druhé. Dokáží se rozhodovat, čelit konfliktům, říkají svůj názor, a přesto jsou schopni vcitřovat se a přizpůsobovat ostatním. Mají zdravé sebevědomí, znají své životodárné i ničivé stránky a umějí s nimi zacházet. Vypořádali se se svým vlastním životem i vírou a negativní rodičovská poselství převedli do vlastních, pozitivních směrnic, které jim pomáhají používat agrese ve prospěch života. Vidí svůj život ve vztahu...“

Emoční stabilita a labilita

Jsou to rysy osobnosti, které tvoří významnou charakteristiku člověka vázanou na city. Souvisí s nimi i mnohé trvalejší citové projevy. Stabilita a labilita se projevují jako faktory kontroly efektivity ve směru klidu, trpělivosti, uvolněnosti, odolnosti, aj. Tedy u lidí projevujících vyšší stabilitu osobnosti pozorujeme projevy zralosti, klidu, vyváženosti a ustálené projevy. Naopak u osob s vyšší mírou lability pozorujeme nezralost a nevyváženost, neklid, nepředvídatelnost projevu, impulzivitu, až jistou neurotičnost. Práci na sobě se však dá dosáhnout vyšší úrovně stability.

Vzhledem k tomu, že specifické emoce v případě emoční stability a lability nabývají na intenzitě, můžeme tyto rysy určit jako důležité faktory v syndromu vyhoření.

4. SYNDROM VYHOŘENÍ

Pomáhající profese klade často na pracovníky nepřiměřenou zátěž. Pracuje se v emocemi nabitém prostředí často bez přístupu k psychickému uvolnění (časté směny, nebo nepřítomnost supervizí), pod časovým tlakem a s velkým množstvím klientů. To může v kombinaci s dalším druhem vysoké zátěže (např. v osobním životě) vést až k naprostému vyčerpání či tzv. syndromu vyhoření anglicky burn out syndromu. Tento pojem v kontextu pomáhající profese razil H. J. Freudenberger v USA, který se v 60. letech minulého století zabýval často dramatickými ztrátami motivace v alternativních institucích a pojmenoval syndrom vyhoření. Jeho práce se setkala s velkým ohlasem.

Jobánková (2003) charakterizuje syndrom vyhoření jako stav masivního vyčerpání, který je pociťován jako citová vyprahlost. Je důsledkem chronické emocionální zátěže spojené s dlouhodobým nasazením pro jiné lidi. Tyto zvýšené emocionální nároky jsou nejčastěji způsobeny kombinací velkého očekávání (subjektivní příčina) a chronickými stresey při práci s lidmi (objektivní příčina).

Mnozí lidé nastupují do pomáhající profese s velkými ideály, očekáváním, vysokou motivací i cíli, což je pozitivní, protože tyto pocity dodávají mnoho energie. To, co způsobí pokles motivace, je nemožnost využití poznatků, které člověk získal a chtěl je předat dál, práce, jejíž negativa jsou silnější než pozitivní výsledky, které vidí, ohlédne-li se zpět. Práce, která vezme člověku jeho ideály. Takto bezduchá práce vede až k syndromu vyhoření. Časem se ukáže, že všech stanovených cílů není tak snadné dosáhnout, oddalují se a některé se zdají nedosažitelné. Člověku vyvstává otázka síly vlastních schopností. A tak se objeví otázka po smyslu vlastní práce, což popsal výstižně K. Kopřiva (2006, s. 101) „Když se práce daří, je zážitek smysluplnosti práce pomáhajícího silnější, než by byl v mnoha jiných povoláních. Když se nedaří, je zrovna tak silnější i pochybnost.“ Člověk se vrhá do dlouhotrvající, vleklé zátěže, protože v sobě objevuje převažující negativní pocity, které chce zahnat. Buďme si vědomi toho, že právě v této fázi v mnoha pomáhajících můžeme také objevit syndrom pomocníka.

Druhým faktorem podílejícím se na syndromu vyhoření je stres. Zde nás zajímá intenzita požadavku ze strany pomáhajícího pracovníka. Zdroje, jimiž disponuje, a které může na zvládnutí úkolu použít. Syndrom vyhoření vzniká, jsou-li vyčerpány

všechny osobnostní zdroje a rezervy ke zvládnání stresu. Tyto zdroje nazýváme různě, např. adaptační kapacitou. „Jedná se o repertoár vrozených dispozic a dovedností, které jedinec získal v průběhu svého života v procesu střetávání se s nejrůznějšími stresory.“ (Kebza, 2005, s. 132)

K syndromu vyhoření dochází postupně, příčiny se kumulují. Nejškodlivější je pocit, že věci kolem člověka jsou mimo jeho kontrolu. Následkem toho je snížení motivace k učení v nových situacích a snižuje se schopnost přizpůsobovat se a učit se i do budoucna. Tímto způsobem se oběti vyhoření stávají psychicky „poškozené“ a vyhoření se stává chronickým.

Chronický syndrom vyhoření se objevuje zpravidla po létech praxe. Práce již dávno zevšedněla, zmizelo prvotní nadšení, nastoupila stagnace a objevuje se až existenciální, frustrace, která může vyústit ve stavy deprese, noogenní či existenciální neurózu, což je chronická „neschopnost uvěřit v důležitost, užitečnost a pravdivost všeho, co člověk dělá.“ (Kebza, 2005, s. 132) Člověk se táže po smyslu své práce. Srovnává své pracovní výsledky s oceněním, které se mu dostalo. Pokud se mu nepodaří uspokojivě si odpovědět, zaujme postoj, že není důvod se snažit, dělá jen to nejnnutnější a upadá do apatie. Zde je již intervence zcela nutná. Prvním krokem k překonání stavu vyhoření je najít a rozpoznat situace, které pracovní motivaci snižují. Pomáhá cokoliv, co umožňuje vystoupit z pracovní rutiny, vede ke změně a v důsledku toho i k záchraně emočně vyhořelého jedince. Nepodnikne-li se žádná intervence, projeví se syndrom vyhoření fyzickým, emocionálním a mentálním vyčerpáním a to v zásadě v důsledku chronické zátěže. Člověk je nahlížen jako osamělé, z kořenů vytržené individuum, momentálně usilující o uhájení holé existence. Má pocity osamělosti, úzkosti plynoucí z prožívané odpovědnosti a pocity beznaděje, že se musí spoléhat pouze sám na sebe.

Schmidbauer (2000), ve své knize uvádí Edelwichovu a Chernissovou teorii fázi vyhoření, které si níže popíšeme. Zajímavé je, že tyto autoři chápou sebepřeceňování, fantazie o všemohoucnosti a zúžení životní perspektivy na pomáhající povolání jako jeho předstupně.

- Počáteční fáze:

Často počáteční nežádoucí signály potlačujeme, přestože nám je racionálně jasné, že po nich jistě budou následovat závažné potíže. Jedním z prvních signálů syndromu vyhoření je nadměrná angažovanost. Postižení si idealizují práci jako naprosto uspokojivou a předstírají, že odpočinek nepotřebují. Vzdávají se relaxace, uvolnění,

uklidnění. Své pracovní nasazení pokládají za příkladné, připadají si nepostradatelné. Mají sklony ke snižování pracovních výkonů kolegů, čímž snižují svou oblíbenost, ale vede je to k ještě většímu nasazení. Paradoxem je, že nadřizenými jsou pro své výkony oblíbeni.

- Propuknutí:

Jednoho dne se organismus přetěžovaný výkonem zhroutl. Toto stadium bývá také stadiem zmatku, kdy postižený nemůže popřít pocit, že něco není v pořádku. Lidé reagují zmateně, mění pracoviště, nebo se přihlašují do dalšího vzdělávání, od něhož si slibují ulehčení práce do budoucna. Prvním signálem je chronická únava, kdy se člověk ani během dovolené není schopen dostatečně zregenerovat. Dalšími symptomy jsou nárůst distance vůči pracovním úkolům a vůči lidem, o které se má starat. Používá neosobní, cynické výroky. Práce se najednou zdá v každém směru neoceněná. Postižený člověk přestává zpracovávat nezdary a zátěže, které se v práci objevují a neutralizovat vznikající agrese, které pak obracejí proti sobě (pocity viny, sebeponižování, stísněná nálada,...) nebo proti kolegům či klientům.

V kolektivu se objevují obětní beránci. (Kebza (2005) zmiňuje Maslachovou, která vyslovila domněnku, že v zaměstnaneckém poměru jde spíše o systémový než o osobnostní předpoklad vzniku syndromu vyhoření. Je signálem, že něco v organizaci nefunguje dobře. Vycházela z opakované zkušenosti, kdy v rámci jednoho podniku je možné potkat několik osob postižených syndromem vyhoření, zatímco v ostatních jsou lidé bez obtíží.) Dochází k urážení někoho z kolektivu, kdo pracuje hůř než ostatní, čímž pracovníci zachraňují své narušené profesionální sebevědomí. Mezi nejčastějšími varovnými příznaky syndromu vyhoření jsou (stejně jako u syndromu pomocníka) nedostatek motivace a zúžení perspektiv: nevyvinutý soukromý život, málo společenských kontaktů, zúžené zájmy, neuspokojivě uspořádaný volný čas.

- Fáze slábnutí výkonnosti:

Nastává, když sílí pocity nedostatečnosti a vyčerpání. Již není snadné se koncentrovat, mizí angažovanost a ochota podávat výkony. Objevuje se stále více chyb a opomenutí. Dochází k onemocnění, objevují se tělesné symptomy, vzrůstá nebezpečí zneužívání návykových látek. Již jsou zasaženy i neprofesní vztahy – poškozen soukromý život, přerušovány přátelské kontakty. Člověk prožívá osamělost.

- Kompenzované vyhoření:

Jsou to případy pracovníků, kteří se již vnitřně vzdali. Pracují podle předpisů a nedostatečnou péči o své svěřence ospravedlňují osobními problémy. Tato nechut' a defenzivní postoj působí i na ostatní členy kolektivu, kteří přetížení úkoly rovněž ztrácejí zájem o práci. Když do takto vyhořelého týmu, kde se s klienty zachází frustrovaně a rezignovaně přichází nový pracovník, bývá snižován a urážen, dokud se nepřizpůsobí chování kolektivu nebo neodejde. Ve vyhořelém týmu se každý těší domů a rád by co nejvíce práce přenechal ostatním, kdežto v týmu angažovaném je práce potěšením a zábavou.

Syndrom vyhoření se stal moderním pojmem, který trpí rozšiřováním svého významu. Je důležité si uvědomit, že vymezit hranici mezi syndromem vyhoření, depresí a pracovním vyčerpáním, není vždy snadné.

Se syndromem vyhoření se nesetkáváme pouze v pomáhajících profesích, ale také v jiných zaměstnaneckých kategoriích (advokáti, poštovní úředníci,...) i v kategoriích nezaměstnaneckých (živnostníci).

Nejdůležitější ochrana před vyhořením je trvalý profesní vývoj. Pojem syndromu vyhoření lze pak nahradit pojmem „regresivní deprofesionalizace“ (Schmidbauer, 2000). Nedaří-li se profesní vývoj, pracovník regreduje a čím silněji je profese určována působením na lidi tím se pracovníci stávají podobnější svým klientům. „Regresivní deprofesionalizace se projevuje ztrátou struktur nebo nadměrnou strukturovaností, která nefunguje. Učit se profesi znamená také učit se určitému postoji, určité roli. ... kromě vzdělání, které člověku poskytne definice rozsahu rolí a možnost zakotvení v nutných racionálních strukturách, je v praxi zapotřebí trvalé reflexe, aby člověk dokázal bdít nad svými pocity profesionála, které nesmějí z profesionální činnosti zcela zmizet, ale ani ji nesmějí úplně ovládnout. ... Je to na jedné straně vyčerpání, vyhoření, kdy se činnost stává rutinou bez kreativity, zvědavosti a emocionální angažovanosti. Na druhé straně je to extrém zneužívání moci, korupce a zvýhodňování vlastní osoby, kdy uspokojování pudů ničí profesionální úlohu pomocníka.“ (Schmidbauer, 2000, s. 222, 223)

4.1 PŘÍČINY VYHOŘENÍ

V 70. a 80. letech minulého století proběhla hlavní vlna zájmu o syndrom vyhoření a bylo zpracováno mnoho publikací. V literatuře se objevila řada pojetí a vymezení syndromu vyhoření, jež se často vzájemně liší, ale shodují se v několika následujících bodech, které zmíníme podle Kebzy (2005, s. 135):

1. Jde především o psychický stav, prožitek vyčerpání.
2. Vyskytuje se zvláště u profesí pracujících s lidmi.
3. Tvoří jej řada symptomů hlavně v oblasti psychické, ale také fyzické a sociální.
4. Klíčovou složkou je emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a „opotřebením“, často i celková únava.
5. Všechny hlavní složky syndromu resultují z chronického pracovního stresu.

Důležitou příčinou je ztráta vůle, tedy motivace. Tu udržíme pozitivními výsledky a pocitem kontroly nad věcmi, které se dějí. Udržení pracovní motivace leží v osobnostních charakteristikách jedince a v konkrétní pracovní situaci (možnost rozhodovat o tempu práce, její povaze a podmínkách). Avšak rizikovým faktorem vzniku syndromu vyhoření je již samotný život v současné civilizované společnosti s neustále rostoucím tempem a nároky na člověka.

Z osobnostních charakteristik při vzniku syndromu vyhoření je významný tzv. syndrom pomocníka. Ten má člověk, který pomáhání druhým pociťuje jako nutkavou potřebu, na níž stojí jeho vlastní sebehodnocení (viz výše). Mezi další interní zdroje, které se na vyhoření podílí, se uvádí neschopnost slevit ze svého tempa, nadměrná zodpovědnost - snaha udělat vše sám, přehnaná pozornost k cizím problémům, perfekcionismus - soustředěnost na detaily, nereálná očekávání, rutinní práce, nesprávný pohled na životní priority.

Co se týče *pracovních podmínek*, nejrizikovější jsou ta pracoviště, kde výdej energie je větší než příjem, kde je trvalý nekompromisní požadavek na vysoký, nekolísající pracovní výkon, potřeba vysokého osobního a emocionálního nasazení, kde se pracovníkům dostává jen málo ocenění a uznání (či žádné), kde jsou výsledky práce málo uspokojivé. Čím včasější je uznání a odměna, tím silnější má na člověka dopad. Pokud přijde pozdě, pracovník mnohdy ani nemá pocit, že se mu ocenění dostalo.

Mnoha výzkumy bylo dokázáno, že mohou-li lidé kontrolovat chod dění okolo sebe, cítí se spokojení, uvolnění a jsou v lepší tělesné kondici. Ten, kdo rozumí vztahu mezi svým chováním a reakcí okolí, cítí, že může ovlivňovat běh událostí, nedostává se do stresu a nehrozí u něj ani syndrom vyhoření.

Na tomto místě se vraťme k psychologovi M. Seligmanovi, který vytvořil teorii naučené bezmocnosti. Strávil roky studiem nemožnosti kontrolovat běh dění a jeho dopadu na lidi a zvířata. Objevil, že zvířata, která se naučila být bezmocná, málo odolávala nebezpečným situacím a při setkání se životem ohrožující situací, zemřela během několika minut. Důležité je zdůraznit, že naučená bezmocnost nevzniká jen z negativních situací, může vzniknout i v případě, že člověk dosahuje odměn, aniž by cokoliv dělal. „Pracovní bezmocnost může lidi ovlivnit stejným způsobem. Když zjistí, že nemohou nic sami ovlivnit, zažívají negativní emoce, pravděpodobně zpočátku frustraci a vztek, později úzkost a vinu a nakonec depresi a zoufalství. Během té doby klesá motivace. Po změně podmínek se zdá, že si toho ani nevšimli, a jednájí bezmocně dál.“ (Potterová, 1997, s. 31) Jinými výzkumy bylo zjištěno, že při naučené bezmoci se spouští sebevražedný mechanismus, či rozvinutí smrtelné choroby, což dokazuje výzkum pacientů, kteří trpí rakovinou. Tento výzkum předpokládá, že pokud se člověk cítí jako bezmocná oběť, trpí depresí, je větší pravděpodobnost výskytu rakoviny.

Z důvodu společenské závažnosti burn out syndromu si příčiny vyhoření konkretizujeme:

- Osobnostní vlastnosti:

Původní vysoká obětavost, idealismus, empatie, zájem o druhé a identifikace se s nimi. Vysoká angažovanost, soutěživost, stabilně prožívaný hněv, hostilita a agrese. Neschopnost relaxace. Nízká asertivita, negativní efektivita, depresivní ladění, úzkostné, fobické a obsedantní rysy. Externí lokalizace kontroly. Nízké, nestabilní sebepojetí a sebehodnocení. Pocit bezmoci a beznaděje (hopelessness – helplessness)

- Kritičtí nadřizení:

Kritika je pro zaměstnance důležitá, neboť pomáhá zlepšovat pracovní výsledky. Správný vedoucí ale musí umět ocenit dobrou práci, zlepšení výsledků a snahu svých podřízených, neboť dlouholetými psychologickými výzkumy se ukázalo, že pozitivní motivace (pochvala) je účinnější než motivace negativní (tedy trest). Výsledkem negativního přístupu k pracovníkům jsou pocity bezmocnosti a je velmi časté, že ve většině situací vyhoření chybí pozitivní zpětná vazba.

- Perfekcionismus, pedantství, odpovědnost:

Práce s perfekcionistou je náročná, protože každý výkon, který není zcela perfektní, je kritizován jako nedostatečný. Přehlíží se tak dobré výsledky, kterých se dosáhlo, a jsou napadány věci, které nejsou zcela dokonalé. Perfekcionista pracovník trpí neustálou sebekritikou, která může být velmi demotivující a je-li perfekcionista vedoucí, jsou jeho podřízení vážně ohroženi syndromem vyhoření.

- Neadekvátní společenské uznání:

Mnozí zaměstnavatelé se domnívají, že plat zaměstnanci k pocitu dobře odvedené práce jako uznání stačí. Většina lidí ale ví, že peníze jsou tzv. nutné zlo. Musíme se dívat, kolik jich máme k dispozici, abychom mohli uspokojit své potřeby. Pokud by existoval svět bez peněz, více bychom si uvědomili, že nejdůležitější pro lidskou spokojenost (po fyziologických potřebách) je uspokojení našich citových potřeb. Člověk musí cítit souhlas, pochvalu a uznání.

- Neodpovídající finanční ohodnocení:

Má-li pracovník pocit, že za své výsledky není dostatečně finančně ohodnocen, jeho motivace se snižuje. Každý člověk má jinou představu o dostatečné mzdě, některým stačí pro spokojený život málo peněz a druhý už s touto mzdou nemůže vyjít, toto je stav ne příliš ovlivnitelný vůlí. „Člověk je chudý nikoliv podle toho, kolik tisíc korun či jiných jednotek skutečně dostává, ale tím, že pocituje nedostatek prostředků.“ (Kopřiva, 2008, s. 27) Nesprávné je, pokud člověk za svoje požadavky nebojuje a odreažovává svou nespokojenost ve vztahu ke klientům.

- Práce neodpovídající kvalifikaci pracovníka:

Dnes je všeobecným problémem pomáhajících profesí. Lidé stráví léta studiem a pak se dozví, že jsou překvalifikovaní, nebo dostanou práci, která neodpovídá jejich kompetenci. Mohou trpět nedostatkem uznání a být tak více náchylní k vyhoření.

- Nejasnost:

V pracovních úkolech a cílech podrývá sebedůvěru. Není-li si člověk jistý co se od něj očekává, neví jaký je obsah a rozsah jeho práce, neví, zda dělá správnou věc ve správné chvíli. Nejasnost ničí motivaci, protože s nedostatečnými informacemi se těžko pracuje.

- Permanentně prožívaný časový tlak:

Tak zvaná sysifoská práce. Každý den člověk splní své povinnosti a druhý den má stejné kvantum úkolů před sebou. Bez ohledu na to kolik práce člověk udělá, stále nemá pocit, že se dostal dopředu a čelí tak chronickému stresu.

- Nesplnitelné úkoly.
- Nevyléčitelní klienti:

Tato oblast se netýká pouze nemocných klientů, ale zahrnuje i ty, se kterými i přes veškerou snahu nedosáhne pozitivních výsledků. (Delikventi, lidé, kteří i přes vynaloženou snahu pomáhajícího pracovníka stále žijí z podpory a ze sociálních dávek). Práce člověka přestane uspokojovat, pokud nevidí její pozitivní výsledky.

- Konfliktní role:

Má-li člověk více rolí se vzájemně rozdílnými požadavky, objevuje se u něj dilema, který z nich preferovat (např. práce & rodina). Ocítá se mezi „mlýnskými kameny“, neboť vynakládat maximum energie ve dvou oblastech je náročné.

- Konflikt hodnot:

Frustrujícím pocitem je vědomí, že výhra je zároveň porážkou. Být chycený v takové situaci znamená konec snahy o dosažení výsledků a vznik syndromu vyhoření.

- Pocity zbytečnosti:

Již výše bylo zmíněno, že člověk může vyhořet i když se mu dostává za jeho práci pozitivních odměn, aniž by se musel snažit. Tak vzniká pocit prázdnoty a nenaplnění životního smyslu.

- Pracovní přetížení:

Být přetížený množstvím úkolů pro jistý časový úsek je fyzicky stresující. Riziko vyhoření však člověka ohrožuje tehdy, jsou-li jeho povinnosti spojeny s nejasnostmi, káráním, či jinými negativními faktory již výše popsány, které snižují jeho motivaci k práci.

- Byrokracie:

Pracovat v situacích, kdy člověk cítí, že má malý nebo žádný vliv může být velmi demotivující. Nejvíce jsou ovlivněni manažeři na středních pozicích, kteří jsou mezi rozdílnými požadavky svých nadřízených a podřízených. Pocit osobní moci ovlivňovat a řídit chod věcí je nezbytný pro udržení vysoké motivace a výborných výkonů.

4.2 PŘÍZNAKY VYHOŘENÍ

Základní lidskou potřebou je být užitečný, tvořit nové věci a směřovat k určitému cíli. Nedaří-li se nám splnění těchto životních kritérií, ztrácíme zájem, objevuje se sebelítost, deprese, různé fyzické příznaky a stáváme se zátěží jak sami pro sebe, tak pro celou společnost.

- Negativní emoce.

Při syndromu vyhoření se stávají chronickými. Převládají pocity emoční slabosti nebo vyčerpání, bezmoci, beznaděje či zbytečnosti. V raném stádiu je zažíván pocit frustrace, která se mění ve vztek, podrážděnost, negativní ladění. Mnoho lidí za příčinu frustrace pokládá své vlastní nedostatky, podléhá sebeobviňování a připravuje tak půdu pozdějšímu vzniku úzkosti a strachu, depresi a někdy i zoufalství.

- Emocionální, duševní vyčerpání.

Člověk má negativní postoj k sobě, okolí, vyhýbá se společenským stykům v práci i doma až zcela dojde k citovému uzavření. Při nevyhnutelném vzniku konfliktů dochází k emočnímu výbuchu nebo intenzivnímu nepřátelství.

- Pracovní problémy.

Z důvodu negativního postoje, který se k práci vytváří, se objevuje absentérství, nekvalitní práce, časté změny zaměstnání. Je typické, že z práce se postupně vytrácí lidský rozměr. Ostatní lidi, hlavně ty, o něž má pečovat, vyhaslý člověk vidí jako příčinu svých obtíží.

- Tělesné vyčerpání.

Nastupují zdravotní problémy, objeví se chronická únava a celková slabost. Člověk je náchylný k nemocem, úrazům, selháním. Trpí bolestmi (např. zad a hlavy), poruchami spánku, poruchou stravovacích návyků. Klesá celková výkonnost.

- Zneužívání náhražek.

Dochází ke zvýšené konzumaci alkoholu, kouření, pití černé kávy či jídla nebo k užívání léků.

4.3 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Na úrovni jedince je to uvědomění si sebe sama jako individuální existence, čímž člověk pozná svou svobodu. Je to tzv. osobní síla, což je pocit možností, že je zde něco, co mohu dělat. Je důležité zahrnout své zdraví a kondici mezi zásadní priority. Naučit se relaxačním technikám a užívat je co nejdříve po zátěži. Jejich výhodou je, že zvyšují pocit kontroly a sebejistotu, která plyne ze schopnosti aktivně ovlivňovat svůj stav. Člověk by měl pěstovat pozitivní mezilidské vztahy v rodině i mezi přáteli. Celoživotním vzděláváním se brání upadnutí do stereotypu, pocitu bezvýchodnosti a mělo by být vedením podporováno. „Lidé, kteří se zajímají o nové věci, jsou zvědaví, jsou také více ochotni ke změně a změna je to, co nám brání upadnout do stereotypu, nudy, do pocitů bezvýchodnosti.“ (Jobánková, 2003, s. 203)

Na úrovni organizace by se pracovníkům mělo dostávat průběžného ocenění od nadřízených i tam, kde se přes vynaložení značného úsilí nedosáhlo uspokojivého výsledku. Kompetence a zodpovědnost pracovníků je třeba udržovat v rovnováze. Důležitá je také podpora týmové práce, přiměřené množství informací pro podřízené. Organizace by měla také zabezpečit podmínky pro obnovu sil svých podřízených. Nebránit se přijímání nových lidí s novými myšlenkami. Abychom předešli vzniku syndromu vyhoření u pracovníků s nejvyšší mírou zátěže, zajistíme pravidelnou rotaci či možnost zástupu.

Zajímavý je vztah mezi naplněním smyslu života a vyhořením. Lidé, kteří svůj život vnímají jako naplněný, uspokojující nejsou syndromem vyhoření ohroženi tolik, jako lidé, kteří tento pocit nemají.

Nejen u syndromu vyhoření platí, že je vždy lepší negativním důsledkům pracovního stresu předcházet, než je odstraňovat. Používají se preventivní a terapeutické metody a metody psychoterapie, která se soustřeďuje na vnitřní svět prožitků klienta, umožňuje vyrovnat se s otázkou podstaty lidské existence, smyslu života, svobody a odpovědnosti člověka. Např. daisenanalýza, jejímž cílem je pochopení a naplnění vlastní existence, zvládnutí umění „být sám sebou“, nebo logoterapie, směr utvořený V. Franklem, která člověku pomáhá v úsilí nalézt v souladu s jeho životem a osobností smysl vlastního života. Uplatňují se též behaviorální a kognitivně behaviorální terapie, které však podchytí pouze dílčí problémy než skutečnou podstatu.

5. DUŠEVNÍ HYGIENA

Studium, které nás připravovalo na výkon pomáhajícího povolání, věnovalo mnoho hodin výuky péči o klienty, jakým způsobem má však pomáhající provádět péči o sebe sama zůstalo bez povšimnutí. Přitom kvalitnímu pracovnímu uplatnění často jedinci brání nevhodné řešení řady praktických otázek každodenního života v libovolné oblasti. A tak se stane, že řada pracovníků nedokáže plně rozvinout své odborné teoretické znalosti a své osobní dispozice, jež by jim umožnili žít i pracovat naplno. Pravidla duševní hygieny je třeba zasadit do svého života dříve, než se v něm objeví problém. Nejsou všeobecně platná, ale každý si v nich může najít to své, co mu pomůže k příjemnějšímu životu.

Základem psychohygieny je umět hospodařit se svou energií, být si vědom toho, že člověk nemůže jen brát, musí i dávat a respektovat požadavek tělesné harmonie, neboť daň bývá mnohdy krutá a bohužel mnoho lidí si až v této chvíli uvědomí, že je-li člověk zdravý, může si splnit vše, po čem touží.

Míček (1984, s. 12) o duševní hygieně říká, že „... se zaměřuje na možnosti autoregulace jedince, působení na sebe sama a na aktivní přetváření svého prostředí (těžiště bude v psychické regulaci, v sebevýchově, v hygieně myšlení, představ, pozornosti, atd.). Pravidla duševní hygieny se uplatní především jako návod k řízení a ovlivňování sama sebe a vlastního prostředí.“ Je to soubor propracovaných pravidel a rad, které slouží k předcházení vzniku nemocí, upevnění nebo znovuzískání duševního zdraví rozvíjením zdravých návyků, zvýšení odolnosti vůči nejrůznějším vlivům, které negativně ovlivňují náš duševní život. Pomáhá chápání své osoby jako integrovaného jedince, ovlivňovaného oblastí biologickou, psychickou a sociální. Duševní hygiena se zabývá psychoprophylaxí, prevencí, hledá možnosti k upevnění a posílení duševního zdraví, zabývá se stresem a jeho zvládnutím, možnostmi relaxace, faktory a chováním poškozujícím zdraví.

Základním pojmem duševní hygieny je *duševní zdraví*. Je to žádoucí stav, jež je výsledkem vědomého nebo nevědomého dodržování zásad duševní hygieny. Další pojem je *adaptace*. Je to proces, kterým se dosahuje duševního zdraví tím, že se organismus učí přizpůsobovat neměnným a nezměnitelným podmínkám v prostředí, v němž žije a přizpůsobení si toho, co se změnit dá k obrazu svému. Duševní hygiena postihuje i otázku *autoregulace* – řízení a ovládnutí sebe sama v životních obtížích a

nutně i otázky *frustrace* a *maladaptace* – selhání při kontaktu s těmito problémy. Duševní hygiena se zabývá i *úpravou životosprávy a prostředí*, v němž člověk žije.

Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody. Pozitivní duševní zdraví, se stalo hlavním tématem duševní hygieny. Nejvýstižněji zpracovala dle Míčka (1984) téma duševní hygieny americká psycholožka M. Jahodová, která formulovala šest základních kritérií duševního zdraví:

- Postoj vůči sobě samému - schopnost správného sebehodnocení, subjektivní uspokojení.
- Růst, vývoj a sebeuskutečňování – aktivní přizpůsobivost, flexibilita při změně, schopnost seberealizace.
- Integrace osobnosti – rezistence ke stresu, tolerance úzkosti.
- Autonomie, nezávislost a sebeurčení – pocit identity.
- Adekvátní percepce reality.
- Zvládnutí svého prostředí – sociální adaptace.

Americký psycholog A. Maslow, jež se zabýval lidskými potřebami, se domnívá, že nejvyšší úroveň adaptace člověk dosahuje tehdy, je-li schopen věnovat se věcem mimo něho. Vedlejším efektem je nejvyšší stupeň jeho pomyslné pyramidy potřeb, seberealizace. Do duševní hygieny vnesl důležité téma zrání osobnosti tím, že nastínil devět charakteristických rysů zralé (seberealizované) osobnosti:

- Adekvátnější vnímání skutečnosti a lepší poměr k ní oproti ostatním
- Vysoký stupeň akceptování sebe sama, druhých a lidské přirozenosti
- Vysoká míra spontánnosti
- Koncentrace více na problém než na sebe sama
- Vážení si a potřeba samoty jako možnosti usebrání
- Vysoký stupeň autonomie – nezávislosti na druhých lidech
- Přátelské a láskyplné vztahy k několika blízkým přátelům
- Silný smysl pro etické principy
- Náhled nad vlastní kulturou (její transcendence)

Pokud se snažíme zvládnout pravidla duševní hygieny v každodenním životě, vymezuje Míček (1984) čtyři stupně:

1. Znalost pravidel duševní hygieny
2. Promyšlení těchto pravidel a jejich zkonkrétnění dle individuálních požadavků
3. Praktické provádění
4. Ztotožnění se s určitými pravidly

Všichni víme jak mocným činitelem je výchova. Zahrnutí pravidel duševní hygieny do svého života a kvalitně vykonávaná pomáhající profese vyžadují též sebevýchovu.

5.1 SEBEVÝCHOVA ZDRAVOTNÍ SESTRY

Sebevýchova zahrnuje oblast *sebepoznání, koncentraci pozornosti, autoregulaci myšlení a emocí, autorelaxaci a aktivní zvládání situací.*

Dostatečné *sebepoznání* působí pozitivně na kvalitu mezilidských vztahů a sociální komunikace a to nejen v profesi pomáhajícího pracovníka, ale i v běžném životě. Není snadným procesem, ale v pomáhajících profesích je důležitým činitelem. Sebepoznání je spojeno s introspekcí (sebepozorováním), což je registrace vlastního chování za určitý časový úsek, nejlépe jeden den. Jankovský (2003, s. 66) říká: „Člověk by se měl naučit věnovat náležitou pozornost svým emocím, popřípadě afektům. Je-li schopen si je uvědomovat a pozorovat, může to vést k postupné eliminaci nežádoucích emočních reakcí.“

Zdroji sebepoznání jsou odpovědi na otázky, jak se vidíme my sami, jak nás vidí druzí a jaké jsou naše výkony ve srovnání s vrstevníky. Je to schopnost uvědomit si sebe sama, vlastní meze, příčiny emocionálního stavu, své přednosti i nedostatky, zahrnuje také ochotu a schopnost vyvodit pro sebe potřebné závěry v oblasti práce na sobě a výchovy sebe sama. Chamoutová (2006, s. 72) k sebepoznání uvádí, že „Umět se zamyslet nad kritikou i přijmout chválu a sám rozhodnout, zda jde o reálné hodnocení vlastní osobnosti či o projekci druhého a zda chce postřeh druhého přijmout či odmítnout, to je cesta k poznávání skrytých oblastí sebe sama.“ Pracujeme tedy s reflexí a sebereflexí. Reflexe je schopnost kriticky si uvědomit

vlastní pozici ve společnosti, sebereflexe je pak konfrontací našeho reálného a ideálního sebeobrazu. Při této činnosti si ujasňujeme, kdo jsme, odkud a kam směřujeme, co chceme dělat a důvody našeho konání. Sebepoznání je předpokladem sebevýchovy.

Sebevýchova se týká charakterových osobnostních rysů jedince, které zahrnují chování k sobě samému i navenek. Charakter se utváří během vývoje jedince, není geneticky podmíněný. Schopnost a aktivní snaha poznat sama sebe, udělat se dobrým člověkem, jednat čestně, a ochotně nezištně pomáhat druhým s sebou nese velmi pozitivní účinky na lidskou psychiku, odrazí se v celém životě, stejně tak, jako přístup opačný. „Velký význam má také nepřetržitá sebevýchova takových vlastností, jako je schopnost vycházení s druhými lidmi, schopnost s nimi spolupracovat, porozumět jim, doceňovat je, dokázat přijmout jejich mínění, umět vést i podřídit se vedení, umět těžit z pracovních zkušeností.“ (Míček, 1984, s. 34)

Dalším aspektem sebepoznání je vytváření *sebevědomí*. To se formuje již v dětství, pod vlivem mnoha vnitřních i vnějších faktorů (např. jakého hodnocení se dítěti dostává od osob, které jsou pro něho důležité). Je výsledkem vlastního sebehodnocení – toho, jak si sám sebe člověk váží. Sebevědomí je psychický stav, jehož součástí je nepřítomnost nejistoty, ostychu nebo rozpaků, je doprovázený klidnou vírou v sebe a své schopnosti bez stop přeceňování se nebo podceňování se.

Vážným problémem v pomáhající profesi může být nízké sebevědomí, neboť jeho zdrojem jsou nerozhodnost, úzkostnost, pasivita, zahanbení, pocity viny, nekompetentnosti atd.

Je důležité si uvědomit, že nikdo není dokonalý a člověk má právo být nedokonalý. Smířit se se svými chybami, nebo se je snažit napravit, ale přijmout sama sebe a naučit se mít rád takového jaký jsem. Je to první krok k tomu, aby se člověk začal cítit lépe.

Autoregulací konativní činnosti ve smyslu zaměření *pozornosti* rozhodujeme o cílech, jež se stanou našimi prioritami. Zná-li člověk smysl svého života a cíle svého snažení, neseťká se s problémy, které zaměření preferovat a prožívá pocit větší životní spokojenosti a kvality života. Cíle, jež si stanovujeme, by měli být žádoucí, dosažitelné a konkrétně formulované.

Kvalita života je pojem, který zahrnuje všechny vlivy spoluurčující životní situaci člověka. Levi (Strnadová in: Vašina, 1998, s. 217) „definuje tento koncept jako složenou míru tělesné, duševní a sociální pohody, tj. štěstí, spokojenosti, radosti

ze života. Kvalita života je složkou životní spokojenosti, která zahrnuje takové oblasti jako zdraví, manželství, rodinu, bydlení, finanční situaci, vzdělávací možnosti, pocity sebeúcty, sounáležitosti a důvěry v ostatní.

Autoregulace myšlení a emocí. Při sebevýchově se zabýváme usměřováním vlastních myšlenek a představ. Míček výstižně popsal vztah mezi myšlením a jednáním. „Člověk může tedy do jisté míry kontrolovat průběh svého chování tím, že kontroluje své myšlenkové postupy. Je možné zadržet jednání a myslet dříve, než jednáme, navíc se dá myšlením určit směr našeho jednání.“ (Strnadová in: Vašina, 1998, s. 217)

Buddhismus učí, že je přímo úměrný vztah mezi jednáním a následným vývojem situace. Říká, že svými činy si člověk určuje svou karmu – svůj osud. Ohlédneme-li se za sebe, můžeme říci, že tomu tak není? Nebyly vždy naše negativní činy ba i myšlenky potrestány následným vývojem situace? Naučíme-li se jednat dle svého nejlepšího vědomí a svědomí, nezmění se jen svět kolem nás, ale i v nás – duše je klidná, spokojená a trápí ji vždy jen nové zkoušky života.

Emoce úzce souvisí s dosahováním cílů, o které se pokoušíme. Při zdolání vytyčeného bodu pocítujeme kladné emoce, při nedosažení, *frustraci* (neuspokojení touhy), kterou člověk prožívá v závislosti na osobní *frustrační toleranci* (schopnosti unést určitou míru neuspokojení). Často se v situacích, které znamenají pro jedince vysokou zátěž, objevují *maladaptivní projevy*. Mezi nejzávažnější formy patří agrese a zlost. Lidé s neadaptivními znaky tvoří v populaci značné procento, uvádí se přes čtyřicet procent. Proto do oblasti práce duševní hygieny patří i nácvik zvládnání negativních emocí. V první řadě jde o zaměření se na situace, v nichž se s negativními emocionálními projevy setkáváme, registrace způsobů, kterými je zvládáme a předcházení těmto projevům emocí, nácvikem relaxace, frustrační tolerance, výcvikem trpělivého čekání, výchovou prožitkem, zvládnáním negativních emocí (strachu, zlosti, pocitům méněcennosti, bolesti, atd.)

Je to v podstatě zvláštní jev, že lidé se soustřeďují na negativní věci okolo sebe. Přitom k pocitu osobní spokojenosti potřebujeme cítit hlavně pozitivní emoce. Negativnímu se v životě nevyhneme a nechceme zde ani tvrdit, že by je člověk neměl vnímat, aby byl spokojený. Směřujeme však k životnímu postoji člověka a jeho pohledu na svět. Právě proto, že to negativní co v životě potkáváme, působí mnohdy emocionálně silněji než pozitivní zážitky, člověk těžko bude hodnotit svůj život jako šťastný, nebude-li tyto situace vnímat jako zážitek, který nám právě teď

ukázal, že život obsahuje tolik malých střípků radosti, při jejichž sečtení musíme říct, že jsme šťastní. Když je člověk malým dítětem, jeho život je krásný, protože poznává mnoho krás života. Jakoby úměrně své výšce prožívá radost z drobných věcí. Dospěje a svůj život si nechá natolik zaplnit starostmi běžného dne, že v těchto drobnostech už si jejich pozitivum neumí najít.

Míček (1984, s. 14) o lidech s pevným duševním zdravím říká, že mají „... blahodárný vliv na své sociální okolí. Platí však také opak: Lidé s narušenou duševní rovnováhou, neurotici, vnášejí do mezilidských vztahů zvýšené množství konfliktů, bývají předráždění, přecitlivělí, úzkostliví, a to vše má samozřejmě negativní vliv na jejich sociální vztahy.“

Relaxační cvičení a meditace mají v rámci duševní hygieny nezastupitelné místo. Meditací nazýváme chvíle, které věnujeme zamyšlení. Má buď podobu meditace směřované na obtěžující problémy, kdy se člověk soustřeďuje na to, co ho trápí, přičemž problém nazírá tzv. bez hodnocení. Cílem je získat odstup a vhled či nadhled do situace, zamýšlí se nad tím, co bylo, je a co bude. Tento rozhovor se sebou samým nazýváme sebereflexí. Další formou je soustředění se na pomalé vyslovování doporučených slov, čímž nedochází k odvedení pozornosti k jiným myšlenkovým tématům. A duše tak klidně relaxuje.

Relaxace znamená doslova uvolnění. Jde nejen o záměrné uvolnění svalů, ale o uvolnění všech napětí. V náročných povoláních jako jsou pomáhající profese dobré znát a praktikovat určitý druh relaxačního cvičení, např. Schultzův autogenní relaxační trénink, Jacobsonovu formu relaxace, jógová cvičení dechu a ásán, nebo kterýkoliv jiný druh. Umět se uvolnit je stejně důležité jako umět soustředit se na práci. (Konkrétní techniky jsou pro možnost nácviku podrobněji popsány v závěru praktické části.)

Posledním výše jmenovaným bodem sebevýchovy je *aktivní zvládnání situací*. Zahrnuje oblast vnitřní a vnější. Vnitřní oblast obsahuje právě dostatečné sebezpoznání své podstaty a svých charakterových obran, vnější je vymezena komunikací a přístupem k okolnímu světu.

5.2 ŽIVOTOSPRÁVA

Duševně zdravý, vyrovnaný člověk bývá odolnější vůči somatickým chorobám a je také přímo prokázán vztah mezi duševní rovnováhou a somatickým onemocněním, které se v závislosti na jejím stavu zlepšuje nebo uzdravování neprobíhá tempem, jakým by mělo.

Životospřava je péče o tělo. Zahrnuje *spánek, stravu a tekutiny, jež přijímáme, tělesné cvičení a odpočinek.*

Pro dobrou regeneraci těla jsou důležité jen některé fáze *spánku*, jež trvají 4 – 12 minut. Během nich se zdají sny, ukládají se informace do paměti a organismus skutečně odpočívá. Probudíme-li se právě po této fázi tzv. REM fázi, cítíme se opravdu odpočatí. Bylo prokázáno, že lidé, kteří si spánek záměrně prodlužují, trpí mnohem častěji srdečními chorobami. Někdy má však člověk velký spánkový dluh, který je nutné dohnat, zvláště pracuje-li ve směnném provozu. Člověk má spát tak dlouho jak potřebuje a nemusí se za to stydět. Připomeňme si několik psychohygienických zásad pro kvalitní spánek:

- Spěte ve vyvětraném pokoji, ve tmě, optimální teplota je osmnáct stupňů. Nelépe bez elektronických přístrojů, pokud v pokoji jsou, neměli by vydávat žádné světlo (vypnuté dálkovým ovladačem), neboť toto světlo narušuje přirozený tok energie.
- Používejte kvalitní lůžko, přizpůsobené váze těla a alespoň o patnáct centimetrů delší než tělo.
- Polštář přizpůsobte své spánkové poloze. (na břichu měkký, na boku pevný, malý)
- Jezte nejpozději dvě hodiny před spaním lehké jídlo.
- V odpoledních hodinách nepijte kofeinové nápoje, tělo je stále aktivizováno a spánek je narušen.
- Banán, sklenice mléka s medem nebo malá sladkost před ulehnutím napomůže zklidnění těla.

Říká se, „*tvá strava je tvým lékem*“. Správnou výživou lze nejen upevnit duševní rovnováhu, ale i zvýšit odolnost proti infekcím, pracovní výkonnost a prodloužit svůj život. Tělo má své orgánové hodiny, kdy jednotlivé orgány dosahují v určité denní hodinu svého energetického maxima a minima. Tento rytmus těla byl respektován již

ve staré Číně a pacienti úspěšně léčeni v době dosahování energetického maxima nemocného orgánu. Je třeba zdůraznit především skutečnosti, že po páté hodině večerní dochází ke snížení činnosti zažívacího traktu a po této hodině bychom měli přijímat pouze lehce stravitelné potraviny a pro zajištění kvalitního spánku nejíst dvě hodiny před usnutím. I když je nemožné udržet pravidelný režim ve směnném provozu, pro zdravotníka vážícího si svého zdravého těla, jež chce zdravým udržet, jsou tyto pokyny jistě nenásilným požadavkem.

Co se týče složení stravy, je důležitý dostatečný přísun vitamínu C, který tělo potřebuje pro tvorbu adaptačních hormonů, jež zlepšují přirozenou obranyschopnost organismu. Základ zdravého jídelníčku tvoří ovoce a zelenina, libová masa a ryby, rýže, dýňová a slunečnicová semena, ořechy, chléb, brambory.

Vzhledem k tomu, že tělo se skládá z 55 - 60% z vody, není nutné pít se o doporučené množství *tekutin*, které má člověk vypít během dne. Známe stav, kdy nás bolí a točí se hlava, jsme malátní a pak si třeba uvědomíme, že jsme si celý den neudělali čas se pořádně napít. Je třeba brát v úvahu i skutečnost, že s věkem se pocit žízně snižuje.

Pravidelná *tělesná aktivita* je definovaná jako fyzická námaha trvající minimálně půl hodiny, alespoň třikrát týdně, při níž se člověk zadýchá a zpotí. Při tělesné aktivitě se do mozku vyplavují endorfíny, což jsou látky, které laicky nazýváme hormony štěstí, neboť způsobují dobrou náladu, pocity štěstí a tlumí bolest. Cvičení vyvolává vyšší sekreci antistresových hormonů a odpočívá při něm levá mozková hemisféra, jež je odpovědná za intelektuální aktivitu. Pracuje hemisféra pravá, v níž jsou centra kreativních a abstraktních činností. Tělu je prospěšné nejen provozování sportu, ale také prostá procházka na čerstvém vzduchu má svůj význam. Člověk si na ní dává do pořádku svoji psychiku, urovnává si problémy, úkoly a vztahy, které ho zatěžují. Odměnou při provozování tělesné aktivity je zvýšená psychická i fyzická svěžest a vyšší energie, což je člověku zdrojem radosti ze života.

Do správné životosprávy patří i umět *odpočívat*. Odpočinek dělíme na fyzický (lehnout si, relaxovat), smyslový (ticho a zavřené oči), emoční (bez společenských styků) a mentální (bez intelektuální aktivity). Po řadu generací byla symbolem odpočinku neděle. Odpočívat znamená nalézt i krátkodobý klid, který vyrovná hladinu napětí. Znamená i lehnout si a spát, něco hezkého přečíst, navštívit známé, koncert, divadlo, věnovat se svému koníčku. Jednoduše strávit čas tím, že myslíme

na něco jiného než co se děje v práci. Námitka, že nelze ctít neděli ve směnném provozu je nepřijatelná, neboť není možné pouze to, o co se nepokusíme.

Každý si může ověřit, že citové pohnutky působí na rytmus a způsob *dýchání*. Také víme, že duševní práce je závislá na přísunu kyslíku. Mozek je velkým konzumentem, který spotřebuje až dvacet procent kyslíku. Pro potřebu duševní hygieny nás zajímá především fakt, že krátké nenásilné pozorování vlastního dechu vytváří předpoklad pro celkové uklidnění organismu. Tuto techniku je vhodné uplatnit především v situacích rozčilení, neboť nelze zároveň udržet zlost a přitom klidně dýchat a v situacích, kdy si uvědomujeme, že reakci je třeba promyslet. Bylo prokázáno, že stateční lidé mají hluboké a volné dýchací pohyby. Zvládnout techniku takto kvalitního dechu vyžaduje delší nácvik, je lepší začít soustředěním se na dlouhý nádech a plný výdech, kdy jsou plíce vyprázdněny. Posílíme tak nejen síly psychické, ale dechová gymnastika pomáhá i při některých onemocněních plic, srdce a cév, a dalších.

5.3 PRACOVNÍ HYGIENA

Pro pracovníky v pomáhajících profesích má duševní hygiena nezastupitelnou roli, neboť duševní rovnováha pracovníka ovlivňuje nejen jeho pracovní výkon, ale působí také na jeho klienty.

Pomáhající profese zahrnují z velké míry duševní složku činnosti. Pracovník, který je nevyrovnaný, podává v profesi podstatně nižší výkon, neúměrně se vyčerpává, stresuje lidi kolem sebe a přispívá tak také k jejich nevyrovnanosti.

Základem pracovní spokojenosti je výběr vhodného povolání, které má odpovídat psychologickým předpokladům osobnosti. K udržení pracovní spokojenosti se pracovník potřebuje neustále sebevzdělávat a vzdělávat se v oboru. Tyto aktivity však kladou velké nároky na účelné hospodaření s časem (viz níže).

Být dobrým duševním pracovníkem vyžaduje redukovat nedořešené problémy emoční, morální, zdravotní a jiné. Člověk by měl umět bránit se stresorům a bojovat proti nim. Pro výkon každé činnosti je důležitá motivace, jejíž adekvátní síla udržuje kvalitu výkonu. Vzrůstající a trvalé napětí nepřerušované včas a nekompensované dostatečným odpočinkem vede k chronické únavě, přes stavy podrážděnosti, neklidu,

neschopnosti se uvolnit, poruchy spánku, obtíže v rozhodování a snížení koncentrace.

Umění hospodařit s časem. Dnes moderní a oblíbený obor plánování času. Člověk žije rychleji, je zahlcen možnostmi využití svého života, a aby dokázal zvládnout vše, co potřebuje a chce, musí se naučit využívat svůj čas efektivně. Říká se „čas člověk nikdy nemá, čas si musí udělat“. Zmiňme si tedy desatero o moudrém hospodaření s časem, které formulovala Chamoutová (2006.):

1. Považuj čas za vzácný dar
2. Vědomě řiď výdej času
3. Odlišuj věci důležité od nedůležitých
4. Důležitým věcem dopřej více času
5. Nejdůležitějším věcem věnuj nejvíce času
6. Ne tak důležitým věcem přiznávej jen minimum času
7. Nauč se též říci „ne, tohle dělat nebudu!“
8. Při skupinové činnosti dojednej předem délku jejího trvání
9. Nauč se dívat na každou činnost z hlediska její hodnoty
10. Pravidelně své hospodaření s časem bilancuj

5.4 PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ ZDRAVOTNÍ SESTRY

V knize Duševní hygiena zdravotní sestry popisují autoři šestnáct bodů, které sestavila anglická lékařka Sheila Cassidy, jež se ve své nemocnici zabývá péčí o psychický stav nemocných, ale i svého personálu. Uvedla, že péče o personál vyžaduje mnohem větší intenzitu. Nastoupíme-li do nového povolání, měníme vzorec své práce a své návyky. Povolání působí také na náš osobní život, a proto současně s uplatněním nových pracovních návyků je třeba přijmout i nové v našem soukromém životě. Zachování duševní pohody, je v pomáhající profesi obzvláště důležité. Uvedme si tedy těchto šestnáct bodů, jako základní podmínky péče o duševní zdraví nejen zdravotní sestry, ale pomáhajícího pracovníka obecně

(Křivohlavý, 2004, s. 10, 11):

1. Buď k sobě milá, vlídná a laskavá.
2. Uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat druhým lidem a ne je zcela změnit. Změnit můžeš jen sama sebe, ale nikdy ne druhého člověka – ať jím je kdokoliv a ať je tvá snaha sebevětší.
3. Najdi si své „útočiště“, tj. místo, kam by ses mohla uchýlit do klidu samoty ve chvíli, kdy naléhavě potřebuješ uklidnění.
4. Druhým lidem na oddělení, svým spolupracovníkům i spolupracovnicím i vedení buď oporou a povzbuzením. Neboj se je pochválit, když si to i třeba jen trochu zaslouhují.
5. Uvědom si, že je zcela přirozené tváří v tvář bolesti a utrpení, jehož jsme denně svědky, cítit se zcela bezmocnou a bezbrannou. Připust' si tuto myšlenku. Být pacientům a jejich příbuzným nablízku (být s nimi) a pečovat o ně je někdy mnohem důležitější než mnohé jiné.
6. Snaž se změnit způsoby, jak to či ono děláš. Zkus to, co děláš, dělat pokaždé pokud možno jinak.
7. Zkus poznat, jaký je rozdíl mezi dvěma různými způsoby naříkání: mezi tím, které zhoršuje beztak již těžkou situaci, a tím, které bolest a utrpení tiší.
8. Když jdeš domů z práce, soustřeď se na něco dobrého a pěkného, co se ti podařilo v práci dnes udělat a raduj se z toho.
9. Snaž se sama sebe neustále povzbuzovat a posilovat např. tím, že nebudeš vždy stejným způsobem (stereotypně, jen ryze technicky a zvykově, bezmyšlenkovitě) vykonávat své práce. Snaž se z vlastní iniciativy, z vlastní vůle a nikým nenucena něco udělat jinak – tvořivě.
10. Využívej pravidelně povzbuzujícího vlivu přátelských vztahů v pracovním kolektivu i v jeho vedení jako zdroje sociální opory, jistoty a nadějného směřování života.
11. Ve chvílích přestávek a volna, když přijdeš do styku se svými kolegyněmi a kolegy, vyhýbej se jakémukoliv rozhovoru o úředních věcech a problémech v zaměstnání. Odpočiň si tím, že budete hovořit o věcech, které se netýkají vaší práce a vašeho „úředního“ styku.
12. Plánuj si předem „chvíle útěku“ během týdne. Nedovol, aby ti cokoliv tuto radost překazilo nebo ti ji někdo narušil.

13. Nauč se raději říkat „rozhodla jsem se“ než „musím“ nebo „mám povinnost“, či „měla bych“. Podobně se nauč říkat raději „nechci“ než „nemohu“. Takto vedená osobní řeč sama k sobě pomáhá. Přesvědč se o tom.
14. Nauč se říkat druhým lidem nejen „ano“, ale i „ne“. Když nikdy neřekneš „ne“, jakou hodnotu pak asi má tvé „ano“?
15. Netečnost (apatie) a zdrženlivost (rezervovanost) ve vztazích s druhými lidmi je daleko nebezpečnější a nadělá více zla a hořkosti než připuštění si skutečnosti (reality), že více, než děláš, se opravdu dělat nedá. Připusť si to – uvědom si, že nejsi všemohoucí.
16. Raduj se, hraj si a směj se – ráda a často.

Aby se nám v životě podařilo provést žádanou změnu je vyžadována chuť k ní a zpočátku též disciplína. Zjistíme-li, že nový zvyk je nám prospěšný, není již více třeba, se do něho nutit. Stane se součástí nás. To vystihuje staré čínské přísloví:

Zasej čin – a sklidiš zvyk

Zasej zvyk – a sklidiš charakter

Zasej charakter – a sklidiš osud

Shrňme si, jaké jsou tedy vlastně známky růstu duševní rovnováhy. Jsou podobné těm, které formuloval již výše uvedený Maslow, Míček (1984) je však ve své knize Duševní hygiena doplnil:

1. Ve zdravém těle zdravý duch
2. Přirozenost
3. Schopnost čelit nesnázím
4. Nezávislost a vnitřní autonomie
5. Objektivní pohled na sebe sama, sebepoznání
6. Sebeakceptace – sebebřijetí
7. Odvaha ke stálému začínání
8. Spokojenost a tichá radostnost
9. Jemnost, smysl pro krásu
10. Akceptace druhých lidí, sociální adaptace
11. Zmenšování vlastního já
12. Výrazný smysl pro etiku

Osobní, vztahová, pracovní a duchovní. To jsou všechny oblasti našeho života a měli bychom dbát na jejich rovnoměrné zastoupení. Pak nedochází k výkyvu požadované rovnováhy, k jejímu zhroucení a následnému vzniku „náročné životní situace“.

„Není v silách duševní hygieny ani jakékoli jiné psychologické vědy, aby přivedla člověka bezpečně ke štěstí. Může mu však ukázat chyby, které štěstí (resp. spokojenost) ničí, podkopávají, a varovat před nimi. Může dát také několik základních rad, jejichž respektování se v životě vyplácí. Avšak tam věda o životě končí a začíná umění života.“ (Míček, 1984, s. 15)

PRAKTICKÁ ČÁST

1. FORMULACE PROBLÉMU A CÍL VÝZKUMU

Zaměstnání v pomáhající profesi je náročné pro své vysoké nároky na orientaci v oboru, specifické požadavky na životní rytmus člověka, požadavek na dostatečnou frustrační toleranci a práci v emociogeně nabitém prostředí s množstvím vznikajících profesionálních vztahů s klientem.

Cílem našeho výzkumu je zjistit míru stresovanosti a syndromu vyhoření zdravotních sester pracujících na chirurgických odděleních v brněnských nemocnicích v první výzkumné skupině po pěti letech vykonávané praxe a v druhé výzkumné skupině od pěti do deseti let vykonávané praxe.

Z hlediska délky práce na úrovni jedné pozice jsou rozdílné názory na vznik syndromu vyhoření. Nedostatek sociální opory, však pozitivně koreluje se vznikem syndromu vyhoření. Tuto zjišťujeme úvodními otázkami v dotazníku:

- Kolik osob včetně Vás žije ve Vaší domácnosti?
- Máte přátele, na které se můžete v případě osobních problémů obrátit?

Hlavní zdroje sociální opory vidíme v rodině, u spolupracovníků, od přátel a dobrých známých. Zdá se, že největší význam má opora poskytovaná stejně postavenými spolupracovníky.

Součástí našeho výstupu z výzkumu je i navrhnout vhodné relaxační a rekondiční metody pro toto povolání.

2. HYPOTÉZY

1. Zdravotní sestry vykonávající praxi do pěti let nevykazují příznaky syndromu vyhoření v dotazníku MBI, ale dosahují vyššího skóre zejména v dimenzích stres a únava, v dotazníku 8SQ, a také statisticky významné hodnoty v dotazníku I-B-D.
2. Zdravotní sestry vykonávající praxi pět až deset let vykazují střední a vyšší stupeň intenzity příznaků syndromu vyhoření v dotazníku MBI a dosahují vysokého skóre zejména ve škálách stres, regrese, únava, pocit viny v dotazníku 8SQ.
3. Zdravotní sestry s praxí delší než pět let, dosahují statisticky významně vyššího skóre v dotazníku 8SQ v dimenzích stres, regrese, únava, pocit viny, více příznaků syndromu vyhoření dotazníku MBI a vyšší hodnoty v dotazníku I-B-D oproti zdravotním sestřím pracujícím ve zdravotnictví do pěti let praxe.

Námi vytyčené obecné hypotézy jsme v rámci statistického zpracování dat rozdělili do souboru dílčích hypotéz, jejichž platnost jsme ověřovali v jednotlivých krocích.

3. METODOLOGICKÉ POSTUPY A METODY

Výzkum byl proveden v červnu roku 2008 ve Fakultní nemocnici Brno – Bohunice, v Úrazové nemocnici a v nemocnici U svaté Anny.

Do výzkumu nebyla zahrnuta experimentální skupina, použili jsme přímo skupinu výzkumnou. Dotazník byl anonymní a byl podán k vyplnění v dopoledních hodinách na chirurgických klinikách výše uvedených nemocnic.

Homogenita skupiny byla zajištěna instruováním nadřízených sester, výběr dat potřebných pro náš výzkum vstupními otázkami:

- Jak dlouho pracujete na pracovní pozici zdravotní sestry?
- Kolik je Vám let?

Použili jsme následující testové baterie:

- ke zjištění emocionálního stavu dotazník 8SQ
- dotazník MBI k diagnóze burn out syndromu
- dotazník I-B-D, který zjišťuje osm základních podtříd agresivity.

Vzhledem k tomu, že tyto dotazníky jsou pro výzkum daných oblastí často používány, pro jejich bližší charakteristiku odkazujeme na psychodiagnostiku.

4. MATEMATICKO-STATISTICKÁ ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Výzkumem získaná data o faktech byla zadána pro statistické zpracování. K jejich zpracování byly použity následující statistické postupy:

- Shapirův-Wilksův W test (pro ověření normality dat)
- T-Test (pro testování při normálním rozdělení)
- Mann-Whitneyův test (při neprokázaném normálním rozdělení)

Hrubá skóre jsou k dispozici na Institutu mezioborových studií Brno, na Katedře psychologie.

1a) Hypotéza:

Zdravotní sestry vykonávající praxi do pěti let nevykazují příznaky syndromu vyhoření v dotazníku MBI.

Zajímali jsme se o složku Emocionální vyčerpání, složku EE. Vynechali jsme 10. pozorování, kde zdravotní sestra nevyplnila dotazník odpovídajícím způsobem.

Průměr: 33,72, směrodatná odchylka 9,28.

Dále jsme testovali hypotézu, že složka EE je na hodnotě 26 (pro tuto hodnotu končí mírný stupeň emocionálního vyčerpání) oproti hodnotě, že je vyšší (znamenalo by to vysoký stupeň EE)

$H_0: EE=26$

$H_1: EE>26$

Použitý T-Test (test rovnosti střední hodnoty, při neznámém rozptylu).

Testová statistika vychází $t=2,88$

Kritický obor: $W=(1,7396 ; \infty)$

Tab. 1

Proměnná	Popisné statistiky (Tabulka1)										
	N platných	Průměr	Int. spolehl. -95,000%	Int. spolehl. +95,000%	Medián	Modus	Četnost modu	Součet	Minimum	Maximum	Sm. odch.
Emocionální vyčerpání	18	33,72222	29,10802	38,33642	32,50000	Vícenás.	2	607,0000	14,00000	54,00000	9,278727

Interpretace:

Hodnoty uvedené v tab. 1 signalizují, že hypotéza 1a se na pětiprocentní hladině statistické významnosti nepotvrdila. Avšak i přes malý počet zkoumaných osob, vyšly statisticky významné hodnoty signalizující příznaky syndromu vyhoření u zdravotních sester, které vykonávají praxi do pěti let.

1b) Hypotéza:

Zdravotní sestry vykonávající praxi do pěti let dosahují vyšší skóre v dimenzi stres v dotazníku 8SQ.

Průměr: 14,63, směrodatná odchylka 3,29.

Testovali jsme hypotézu, že složka stres je na hodnotě 18 (pro tuto hodnotu končí střední stupeň stresu) oproti hodnotě, že je vyšší (znamenal by to vysoký stupeň stresu)

H_0 : stres=18

H_1 : stres>18

Použitý T-Test (test rovnosti střední hodnoty, při neznámém rozptylu).

Testová statistika vychází $t=-3,54$

Kritický obor: $W=(1,7341 ; \infty)$

Tab. 2

Proměnná	Popisné statistiky (Tabulka1)										
	N platných	Průměr	Int. spolehl. -95,000%	Int. spolehl. +95,000%	Medián	Modus	Četnost modu	Součet	Minimum	Maximum	Sm. odch.
Stres	19	14,63158	13,04753	16,21563	14,00000	Vícenás.	3	278,0000	10,00000	21,00000	3,286513

Interpretace:

Data uvedená v tab. 2 vypovídají o skutečnosti, že hypotéza 1b se jako statisticky významná nepotvrdila. Z uvedeného vzorku však 4 respondentky dosahují vysokého skóre 19-21 bodů, z 33 možných.

Výše uvedené tvrzení koresponduje i se závěry k hypotézám 1c a 1d.

1c) Hypotéza:

Zdravotní sestry vykonávající praxi do pěti let dosahují vyšší skóre v dimenzi únava v dotazníku 8SQ.

Průměr: 18. Směrodatná odchylka 5,44.

Testovali jsme hypotézu, že složka únava je na hodnotě 19 (pro tuto hodnotu končí střední stupeň únavy) oproti hodnotě, že je vyšší (znamenalo by to vysoký stupeň únavu)

H_0 : únava=19

H_1 : únava>19

Použitý T-Test (test rovnosti střední hodnoty, při neznámém rozptylu).

Testová statistika vychází $t = -0,64$

Kritický obor: $W = (1,7341 ; \infty)$

Tab. 3

Proměnná	Popisné statistiky (Tabulka1)										
	N platných	Průměr	Int. spolehl.	Int. spolehl.	Medián	Modus	Četnost modu	Součet	Minimum	Maximum	Sm. odch.
Únava	19	18,00000	-95,000%	+95,000%	17,00000	21,00000	3	342,0000	9,000000	31,00000	5,436502

Interpretace:

Z dat uvedených v tab. 3 vyplývá, že hypotéza 1c se na pětiprocentní hladině statistické významnosti nepotvrdila. Alarmujícím výsledkem je, že 7 respondentek dosahuje vysokého skóre 20 bodů, z možných 33.

1d) Hypotéza:

Zdravotní sestry vykonávající praxi do pěti let dosahují statisticky významné skóre v dotazníku I-B-D.

Použili jsme 95% interval spolehlivosti. Interval spolehlivosti je tedy (26,73; 36,63). Do tohoto intervalu spadne 95% všech měření dotazníku IBD sestřiček do 5 let praxe.

Tab. 4

Proměnná	Popisné statistiky (Tabulka1)										
	N platných	Průměr	Int. spolehl. -95,000%	Int. spolehl. +95,000%	Medián	Modus	Četnost modu	Součet	Minimum	Maximum	Sm. odch.
I-B-D	19	31,68421	26,73346	36,63497	31,50000	30,00000	3	602,0000	9,000000	50,50000	10,27160

Interpretace:

Z dat uvedených v tab. 4 vyplývá, že ani hypotéza 1d se nepotvrdila na pětiprocentní hladině statistické významnosti.

2a) Hypotéza:

Zdravotní sestry vykonávající praxi od pěti let do deseti let vykazují střední a vyšší stupeň intenzity příznaků syndromu vyhoření v dotazníku MBI.

Zajímali jsme se o složku Emocionální vyčerpání, složku EE.

Průměr: 34,58, směrodatná odchylka 15,22.

Testovali jsme hypotézu, že složka EE je na hodnotě 17 (na této hodnotě začíná střední stupeň emocionálního vyčerpání) oproti hodnotě, že je nižší (znamenalo by to nízký stupeň EE)

$H_0: EE=17$

$H_1: EE<17$

Použitý T-Test (test rovnosti střední hodnoty, při neznámém rozptylu).

Testová statistika vychází $t=4$

Kritický obor: $W=(-\infty; -1,7959)$

Při testování hypotézy, že složka EE je na hodnotě 26 (pro tuto hodnotu končí střední stupeň emocionálního vyčerpání) oproti hodnotě, že je vyšší (znamenalo by to vysoký stupeň EE)

$H_0: EE=26$

$H_1: EE>26$

Použitý T-Test (test rovnosti střední hodnoty, při neznámém rozptylu).

Testová statistika vychází $t=1,953$

Kritický obor: $W=(1,7959; \infty)$

Tab. 5

Proměnná	Popisné statistiky (Tabulka 1)										
	N platných	Průměr	Int. spolehl. -95,000%	Int. spolehl. +95,000%	Medián	Modus	Četnost modu	Součet	Minimum	Maximum	Sm. odch.
Emocionální vyčerpání	12	34,58333	24,91531	44,25135	35,00000	12,00000	2	415,0000	12,00000	60,00000	15,21637

Interpretace:

Hypotéza 2a se potvrdila. Je nutné zdůraznit závažnou okolnost, že výše uvedená platnost hypotézy byla prokázána i přes nízký počet zkoumaných osob.

2b) Hypotéza:

Zdravotní sestry vykonávající praxi od pěti let do deseti let dosahují vysoké skóre v dimenzi stres v dotazníku 8SQ.

Hodnoty:

20, 10, 18, 19, 20, 11, 19, 11, 22, 7, 18, 22

Průměr: 16,42; směrodatná odchylka 5,18.

Testy neprokázaly normalitu s příslušnou p-hodnotou testu.

	rozmezí	počet	%
nízký	0-12	4	0,33
střední	13-18	2	0,17
vysoký	19-36	6	0,50

Když se podíváme na rozložení dat, třetina je v nízkém intervalu, šestina ve středním, polovina ve vysokém (někteří těsně).

Tab. 6

Proměnná	Popisné statistiky (Tabulka 1)										
	N platných	Průměr	Int. spolehl. -95,000%	Int. spolehl. +95,000%	Medián	Modus	Četnost modu	Součet	Minimum	Maximum	Sm. odch.
Stres	12	16,41667	13,12679	19,70654	18,50000	Vícenás.	2	197,0000	7,000000	22,00000	5,177896

Interpretace:

Z tab. 6 sice vyplývá, že nelze hovořit o statistické významnosti dat, ale výsledky u zdravotních sester od pěti do deseti let praxe signalizují vysokou hladinu stresovanosti. Přičemž tento trend můžeme konstatovat již u první výzkumné skupiny zdravotních sester do pěti let praxe.

2c) Hypotéza:

Zdravotní sestry vykonávající praxi od pěti let do deseti let dosahují vysoké skóre ve škále regrese v dotazníku 8SQ.

Průměr: 15,08. Směrodatná odchylka 5,26.

Testovali jsme hypotézu, že složka regrese je hodnotě 18 (pro tuto hodnotu končí střední stupeň regrese) oproti hodnotě, že je vyšší (znamenalo by to vysoký stupeň regrese)

H_0 : regrese =18

H_1 : regrese >18

Použitý T-Test (test rovnosti střední hodnoty, při neznámém rozptylu).

Testová statistika vychází $t = -1,92$

Kritický obor: $W = (1,7959 ; \infty)$

Tab. 7

Proměnná	Popisné statistiky (Tabulka1)										
	N platných	Průměr	Int. spolehl. -95,000%	Int. spolehl. +95,000%	Medián	Modus	Četnost modu	Součet	Minimum	Maximum	Sm. odch.
Regrese	12	15,08333	11,73814	18,42852	15,00000	Vícenás.	2	181,0000	8,000000	25,00000	5,264950

Interpretace:

Hodnoty uvedené v tab. 7 signalizují, že hypotéza 2c se na pětiprocentní hladině statistické významnosti nepotvrdila.

2d) Hypotéza:

Zdravotní sestry vykonávající praxi od pěti let do deseti let dosahují vysoké skóre ve škále únava v dotazníku 8SQ.

Hodnoty:

23, 5, 22, 22, 20, 13, 27, 5, 23, 21, 9, 29

Průměr: 17,75; směrodatná odchylka 7,65.

	rozmezí	počet	%
nízký	0-8	2	0,17
střední	9-19	2	0,17
vysoký	20-36	8	0,66

Třetina dat je ve středním či nízkém intervalu pro dimenzi únavy, dvě třetiny jsou ve vysokém (někteří těsně).

Tab. 8

Proměnná	Popisné statistiky (Tabulka1)										
	N platných	Průměr	Int. spolehl. -95,000%	Int. spolehl. +95,000%	Medián	Modus	Četnost modu	Součet	Minimum	Maximum	Sm. odch.
Únava	12	17,75000	12,88753	22,61247	21,50000	23,00000	3	213,0000	5,000000	27,00000	7,652985

Interpretace:

Z tab. 8 vyplývá, že se sice hypotéza 2d nepotvrdila, ale data signalizují silný trend směřování zdravotních sester od pěti let praxe k únavovému syndromu.

2e) Hypotéza:

Zdravotní sestry vykonávající praxi od pěti let do deseti let dosahují vysoké skóre ve škále pocit viny v dotazníku 8SQ.

Průměr: 13,67. Směrodatná odchylka 4,5.

Testovali jsme hypotézu, že složka pocit viny je hodnotě 12 (pro tuto hodnotu končí střední stupeň pocitu viny) oproti hodnotě, že je vyšší (znamenalo by to vysoký stupeň pocitu viny)

H_0 : pocit viny =12

H_1 : pocit viny >12

Použitý T-Test (test rovnosti střední hodnoty, při neznámém rozptylu).

Testová statistika vychází $t = 1,25$

Kritický obor: $W = (1,7959 ; \infty)$

Tab. 9

Proměnná	Popisné statistiky (Tabulka1)										
	N platných	Průměr	Int. spolehl. -95,000%	Int. spolehl. +95,000%	Medián	Modus	Četnost modu	Součet	Minimum	Maximum	Sm. odch.
Pocit viny	12	13,66667	10,80804	16,52530	13,00000	Vícenás.	3	164,0000	3,000000	19,00000	4,499158

Interpretace:

Zpracovaná data v tab. 9 nám sice signalizují, že hypotéza 2e se nepotvrdila na pětiprocentní hladině statistické významnosti, vzhledem k nízkému počtu měření, ale současně je třeba konstatovat trend směřování k položce označené jako pocit viny.

3a) Hypotéza:

Zdravotní sestry s praxí delší než pět let, dosahují statisticky významně vyšší skóre v dotazníku 8 SQ v dimenzi stres oproti zdravotním sestřám pracujícím ve zdravotnictví do pěti let praxe.

Vzhledem k neprokázané normalitě dat (viz 7.) bylo potřeba použít Mann-Whitneyův test, který na hladině významnosti 5 procent prokázal rovnost.

Do 5 let:

Tab. 10

Proměnná	Popisné statistiky (Tabulka1)										
	N platných	Průměr	Int. spolehl. -95,000%	Int. spolehl. +95,000%	Medián	Modus	Četnost modu	Součet	Minimum	Maximum	Sm. odch.
Stres	19	14,63158	13,04753	16,21563	14,00000	Vícenás.	3	278,0000	10,00000	21,00000	3,286513

5-10 let:

Tab. 11

Proměnná	Popisné statistiky (Tabulka1)										
	N platných	Průměr	Int. spolehl. -95,000%	Int. spolehl. +95,000%	Medián	Modus	Četnost modu	Součet	Minimum	Maximum	Sm. odch.
Stres	12	16,41667	13,12679	19,70654	18,50000	Vícenás.	2	197,0000	7,000000	22,00000	5,177896

Výsledná tabulka:

Tab. 12

Proměnná	Mann-Whitneyův U test (Tabulka1)									
	Dle proměn. Délka Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$									
	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	Úroveň p	Z upravené	Úroveň p	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2	2*1str. přesné p
Stres	277,0000	219,0000	87,00000	-1,09499	0,273520	-1,09877	0,271871	19	12	0,287298

Testová statistika je ve sloupečku U.

Interpretace:

Hypotéza 3a se jako statisticky významná nepotvrdila, ovšem je nutno zdůraznit, že celkový výsledek je zkreslen nízkým počtem zkoumaných osob.

3b) Hypotéza:

Zdravotní sestry s praxí delší než pět let, dosahují statisticky významně vyšší skóre v dotazníku 8 SQ v dimenzi regrese oproti zdravotním sestram pracujícím ve zdravotnictví do pěti let praxe.

Můžeme tedy použít T-Test na shodu dvou výběrů.

Do 5 let:

Tab. 13

Proměnná	Popisné statistiky (Tabulka1)											
	N platných	Průměr	Int. spolehl. -95,000%	Int. spolehl. +95,000%	Medián	Modus	Četnost modu	Součet	Minimum	Maximum	Rozptyl	Sm. odch.
Regrese	19	13,84211	11,76427	15,91994	14,00000	8,000000	5	263,0000	8,000000	22,00000	18,58480	4,311009

5-10 let:

Tab. 14

Proměnná	Popisné statistiky (Tabulka1)											
	N platných	Průměr	Int. spolehl. -95,000%	Int. spolehl. +95,000%	Medián	Modus	Četnost modu	Součet	Minimum	Maximum	Sm. odch.	
Regrese	12	15,08333	11,73814	18,42852	15,00000	Vícenás.	2	181,0000	8,000000	25,00000	5,264950	

Výsledná tabulka:

Tab. 15

Skup. 1 vs. skup. 2	T-test pro nezávislé vzorky (Tabulka1)										
	Průměr skup. 1	Průměr skup. 2	Hodnota t	sv	p	Poč. plat. skup. 1	Poč. plat. skup. 2	Sm.odch. skup. 1	Sm.odch. skup. 2	F-poměr rozptyly	p rozptyly
Do 5 let vs. Do 10 let	13,84211	15,08333	-0,716863	29	0,479193	19	12	4,311009	5,264950	1,491526	0,435904

Testová statistika je ve sloupečku: Hodnota t . Jelikož p není menší, než 0.05 je prokázána rovnost.

Interpretace:

Dle výše uvedených tabulek s daty vidíme, že hypotéza 3b se na pětiprocentní hladině statistické významnosti nepotvrdila.

3c) Hypotéza:

Zdravotní sestry s praxí delší než pět let, dosahují statisticky významně vyšší skóre v dotazníku 8 SQ v dimenzi únava oproti zdravotním sestřám pracujícím ve zdravotnictví do pěti let praxe.

Vzhledem k neprokázané normalitě dat (viz 9.) bylo potřeba použít Mann-Whitneyův test, který na hladině významnosti 5 procent prokázal rovnost.

Do 5 let:

Tab. 16

Proměnná	Popisné statistiky (Tabulka1)										
	N platných	Průměr	Int. spolehl. -95,000%	Int. spolehl. +95,000%	Medián	Modus	Četnost modu	Součet	Minimum	Maximum	Sm. odch.
Únava	19	18,00000	15,37969	20,62031	17,00000	21,00000	3	342,0000	9,000000	31,00000	5,436502

5-10 let:

Tab. 17

Proměnná	Popisné statistiky (Tabulka1)										
	N platných	Průměr	Int. spolehl. -95,000%	Int. spolehl. +95,000%	Medián	Modus	Četnost modu	Součet	Minimum	Maximum	Sm. odch.
Únava	12	17,75000	12,88753	22,61247	21,50000	23,00000	3	213,0000	5,000000	27,00000	7,652985

Výsledná tabulka:

Tab. 18

Proměnná	Mann-Whitneyův U test (Tabulka1)									
	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	Úroveň p	Z upravené	Úroveň p	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2	2*1str. přesné p
Únava	292,0000	204,0000	102,0000	-0,486664	0,626497	-0,487994	0,625554	19	12	0,645846

Interpretace:

I když z výsledků uvedených v tabulce 18 vyplývá, že hypotéza 3c se vzhledem k nízkému počtu měření nepotvrdila jako statisticky významná, z dílčích výsledků víme, že zdravotní sestry s praxí od pěti do deseti let vykázaly směřování k únavovému syndromu oproti zdravotním sestřám do pěti let praxe.

3d) Hypotéza:

Zdravotní sestry s praxí delší než pět let, dosahují statisticky významně vyšší skóre v dotazníku 8 SQ v dimenzi pocit viny oproti zdravotním sestřám pracujícím ve zdravotnictví do pěti let praxe.

Můžeme tedy použít T-Test na shodu dvou výběrů.

Do 5 let:

Tab. 19

Proměnná	Popisné statistiky (Tabulka1)											
	N platných	Průměr	Int. spolehl. -95,000%	Int. spolehl. +95,000%	Medián	Modus	Četnost modu	Součet	Minimum	Maximum	Rozptyl	Sm. odch.
Pocit viny	19	10,89474	8,578230	13,21124	11,00000	Vícenás.	3	207,0000	0,00	25,00000	23,09942	4,806185

5-10 let:

Tab. 20

Proměnná	Popisné statistiky (Tabulka1)											
	N platných	Průměr	Int. spolehl. -95,000%	Int. spolehl. +95,000%	Medián	Modus	Četnost modu	Součet	Minimum	Maximum	Sm. odch.	
Pocit viny	12	13,66667	10,80804	16,52530	13,00000	Vícenás.	3	164,0000	3,000000	19,00000		4,499158

Výsledná tabulka:

Tab. 21

Skup. 1 vs. skup. 2	T-test pro nezávislé vzorky (Tabulka1)											
	Pozn.: Proměnné byly brány jako nezávislé vzorky											
	Průměr skup. 1	Průměr skup. 2	Hodnota t	sv	p	Poč.plat. skup. 1	Poč.plat. skup. 2	Sm.odch. skup. 1	Sm.odch. skup. 2	F-poměr rozptyly	p rozptyly	
Do 5 let vs. Do 10 let	10,89474	13,66667	-1,60215	29	0,119961	19	12	4,806185	4,499158	1,141139	0,845895	

Testová statistika je ve sloupečku: Hodnota t . Jelikož p není menší, než 0.05 je prokázána rovnost.

Interpretace:

Dle výše uvedených tabulek s daty vidíme, že hypotéza 3d se na pětiprocentní hladině statistické významnosti nepotvrdila.

3e) Hypotéza:

Zdravotní sestry s praxí delší než pět let, vykazují více příznaků syndromu vyhoření dotazníku MBI oproti zdravotním sestřám pracujícím ve zdravotnictví do pěti let praxe.

Normalita dat prokázána viz 1.) a 6.) mohl se provést T-Test na shodu dvou výběrů.

Do 5 let:

Tab. 22

Proměnná	Popisné statistiky (Tabulka1)										
	N platných	Průměr	Int. spolehl. -95,000%	Int. spolehl. +95,000%	Medián	Modus	Četnost modu	Součet	Minimum	Maximum	Sm. odch.
Emocionální vyčerpání	18	33,72222	29,10802	38,33642	32,50000	Vícenás.	2	607,0000	14,00000	54,00000	9,278727

5-10 let:

Tab. 23

Proměnná	Popisné statistiky (Tabulka1)										
	N platných	Průměr	Int. spolehl. -95,000%	Int. spolehl. +95,000%	Medián	Modus	Četnost modu	Součet	Minimum	Maximum	Sm. odch.
Emocionální vyčerpání	12	34,58333	24,91531	44,25135	35,00000	12,00000	2	415,0000	12,00000	60,00000	15,21637

Výsledná tabulka:

Tab. 24

Skup. 1 vs. skup. 2	T-test pro nezávislé vzorky (Tabulka1)										
	Průměr skup. 1	Průměr skup. 2	Hodnota t	sv	p	Poč.plat. skup. 1	Poč.plat. skup. 2	Sm.odch. skup. 1	Sm.odch. skup. 2	F-poměr rozptyly	p rozptyly
Do 5 let vs. Do 10 let	33,72222	34,58333	-0,193065	28	0,848302	18	12	9,278727	15,21637	2,689337	0,065417

Testová statistika je ve sloupečku: Hodnota t . Jelikož p není menší, než 0.05 je prokázána rovnost.

Interpretace:

Hypotéza 3e se nepotvrdila, neboť rozdíl v průměrech mezi výzkumnou skupinou 1 a 2 není vzhledem k nízkému počtu měření statisticky významný.

3f) Hypotéza:

Zdravotní sestry s praxí delší než pět let, dosahují vyšší skóre v dotazníku I-B-D oproti zdravotním sestřím pracujícím ve zdravotnictví do pěti let praxe.

Do 5 let:

Tab. 25

Proměnná	Popisné statistiky (Tabulka1)										
	N platných	Průměr	Int. spolehl. -95,000%	Int. spolehl. +95,000%	Medián	Modus	Četnost modu	Součet	Minimum	Maximum	Sm. odch.
Fyzická agrese	19	3,131579	2,174860	4,088298	3,000000	2,000000	5	59,5000	0,000000	7,00000	1,984958
Nepřímá agrese	19	3,394737	2,744212	4,045262	3,000000	3,000000	8	64,5000	1,000000	6,00000	1,349680
Iritabilita	19	4,842105	3,409484	6,274726	5,000000	6,000000	3	92,0000	0,000000	10,00000	2,972338
Negativismus	19	1,026316	0,455607	1,597024	1,000000	0,000000	9	19,5000	0,000000	3,00000	1,184081
Resentiment	19	3,315789	2,464850	4,166729	3,000000	Vícenás.	5	63,0000	0,000000	7,00000	1,765491
Podezřivost	19	3,973684	3,001471	4,945898	4,000000	4,000000	4	75,5000	0,000000	7,00000	2,017105
Verbální agrese	19	7,263158	5,794250	8,732066	7,500000	Vícenás.	3	138,0000	0,000000	12,00000	3,047624
Pocit viny	19	4,736842	3,826696	5,646988	5,000000	5,000000	7	90,0000	0,000000	7,00000	1,888330

5 – 10 let:

Tab. 26

Proměnná	Popisné statistiky (Tabulka1)										
	N platných	Průměr	Int. spolehl. -95,000%	Int. spolehl. +95,000%	Medián	Modus	Četnost modu	Součet	Minimum	Maximum	Sm. odch.
Fyzická agrese	12	3,416667	2,509649	4,323684	3,500000	2,000000	5	41,00000	2,000000	6,00000	1,427543
Nepřímá agrese	12	3,833333	2,901370	4,765296	4,000000	Vícenás.	4	46,00000	1,000000	7,00000	1,466804
Iritabilita	12	5,166667	3,998763	6,334570	5,500000	3,000000	4	62,00000	3,000000	8,00000	1,838148
Negativismus	12	1,708333	0,746097	2,670569	1,000000	1,000000	5	20,50000	0,000000	5,00000	1,514451
Resentiment	12	3,875000	2,546892	5,203108	3,500000	2,000000	3	46,50000	1,000000	7,00000	2,090291
Podezřivost	12	4,625000	3,097678	6,152322	4,500000	5,000000	3	55,50000	1,000000	9,00000	2,403832
Verbální agrese	12	7,541667	6,246198	8,837135	8,000000	8,000000	3	90,50000	4,000000	11,00000	2,038921
Pocit viny	12	3,916667	2,661668	5,171665	3,500000	3,000000	4	47,00000	1,000000	8,00000	1,975225

Suma testů I-B-D : (testováno t-testem, testujeme rovnost)

Tab. 27

Skup. 1 vs. skup. 2	T-test pro nezávislé vzorky (Tabulka1)									
	Průměr skup. 1	Průměr skup. 2	Hodnota t	sv	p	Poč. plat. skup. 1	Poč. plat. skup. 2	Sm. odch. skup. 1	Sm. odch. skup. 2	F-poměr rozptyly
Suma I-B-D do 5 let vs. Suma I-B-D 5-10 let	31,68421	34,08333	-0,640180	29	0,527082	19	12	10,27160	9,983699	1,058507

Interpretace:

Testy prokázaly na pětiprocentní hladině statistické významnosti rovnost mezi sestřičkami v jednotlivých škálách dotazníku I-B-D.

5. DISKUZE A ZÁVĚR

Téma diplomové práce „Stres v pomáhající profesi zdravotníka“ jsme zvolili ze dvou důvodů. Prvním je, že fenomén stresu je součástí výzkumného projektu: Stres – možnosti a meze terapie, centra pro komplexní psychologický výzkum při IMS Brno. Druhým důvodem byla osobní zkušenost s prací zdravotní sestry autorky tohoto textu, která přinesla poznání toho, jak negativně v práci zdravotníků obecně působí nepřiměřené množství klientů spadající do péče jednoho člověka, společně s nárazovými úkoly a prací v časové tísní, se sekundárním působením na klienta.

I když se náš výzkum věnuje zjištění reálného stavu u zdravotních sester, víme, že těmito problémy trpí pomáhající povolání obecně. Organizace zaměstnávají minimální počet pracovníků, práce je často neadekvátně finančně ohodnocena a prostor pro psychohygienu, respektive aktivní odpočinek ve volném čase je nedostatečný.

Respondentkám bylo rozdáno 120 dotazníků, do každé z výše uvedených nemocnic 40. Návratnost zřejmě vzhledem k rozsáhlosti výzkumu byla nízká, a sice 49 dotazníků. Z nich jsme do výzkumu mohli zařadit 31 měření. 19 dotazníků bylo zařazeno do výzkumné skupiny zdravotních sester do pěti let praxe, 12 dotazníků nám vytvořilo druhou výzkumnou skupinu zdravotních sester od pěti do deseti let praxe. 17 dotazníků z Fakultní nemocnice Brno – Bohunice, 8 dotazníků z Úrazové nemocnice a 6 dotazníků z Nemocnice u Svaté Anny.

Hypotéza číslo 1, v níž jsme vyslovili teorii, že zdravotní sestry do pěti let praxe nevykazují příznaky syndromu vyhoření, se nepotvrdila. Výzkum paradoxně i přes malý počet měření ukázal, že již sestry s takto rannou praxí příznaky syndromu vyhoření vykazují.

Spíše jsme předpokládali, že zdravotní sestry do pěti let praxe budou dosahovat statisticky významného skóre v dotazníku 8SQ v dimenzích stres a únava. Škála stres je charakterizována vlastnostmi - pocit tlaku, neschopnost uvolnění a relaxace, „stále v akci“, hektický, prožívání velkého napětí, nešťastný z vlastního výkonu, pocit vysokých nároků. Únavu prokazují charakteristiky – vyčerpanost, „bez energie“, lenost, unavenost, potřeba odpočinku, malá výkonnost. I když se ukázalo, že data nemají takový statistický význam, aby se tyto dílčí hypotézy potvrdily a to jistě

především z důvodu nízkého počtu měření, můžeme konstatovat, že z devatenácti měření zahrnutých do první výzkumné skupiny vykázaly vysoké skóre v dimenzi stresu 4 respondentky a v dimenzi únavy 7.

V této hypotéze jsme také předpokládali, že zdravotní sestry do pěti let praxe budou vykazovat statisticky významné hodnoty v dotazníku I-B-D, který je zaměřen na osm podtříd agresivního chování, a sice na fyzickou (přímou) agresi, nepřímou agresi, popudlivost – iritabilitu, negativismus, resentment, podezřívavost, verbální agresi, pocity viny. Tato hypotéza se nám však na statisticky významné hladině nepotvrdila.

Hypotéza číslo 2, se zaměřila na zdravotní sestry s praxí pět až deset let. U nich jsme předpokládali, že vykazují střední nebo vyšší stupeň intenzity příznaků syndromu vyhoření, statistické zpracování jejich dotazníků nám na pětiprocentní hladině statistické významnosti tuto hypotézu potvrdilo. Dokonce však odhalilo, že tyto respondentky vykazují již vysoký stupeň intenzity příznaků syndromu vyhoření.

Dále jsme zkoumali, zda vykazují vysoké skóre ve škálách stres, regrese, únava, pocit viny. V otázce stresu se hypotéza potvrdila částečně, ukázalo se, že tyto zdravotní sestry vykazují silný trend směřování k tomuto fenoménu. Třetina dat je v nízkém intervalu, šestina ve středním a polovina dat ve vysokém intervalu.

Ve škále regrese se hypotéza nepotvrdila, zdravotní sestry od pěti do deseti let praxe nevykazují vysoké skóre. Regrese v dotazníku 8SQ je u zkoušeného charakterizována vlastnostmi - zmatenost, neorganizovanost, neschopnost soustředění, impulsivním jednáním, prožíváním těžkostí při zvládání. První tři charakteristiky jsme u respondentek neočekávali, neboť ve zdravotní praxi není možné s těmito vlastnostmi fungovat. Vystupují však do popředí v případě vysoké stresovanosti a problémech v osobním životě.

Hypotéza, že zdravotní sestry od pěti do deseti let praxe vykazují vysoké skóre ve škále únava, se potvrdila částečně. Třetina respondentek vykazuje nízké skóre a dvě třetiny vysoké skóre v této škále. Únava se projevuje vlastnostmi - vyčerpanost, bez energie, lenost, unavenost, potřeba odpočinku, malá výkonnost.

Předpokládaná hypotéza, že zdravotní sestry od pěti do deseti let praxe vykazují vysoké skóre ve škále pocit viny, se jako statisticky významná nepotvrdila. Pocit viny vykazuje charakteristiky jako lítost, soustředění se na vlastní špatné skutky, potíže se spánkem, nepřátelskost, nespokojenost sama se sebou.

Hypotéza číslo tři, se zaměřila na porovnání vlastností u zdravotních sester do pěti let praxe a zdravotních sester od pěti do deseti let praxe. Vyslovili jsme předpoklad, že zdravotní sestry s praxí delší než pět let, vykazují statisticky významně vyšší skóre v dotazníku 8SQ v dimenzích stres, regrese, únava, pocit viny, více příznaků syndromu vyhoření v dotazníku MBI a vyšší skóre v dotazníku I-B-D oproti zdravotním sestřám pracujícím ve zdravotnictví do pěti let praxe.

I když se obecně vytyčená hypotéza na začátku výzkumného projektu na pětiprocentní hladině statistické významnosti nepotvrdila, a to především z důvodu nízkého počtu měření, dovolíme si konstatovat silný trend směřování zdravotních sester do únavového syndromu a větší míry stresovanosti.

Ověřováním a srovnáním dílčích hypotéz mezi výzkumnou skupinou jedna a dvě jsme chtěli zjistit, zda se vyskytují některé ukazatele, směřování zdravotních sester ke kontrolním fenoménům. Podařilo se nám však vytvořit pouze malé výzkumné skupiny, které nedostatečně podtrhují alarmující výsledky, jejichž výskyt jsme předpokládali. Výskyt příznaků syndromu vyhoření u zdravotních sester do pěti let praxe a následně vysoký stupeň intenzity příznaků tohoto syndromu u sester s praxí pět až deset let signalizuje neblahý nárůst geometrickou řadou. Tento syndrom úzce souvisí s přítomností stresu a únavy u pracovníků, které jsme zjišťovali prostřednictvím dotazníku 8SQ. Statistické zpracování dat nám u zdravotních sester do pěti let praxe nepotvrdilo vyskytující se příznaky těchto škál, nicméně opět pozorujeme alarmující nárůst po pěti letech zdravotnické praxe, kdy sestry směřují k vysokému skóre v těchto škálách. Zdravotní sestry ve směnném provozu jsou omezeny ve výběru pravidelných odpočinkových aktivit a z různých výzkumů víme, že pracovníci pomáhajících profesí, často volí nevhodné prostředky psychohygieny, nejčastěji alkohol.

Jak jsme uvedli již v teoretické části hlavními příčinami vzniku syndromu vyhoření, jsou ve zkratce vysoká zátěž, chronický stres a nedostatek psychického uvolnění. V naší společnosti fungují organizace, např. Česká katolická charita, jež se starají i o psychohygienu svých zaměstnanců a poskytují jim možnost terapeutického rozhovoru s psychologem a pořádají pravidelné supervize. Výše jsme také uvedli, že důležitou ochrannou před syndromem vyhoření je trvalý profesní vývoj. U zdravotních sester je povinný, zavedený zákonem č. 96/2004 Sb. novelizovaným v roce 2005 zákonem č. 125/2005 Sb., jako právní úprava získávání a osvědčování

způsobivosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. Postupem času, až v českém zdravotnictví bude dostatek kvalifikovaných pracovníků, kteří budou moci plně uplatňovat holistický přístup ke svým pacientům, tzn. budou mít dostatek času věnovat se konkrétnímu člověku a budou mít prostor se dále vzdělávat, jistě negativní elementy z práce zdravotní sestry bude možno eliminovat. V současnosti však tento požadavek dalšího vzdělávání na zdravotní sestry působí spíše negativně, neboť v mnoha zařízeních se seminářů a kongresů účastní pouze ve svém volném čase a na vlastní náklady.

Tato diplomová práce se pokusila uvést do problematiky pomáhajícího povolání. Popsali jsme téma stresu, který pomáhající pracovník často pociťuje ve formě distresu, popsali jsme si techniky zvládnání stresu i nutné osobnostní vlastnosti, což jsme dále rozvinuli v kapitole třetí, kde jsme se zaměřili na emocionalitu. V kapitole o syndromu vyhoření se čtenář mohl dočíst, že motivace je pro pomáhající profesi důležitým faktorem, ale stejně tak důležité je věnovat se svému tělu, umět odpočívat, relaxovat. Tuto myšlenku jsme podpořili kapitolou zabývající se duševní hygienou.

Statistické zpracování výzkumu nám ukázalo alarmující výsledky psychického stavu zdravotních sester, odhalilo příznaky syndromu vyhoření a směřování k vysokému skóre v oblastech stresu a únavy. Jelikož jsme se rozhodli naši práci nepojímat pouze k teoretickému shrnutí problému a ověření stanovených hypotéz, pokusili jsme se mimo běžných pokynů k provádění duševní hygieny, popsat také relaxační a meditační techniky, v pomáhajícím povolání snadno realizovatelné, jež jsou uvedeny v následující kapitole.

V úvodu práce jsme zmínili, že pomáhající povolání s sebou nese velkou emocionální zátěž, mnoho stresových a náročných životních situací. Toto povolání není pro každého a vždy bude vyžadovat notnou dávku psychické síly a odolnosti a fyzických sil navíc. K vyčerpání, ztrátě iluzí a lidskosti zde dochází až příliš lehce. I pomáhající je jen křehký člověk. Jednou ho však bude potřebovat každý z nás. Nejen proto, by se pozornost odpovědných měla obrátit k zajištění co nejkvalitnějších podmínek pro jejich práci.

6. NÁVRH RELAXAČNÍCH PROGRAMŮ PRO OSOBY SMĚŘUJÍCÍ K SYNDROMU VYHOŘENÍ – VÝSTUP DO PRAXE

Na tomto místě bychom rádi odkázali ke kapitole o duševní hygieně a podali několik typů pro uvolnění pracovního stresu prostřednictvím relaxace a meditace.

Relaxace znamená doslova uvolnění. Jde nejen o záměrné uvolnění svalů, ale o uvolnění všech napětí. V náročných povoláních jako jsou pomáhající profese dobré znát a praktikovat určitý druh relaxačního cvičení, např. *Schultzův autogenní relaxační trénink*, *Jacobsonovu progresivní relaxace*, *jógová cvičení dechu a ásán*, nebo kterýkoliv jiný druh.

Umět se uvolnit je stejně důležité jako umět soustředit se na práci. Při relaxačním cvičení se celkově snižuje aktivita organismu, klesá svalové napětí, puls, aktivuje se parasympatikus, dochází i ke změnám v EEG aktivitě. I krátké, několikaminutové cvičení přináší organismu okamžitou úlevu. Podobně jako každému vyhovuje jiná fyzická aktivita, je i u relaxačních technik nutné vyzkoušet si tu, která je člověku nejvíce příjemná a přináší mu dostatečné uvolnění.

Některé techniky, jako např. *Schultzův autogenní relaxační trénink*, či *Jacobsonova progresivní relaxace*, se zpočátku provádí pod vedením terapeuta, kdy se vlastní autogenní trénink provádí autosugestivními formullemi. Nácvik relaxace je základem pro uplatnění dalších terapeutických autosugescí a prožitků.

Nižší stupeň **Schultzova autogenního relaxačního tréninku** spočívá v navození 6 pocitů, a to: tíhy v končetinách, tepla v končetinách, klidného dechu, pravidelné srdeční činnosti, pocitu tepla v nadbříšku, chladné hlavy.

Jacobsonova progresivní relaxace je zaměřená na vnímání rozdílu svalového uvolnění a napětí v těle.

Relaxační postup představou slunce (Strnadová, in: Vašina, 1998, s. 274)

„Tento relaxační postup *vedle možnosti uvolnění představuje i prostředek k vitalizaci celého organismu*. Nejvhodnější polohou pro jeho provádění je lež na zádech.

Nejprve provedeme několik hlubokých, nenásilných dechů a krátké uvolnění celého těla. Dále si nastolíme představu slunečního kotouče v barvě žluté, zlaté nebo oranžové a umístíme jej do oblasti solárního plexu. Představa musí být nenásilná a nesmí v nás vytvářet pocit napětí nebo usilovné snahy. S každým nádechem se soustředíme do imaginárního slunečního disku v oblasti pupku a procitujeme zde místo koncentrované energie. S každým výdechem tuto energii rozvádíme paprskovitě do celého těla, včetně jeho periferních oblastí. Současně s představou paprsků šířících se tělem, prožíváme uvolnění a italizaci celého organismu.

Představu slunce a šířících se paprsků můžeme udržovat poměrně krátce, zhruba po dobu 7-10 dechů, nebo i po dobu delší, přibližně 3-5 minut. Po dosažení hlubšího uvolnění a pocitu oživení celého těla upouštíme od představy a zažíváme přímé uvolnění a pocit přílivu energie. V průběhu této relaxační techniky může docházet ke vzniku pocitu tepla v oblasti solárního plexu, který v některých případech může být i značně intenzivní. Tento pocit není na závadu, naopak představuje potvrzení dobré schopnosti koncentrace.“

Meditace

Meditace je hluboké uvolnění v relaxaci, možno říci její vyšší stupeň. Avšak stejně jako při relaxačním cvičení je třeba i zde tzv. vypnout myšlení oprostít se od vnějšího světa, rozvolnit své vědomí a podvědomé struktury. Aby bylo možné realizovat tento požadavek, používá se buď forma opakování určitých slov dle původní buddhistické formy „A-O-U-M“, nebo dle Američanů „one“, vyslovováno „U-W-A-N“ nebo „A-M-O“. Hlášky se opakují nepřetržitě 20 minut, přičemž na každý dech se řekne pomalu jednou. Soustředěním se na pomalé vyslovování slova, nedochází k odvedení pozornosti k jiným myšlenkovým tématům. Další formou je meditace směřovaná na obtěžující problémy. Člověk se soustřeďuje na to, co ho trápí, přičemž problém nazírá tzv. bez hodnocení. Cílem je získat odstup a vhled či nadhled do situace, zamýšlí se nad tím, co bylo, je a co bude.

Jóga

Jedinečnost jógy jako propracovaného systému, který navozuje harmonii duše a těla a působí i na harmonii funkce vnitřních orgánů spočívá v tom, že se dá provozovat v kterémkoliv věku i při tělesném oslabení. Jógový dech se stal základem nácviku správného dýchání u většiny cvičení. Alespoň zpočátku je vhodné ji cvičit pod vedením kvalifikovaného učitele.

Pro naše potřeby je zajímavým a vcelku nenáročným systémem tzv. Jóga prstů. Vychází z teorie, že na rukou máme energetické kanálky, které jsou spojeny s celkovým funkčním systémem organismu. Těmto nenáročným cvikům je však nutné se věnovat pravidelně a často. Nejlépe 3-4 krát denně po 10-15 minutách. Uvádíme tři pozice, které ve své publikaci uvádí Chamoutová (2006, s. 152)

„Pozice k překonání trémy, neklidu, stresu a deprese

Tato pozice je považována za jednu z nejdůležitějších a zároveň je velmi jednoduchá. Docílíte jí tak, že se ukazováčky dotknete lehce palců vždy téže ruky. Ostatní prsty jsou nataženy, nikdy ne ohnuty.

Pravidelné procvičování vás zbaví nervového vypětí, trémy, neklidu, melancholie, stesku a deprese. Tato pozice také zlepšuje myšlení, aktivuje paměť a schopnost koncentrace.

Koncentrace, myšlení, úbytek energie

Tato pozice napomáhá koncentraci, soustředění se na problém, podporuje myšlení a správné rozhodování se, zejména ve stresových situacích. Zabraňuje nežádoucímu úniku energie kýmkoliv.

Pozice dosáhneme tak, že propojíme vzájemně všechny prsty (propleteme volně natažené prsty sepnutých rukou), s tím, že malíčky a palce jsou nataženy a dotýkají se vzpřímeny.

Obranschopnost organismu, virová onemocnění

Pokud se cítíte vyčerpaní, máte dojem, že je váš energetický potenciál narušen nebo ohrožen, procvičujte tuto pozici. Pomáhá načerpat kosmickou energii a je dobrou prevencí proti celé řadě onemocnění, napomáhá zejména v období virových epidemií posílit obranschopnost organismu. Je však třeba pozici procvičovat okamžitě od té chvíle, kdy se ve vašem okolí nemoc objeví. Jakmile se u vás objeví první příznaky, je pozdě.

Pozice docílíte tak, že vzájemně propletete prsty obou rukou, ukazováčky do sebe zaklesnete a palce jsou vztyčeny vzhůru.“

RESUMÉ

Diplomová práce se zabývá stresem, emocionalitou, syndromem vyhoření a duševní hygienou v souvislosti s pomáhajícím povoláním.

Součástí této diplomové práce je výzkum provedený u zdravotních sester z chirurgických oddělení tří brněnských nemocnic, týkající se výše uvedené problematiky.

1. kapitola popisuje povolání v pomáhající profesi, konkrétně pak povolání zdravotní sestry.
2. kapitola je zaměřená na problematiku stresu, stresorů, zvládnání stresu a náročných životních situací.
3. kapitola se zabývá emocionalitou a pojmy souvisejícími s pomáhající profesí a dotazníkem 8SQ, jež byl součástí prováděného výzkumu.
4. kapitola uvádí do problematiky syndromu vyhoření, jeho příčin, příznaků a prevence.
5. kapitola podává základy duševní hygieny, sebevýchovy osobnosti, životosprávy, pracovní hygieny a péče o duševní zdraví.

Následuje praktická část práce, v níž je zpracován výzkum na dané téma a relaxační techniky vhodné pro osoby v pomáhajících profesích, jako výstup do praxe.

ANOTACE

Diplomová práce se v teoretické části zabývá pomáhající profesí, konkrétně profesí zdravotní sestry, stresem, emocionalitou, syndromem vyhoření a duševní hygienou v pomáhajícím povolání.

V praktické části zpracovává výzkum, provedený u zdravotních sester na téma emocionálních stavů, syndromu vyhoření a agresivity a podává návrhy na relaxaci pro pomáhající profese.

Klíčová slova

Pomáhající profese
Stres
Syndrom vyhoření
Emoce
Duševní hygiena

Annotation

The theoretical part of the diploma theses deal with counselling professions; particularly the professions of nurses; stress, emotions, burned out syndrome and mental health in counselling professions.

The practical part evaluates the research related to emotions, burned out syndrome and aggression among nurses. It also suggests ways to relax in counselling professions.

Key words

Counselling professions
Stress
Burned out syndrome
Emotions
Mental health

POUŽITÁ LITERATURA

1. ARRIVÉ, Jean – Yves. *Umění prožívat emoce*. 1. vydání, Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-828-7
2. BEDRNOVÁ, Eva a kol. *Duševní hygiena a sebeřízení*. 1. vydání, Praha: Vysoká škola ekonomická, Fakulta podnikohospodářská, 1996. ISBN: 80-7079-019-9
3. CIMICKÝ, Jan. *Našinec v ohrožení*. 1. vydání, Praha: Magnet – Press, 1994. ISBN: 80-85434-96-2
4. ČAČKA, Otto. *Psychologie vrstev duševního dění osobnosti a jejich autodiagnostika*. 3., opr. vydání, Brno: Doplněk, 2002. ISBN: 80-7239-107-0
5. ČERNÝ, Vojtěch. *Jak překonat stres*. 3. aktualizované vydání, Brno: Computer Press, 2006. ISBN: 80-251-1003-6
6. DANZER, Gerhard. *Psychosomatika*. 1. vydání, Praha: Portál, 2001. ISBN: 80-7178-456-7
7. FELDMANN, Harald. *Kompendium lékařské psychologie*. Praha: Victoria Publishing, [asi 1994]. ISBN: 80-85605-67-8
8. FRIELINGSDORF, Karl. *Agrese vytváří vztahy (Jak se z destruktivních sil mohou stát síly prospěšné životu)*. 1. vydání, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2000. ISBN: 80-7192-502-0
9. CHAMOUTOVÁ, Kateřina, CHAMOUTOVÁ, Hana. *Duševní hygiena; Psychologie zdraví*. 1. vydání, Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze, 2006. ISBN: 80-213-1152-4
10. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vydání, Brno: Triton, 2003. ISBN: 80-7254-329-6
11. JOBÁNKOVÁ, Marta a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vydání, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. ISBN: 80-7013-390-2
12. JOBÁNKOVÁ, Marta, BOUCHAL, Milan, HÁJKOVÁ, Jiřina, et al. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. 2. vydání, upravené, dotisk. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. ISBN 80-7013-127-6

13. KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vydání, Praha: Academia, 2005. ISBN: 80-200-1307-5
14. KOLIBOVÁ, Helena. *Práce s klientem*. 1. vydání, Opava: Slezská univerzita v Opavě, Obchodně podnikatelská fakulta, 1999. ISBN: 80-7248-020-0
15. KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 5. vydání, Praha: Portál, 2006. ISBN: 80-7367-181-6
16. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, PEČENKOVÁ, Jaroslava. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0784-5
17. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0
18. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2. vydání, Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-774-4
19. LORENZ, Konrad. *Osm smrtelných hříchů*. Reprint 1. vydání, Praha: Academia, 2000. ISBN: 80-200-084-X
20. MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena*. 1. vydání, Praha: SPN, 1984.
21. MÍČEK, Libor. *Sebevýchova a duševní zdraví*. 5. doplněné vydání, Praha: SPN, 1988.
22. MATOUŠEK, Oldřich. *Pracovní stres a zdraví*. 1. vydání, Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2003. ISBN: 80-903604-1-6
23. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1024-2
24. PLAMÍNEK, Jiří. *Sebezpoznání, sebeřízení a stres Praktický atlas sebezvládnutí*. 2., aktualizované a doplněné vydání, Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2593-2
25. POTTEROVÁ, Beverly A. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání*. 1. vydání, Olomouc: Votobia, 1997. ISBN: 80-7198-211-3
26. RUSH, D. Myron. *Syndrom vyhoření*. 1. vydání, Praha: Návrat domů, 2003. ISBN: 80-7255-074-8
27. SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. 1. vydání, Praha: Portál, 2000. ISBN: 80-7178-312-9
28. SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka*. 1. vydání, Praha: Portál, 2008. ISBN: 978-80-7367-369-7

29. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3., rozš. a přeprac. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-802-3
30. VAŠINA, Lubomír, STRNADOVÁ, Věra. *Psychologie osobnosti I*. 1. vydání, Hradec Králové: Gaudeamus, 1998. ISBN: 80-7041-974-1
31. VAŠINA, Lubomír. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. 1. vydání, Brno: Institut mezooborových studií, 2008. ISBN: 978-80-87182-00-0
32. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3., aktualiz. vydání, Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-740-X
33. http://www.clk.cz/poradna/Registrace/registrace_sester.html
34. <http://cs.wikipedia.org/wiki/Endorfin>
35. <http://www.hzp.cz/main/clanek.php?id=833>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Dotazník

Příloha č. 2 – Hypotéza 3f) tabulky

Dobrý den, vážené kolegyně,

v rukou držíte dotazník, který bude zpracován v diplomové práci, zabývající se stresem, syndromem vyhoření a vhodnou psychohygienou zdravotních sester.

Jsem si vědoma toho, jak drahocenný je Váš čas, který Vám vyplnění dotazníku zabere, naší snahou je však zjištění reálného stavu a navržení vhodného programu pro lepší zotavení se po pracovní době.

Dotazník pro jednu osobu obsahuje úvodní list a tři dotazníky. Uděláte-li si čas vyplnit všechny testy, naší práci velmi pomůžete, základ naší práce však tvoří testový sešit 8SQ a dotazník MBI.

Předem Vám děkuji za Vaše pravdivé odpovědi, samozřejmostí je zachování Vaší anonymity. Výsledky hodláme publikovat ve zdravotnických časopisech a na konferencích obsahujících příbuzná témata stresu, syndromu vyhoření a vhodné psychohygieny zdravotních sester.

Děkuji a přeji Vám příjemný den

Bc. Klára Chrápavá, DiS.

Nejdříve Vás požádám o vyplnění několika vstupních otázek:

Jak dlouho pracujete na pracovní pozici zdravotní sestry?

0-5 let	5-10 let	Nad 10 let
---------	----------	------------

Kolik je Vám let?

Do 21 let	22-31 let	32 a více
-----------	-----------	-----------

Kolik osob včetně Vás žije ve Vaší domácnosti?

Jedna	Dvě	Tři a více
-------	-----	------------

Máte přátele, na které se můžete v případě osobních problémů obrátit?

Ano	Ne	Záleží na situaci
-----	----	-------------------

1. V této chvíli nemám žádné starosti nebo problémy.
 - a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
2. Právě teď jsem pod
 - a) Velkým tlakem
 - b) Určitým tlakem
 - c) Těžko pod nějakým tlakem
 - d) Žádným tlakem
3. Mám radostnou náladu
 - a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
4. Pro mé momentální rozpoložení by byl složitý problém
 - a) Velkou výzvou
 - b) Spíše výzvou
 - c) Otravou
 - d) Těžko zvládnutelný
5. V této chvíli se cítím být velmi líná
 - a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
6. Jsem tak unavená a utrápená, že se mi třesou ruce
 - a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
7. Když se dnes s někým bavím, napadá mě, jestli ho vůbec zajímá to, co říkám.
 - a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
8. Dnes mě napadají samé skvělé nápady
 - a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
9. Jsem napjatá a nesvá
 - a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
10. Dnes dělám všechno tak, jak to nejlépe dokážu
 - a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
11. Cítím se teď nezávislý na něčí laskavosti
 - a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
12. V současném svém rozpoložení jednám
 - a) Velmi opatrně a rozvážně
 - b) Spíše opatrně
 - c) Spíše impulzivně
 - d) Velmi impulsivně, bez uvážení
13. Cítím se
 - a) Úplně svěží
 - b) Docela svěží
 - c) Trochu ospale
 - d) Velmi ospale
14. V této chvíli nemám žádné nezvyklé bolesti, které bych si neuměla vysvětlit
 - a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
15. Momentálně jsem
 - a) Velmi povídavá
 - b) Dost upovídaná
 - c) Dost tichá
 - d) Velmi tichá
16. Cítím, že se potřebuji vyspat, ale jsem velmi rozrušená na to, abych šla do postele, i kdybych mohla
 - a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne

17. Kdyby se teď stala nehoda, vůbec by mě to nerozrušilo
- Rozhodně ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Rozhodně ne
18. Právě v této chvíli mi okolnosti nedovolují být klidná
- Rozhodně ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Rozhodně ne
19. Momentálně nejsem taková optimistka jako obvykle
- Rozhodně ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Rozhodně ne
20. Kdybych se teď měla zúčastnit skupinové činnosti byla bych
- Velmi vstřícná a zapálená
 - Dost vstřícná
 - Dost mimo
 - Úplně mimo
21. Dnes jsem velmi unavená
- Rozhodně ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Rozhodně ne
22. Momentálně se cítím tak, že přemýšlím o tom, jestli jsem ve svém životě byla někomu užitečná
- Rozhodně ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Rozhodně ne
23. Kdybych teď byla v davu lidí, cítila bych se
- Velmi dobře
 - Celkem dobře
 - Dost špatně
 - Velmi špatně
24. Právě teď bych raději poslouchala spíše jemnou, snovou hudbu, než hlasitou a dynamickou
- Rozhodně ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Rozhodně ne
25. Momentálně nepociťuji žádné projevy nervozity (jako svírání žaludku, bušení srdce, atd.)
- Rozhodně ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Rozhodně ne
26. Můj život dnes je možné popsat jako
- Velmi hektický a vyčerpávající
 - Dost hektický a mírně vyčerpávající
 - Většinou klidný
 - Absolutně klidný
27. Mám chuť pobavit se s přáteli při sportu
- Rozhodně ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Rozhodně ne
28. Hlavou mi znějí melodie navzdory tomu, že nechci, aby se mi pletly do myšlenek
- Rozhodně ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Rozhodně ne
29. Cítím se být rázná a průbojná
- Rozhodně ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Rozhodně ne
30. V této chvíli mám jistý pocit viny
- Rozhodně ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Rozhodně ne

31. Právě teď bych chtěla být na hlučném večírku
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
32. Dnes musím vynaložit velké úsilí k tomu, abych byla čilá a svěží
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
33. Mám teď takovou náladu, že se obávám toho, že se neudržím a budu někoho pomlouvat
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
34. Řekla bych, že jsem právě
- a) Velmi klidná
 - b) Dost klidná
 - c) Trochu neklidná a podrážděná
 - d) Velmi neklidná
35. Mám velkou radost z toho, co jsem dnes pro sebe udělala
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
36. V této chvíli se cítím ve skvělé duševní a tělesné formě
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
37. I kdybych dnes těžce pracovala, necítila bych se vyčerpaná a unavená
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
38. Cítím, že své povinnosti plním tak, že by to každý schválil
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
39. Momentálně se cítím odvážná a smělá
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
40. Mám pocit, že momentálně nejsem schopna myslet jasně
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
41. Tak, jak se cítím právě teď, bych většinu věcí nezvládla
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
42. Momentálně nepociťuji velký stres nebo napětí
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
43. Hlasité zvuky a hlasy jsou dnes pro mě nepříjemné a nesnesitelné
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
44. I když myslím na něco jiného, vtírají se mi do mysli zážitky z minulosti
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne

45. Mám pocit, že mohu jen těžko hýbat rukama a nohama
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
46. Jsem dnes dost náročná a přísná
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
47. Momentálně bych raději nějaký příběh četla, než ho vyprávěla
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
48. Momentálně slyším lépe než obvykle
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
49. Ve své současné náladě soudím, že pláču vždy, když se mi něco nevydaří
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
50. Vypadá to tak, že mám stále pocit, že musím udělat tisíc věcí
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
51. Momentálně nejsem tak šťastná, jako jsou lidé kolem mě
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
52. Ve své současné náladě se dokážu lehce rozhodovat
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
53. Teď bych si nejraději
- a) Lehla a odpočívala
 - b) Odpočívala
 - c) Dělal něco ne příliš náročného
 - d) Dělal něco náročného a vzrušujícího
54. Pravděpodobně tuto noc neusnu a budu přemýšlet o tom, co se stane, protože jsem něco neudělala správně
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
55. Kdybych měla právě teď mluvit s jinými lidmi, měla bych
- a) Problémy s tím, co říct
 - b) Trochu problémů s tím, co říct
 - c) Vůbec žádné problémy, co říct
 - d) Potřebu říct daleko víc, než na co mám čas
56. Momentálně mám hodně nápadů
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
57. Jsem nespokojená, jako kdybych chtěla něco udělat, ale nevím co
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
58. Můj společenský život je
- a) Žádný
 - b) Nic moc
 - c) Dost aktivní
 - d) Velmi aktivní, hektický

59. V momentálním stavu mám problémy pořádně se na něco soustředit
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
60. Dnes si těžko uspořádám myšlenky, když chci něco říct
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
61. Dynamické a živé cvičení by mě teď
- a) Skutečně povzbudilo
 - b) Trochu povzbudilo
 - c) Trochu unavilo
 - d) Vyčerpalo
62. Momentálně jsem spokojená s tím, jak se obvykle chovám
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
63. Kdyby teď měla proběhnout nějaká společenská akce, asi bych zůstala sedět a pozorovala ostatní
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
64. Moje mysl je aktivnější než před chvílí
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
65. V této chvíli se cítím být velmi klidná
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
66. V mém současném rozpoložení by mě hra bavila pouze v případě, že vyhrají
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
67. Momentálně mám pocit, že všechno v životě jde tak, jak já chci
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
68. Kdybych měla teď podstoupit nějakou fyzickou námahu, měla bych pocity nevolnosti a slabosti
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
69. Momentálně mám chuť do práce jako obvykle
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
70. Cítím se těžko a smutně při pomýšlení na špatné věci, které jsem udělala
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
71. Kdybych byla teď nečekaně vyzvána, abych promluvila před větším publikem, byla bych
- a) Velmi nervózní a nejistá
 - b) Trochu nervózní
 - c) Dost klidná a jistá
 - d) Úplně klidná a jistá
72. Moje myšlenky se dnes pohybují pomalu
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne

73. Mám příjemnou náladu
- Rozhodně ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Rozhodně ne
74. Dnes na mě byly kladeny mnohé nároky
- Rozhodně ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Rozhodně ne
75. Cokoliv bych dnes měla dělat, myslím si, že bych udělala lépe, než jindy
- Rozhodně ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Rozhodně ne
76. Přála bych si, aby právě teď nebyl můj život tak komplikovaný a zmatený
- Rozhodně ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Rozhodně ne
77. Mám pocit, že trpím únavou a vyčerpáním
- Rozhodně ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Rozhodně ne
78. V této chvíli jsem sama se sebou spokojená
- Rozhodně ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Rozhodně ne
79. Ve srovnání s mým běžným vystupováním mě dnes většina známých považovala za
- Daleko tišší
 - Tiší
 - O něco živější
 - Daleko živější
80. Dnes mi plyne čas velmi pomalu
- Rozhodně ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Rozhodně ne
81. Cítím se podrážděná a mrzutá
- Rozhodně ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Rozhodně ne
82. Momentálně podávám výkony
- Vysoké
 - Průměrné
 - Podprůměrné
 - Velmi nízké
83. Cítím se tak mizerně, že uvažuji o tom, zda to dnes zvládnou
- Rozhodně ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Rozhodně ne
84. Cítím, že jsem připravena pro každou situaci
- Rozhodně ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Rozhodně ne
85. Právě teď mám dostatek energie, abych šla na náročný výlet
- Rozhodně ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Rozhodně ne
86. Cítím, že až dnes půjdu spát, nebude mě nic trápit
- Rozhodně ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Rozhodně ne
87. Momentálně jsem se svým tělesným výkonem spokojená
- Rozhodně ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Rozhodně ne

88. Tak, jak se teď cítím, by mě nadchlo skoro všechno
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
89. Momentálně jsem bázlivá a ustrašená
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
90. Dnes se cítím
- a) Vůbec ne rozzlobená
 - b) Trochu rozzlobená
 - c) Hodně rozzlobená
 - d) Velice rozzlobená
91. Mám hravou a radostnou náladu
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
92. Teď by bylo pro mě těžké přesně vyprávět někomu o svých nejnovějších snech
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
93. Tělesně se cítím
- a) Úplně unavená
 - b) Unavená
 - c) Dost silná
 - d) Plná energie
94. V této chvíli jsme spokojená s průběhem dne
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
95. Když dnes vyprávím o různých věcech, daří se mi, aby lidé sdíleli moje nadšení
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne
96. Vypadá to, že se děje příliš mnoho věcí najednou
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Rozhodně ne

MBI

V následujících otázkách prosím doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení čísla, označující podle níže uvedeného klíče frekvenci a intenzitu pocitů, které obvykle prožíváte.

JAK ČASTO:

0	1	2	3	4	5	6
Nikdy	Párkrát za rok nebo méně	Jednou měsíčně nebo méně	Párkrát za měsíc	Jednou týdně	Párkrát týdně	Každý den

JAK SILNĚ:

0	1	2	3	4	5	6	7
Vůbec	Velmi slabě, sotva patrně			Mírně			Významně, velmi silně

	Jak často 0-6	Jak silně 0-7	
1.	___	___	V práci se cítím emočně vyčerpaná
2.	___	___	Na konci pracovního dne se cítím opotřebovaná
3.	___	___	Když ráno vstávám, cítím se unaveně v očekávání dalšího pracovního dne
4.	___	___	Chápu, jak se moji klienti cítí a co si myslí
5.	___	___	Mám dojem, že s některými klienty zacházím jako by to byly neosobní věci (předměty)
6.	___	___	Celodenní práce s lidmi pro mne představuje skutečně velké vypětí
7.	___	___	Zabývám se velmi účinně problémy svých klientů
8.	___	___	Cítím se vyčerpaná ze své práce
9.	___	___	Cítím, že pozitivně ovlivňuji svou prací životy ostatních lidí
10.	___	___	Stala jsem se necitelnější vůči lidem od té doby, kdy vykonávám současnou profesi
11.	___	___	Obávám se, že práce, kterou vykonávám, mne činí psychicky tvrdší a méně účastnou
12.	___	___	Cítím se velmi energicky
13.	___	___	Jsem frustrována skrze své zaměstnání
14.	___	___	Zdá se mi, že v zaměstnání pracuji příliš tvrdě a intenzivně
15.	___	___	Je mi jedno, co se stane s některými klienty
16.	___	___	Práce s lidmi mne příliš stresuje
17.	___	___	Snadno vytvářím v kontaktu se svými klienty uvolněnou atmosféru
18.	___	___	Cítím se svěží a povzbuzeně, když úzce spolupracuji se svými klienty
19.	___	___	Dosáhla jsem ve své práci významných a cenných úspěchů
20.	___	___	Mám pocit, že jsem v koncích
21.	___	___	S psychickými problémy v práci se vypořádávám velmi klidně
22.	___	___	Mám dojem, že klienti mi přičítají některé své problémy

I-B-D

	Ano	Ne	
1. Občas nedokáži ovládnout své nutkání někomu ublížit		
2. O lidech, které nemám ráda rozšiřuji někdy klepy			
3. Snadno se rozčílím, ale brzy mě to přejde			
4. Když mě někdo o něco nepožádá pěkným způsobem, neudělám, co po mě chce			
5. Zdá se mi, že jsem ochuzována o něco, co mi náleží			
6. Víím, že o mně lidé rádi mluví za mými zády			
7. Když neschvaluji jednání svých přátel, dám jim to jasně najevo			
8. Když jsem náhodou někdy podváděla, trpěla jsem silnými výčitkami svědomí			
9. Nikdy nikoho neuhodím, protože pro to nenacházím žádný důvod			
10. Nikdy nebývám natolik dopálená, abych házela předměty			
11. Mám vždy s lidmi trpělivost			
12. Když někdo stanoví nějakou zásadu, která se mi nelíbí, svádí mě to, abych ji porušovala			
13. Zdá se mi, že ostatní mají větší štěstí než já			
14. Dávám si pozor na lidi, kteří se ke mně chovají přátelštěji, než jsem očekávala			
15. Často zjišťuji, že s lidmi nesouhlasím			
16. Někdy mám tak ošklivé myšlenky, že se stydím sama před sebou			
17. Když mě někdo uhodí, tak se neznám			
18. Když jsem navztekaná, třískám dveřmi			
19. Bývám mnohem více podrážděnou, než si o mně lidé myslí			
20. Chová-li se ke mně někdo pánovitě, dělám opak toho, co po mě chce			
21. Když vzpomínám na to, co jsem všechno prožila, nemohu se ubránit pocitu rozmrzelosti			
22. Je mnoho lidí, kteří mě podle všeho nemají rádi			
23. Když se mnou lidé nesouhlasí, dostávám se s nimi do rozporu			
24. Kdo se ulevvá při práci, musí mít velký pocit viny			
25. Urazí-li někdo mě, nebo mou rodinu, žádá si o výprask			
26. Nikdy nedělám kanadské žertíky			
27. Pění se mi krev, když si někdo ze mě dělá legraci			
28. Když mě někdo sekýruje dám si na čas, jen abych mu ukázal			
29. Skoro každý den se setkávám s někým, kdo je mi protivný			
30. Zdá se mi, že je řada lidí, kteří na mě žárlí			
31. Vyžaduji, aby lidé respektovali má práva			
32. Skličuje mě, že jsem udělala málo pro své rodiče			
33. Lidé, kteří člověka ustavičně obtěžují si koledují o výprask			
34. Když mám zlost, jsem rozmrzelá			
35. Když se mnou někdo nespravedlivě jedná, nedám se tím otrávit			
36. Když se někdy stane, že se na někoho rozhněvám, přestane pro mě existovat			
37. Někdy mě šířá žárlivost, třebaže to na sobě nedám znát			

38. Někdy mám pocit, že se mi lidé posmívají			
39. Nepoužívám silných slov ani když mě někdo rozzlobí			
40. Dělá mi starost, zda m bude odpuštěno, čím jsem se kdy provinila			
41. Málokdy vracím ránu, a to ani tehdy, uhodí-li mě někdo jako první			
42. Někdy mě lidé obtěžují už jen tím, že jsou kolem mě			
43. Když není po mém, bývám nevrlá			
44. Neznám člověka, kterého bych přímo nenáviděla			
45. Mým heslem je: „ Nikdy nedůvěřuj cizím lidem!“			
46. Když mě někdo obtěžuje jsem s to mu říci, co si myslím			
47. Dělán mnohé věci, které mi potom působí výčitky svědomí			
48. Když se doopravdy rozzuřím, jsem s to někoho zfackovat			
49. Od svých deseti let jsem nikdy neměla výbuchy zlé nálady			
50. Často si připadám jako sud prachu, který už-už vybuchnout			
51. Kdybych dávala najevo co cítím, byla bych považována za člověka, se kterým lze těžko vyjít			
52. Často bych ráda věděla, jaký důvod může někdo mít, udělá-li pro mě něco dobrého			
53. Když na mě někdo řve, řvu na něho také			
54. Nepodaří-li se mi něco, dělám si kvůli tomu výčitky svědomí			
55. Občas se dostávám do rvačky			
56. Vzpomínám si, že jsem měla takovou zlost, že jsem popadla co bylo po ruce a rozbila jsem to			
57. Někdy jsem hašteřivá, tj. hádám se pro drobnosti			
58. Občas mám pocit, že je ke mně osud nespravedlivý			
59. Myslívala jsem si, že většina lidí mluví pravdu, ale teď vím, že to tak není			
60. Když se rozzuřím, říkám ošklivé věci			
61. Ukřivdím-li někomu, pronásledují mě výčitky svědomí			
62. Kdybych se měla uchýlit k fyzickému násilí, abych uhájila svá práva, udělala bych to			
63. Někdy projevuji svou zlost boucháním do stolu			
64. Někdy bývám trochu hrubá k lidem, kteří se mi nelíbí a nemohu si pomoci			
65. Nemám takové nepřátele, kteří by si skutečně přáli mi ubližovat			
66. Nedokázala bych někoho odkázat do patřičných mezí, i kdyby to potřeboval			
67. Mám často pocit, že jsem vedla nesprávný život			
68. Setkala jsem se s lidmi, kteří mě zahnali tak daleko, že jsme se začali být			
69. Všední věci, nad kterými se lidé rozčilují, mě nechávají klidnou			
70. Obvykle nemám pocit, že by se lidé snažili mě urážet nebo zlobit			
71. Často pronáším hrozby, které nemíním doopravdy			
72. Když se přu mám ve zvyku zesilovat hlas			
73. V poslední době jsem nějak nabručená			
74. Obvykle skrývám své špatné mínění o lidech			
75. Raději nějakou věc uznám, než bych se kvůli ní hádala			
76. Už jsem se jednou ocitla v takové situaci, že jsem uvažovala o tom, že svůj život skončím			
77. Jestliže se někdo chová nevhodně, trapně nebo se svými projevy zesměšňuje, prožívám silný pocit trapnosti a rozpaků			

78. Někdy se s chutí označím nepříliš lichotivým a spíše nevybíravým slovem			
79. Občas mívám „mindráky“			
80. Občas mám na sebe vztek, protože nejsem k ničemu			
81. V těžkých situacích jsem již vícekrát uvažovala o tom, že bych měla se svým životem skoncovat			
82. Někdy se musím potrestat tím, že udělám něco, co dělám nerada a s určitým sebepřemáháním			
83. Velmi dlouho si připomínám trapné situace, do kterých jsem se dostala a přitom znovu prožívám nepříjemné pocity			
84. Často se na sebe zlobím, že dělám věci, kterých potom musím litovat			

	FA	NA	VA	IR	NE	RE	PO	PV	AA
HS		.1,1	.0,77	.0,91	.2,0	.1,25		1,1	
VS									

FA											
NA											
VA											
IR											
NE											
RE											
PO											
PV											
AA											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Poznámka:

Fyzická agrese : (testováno t-testem, testujeme rovnost)

Tab. 1

Skup. 1 vs. skup. 2	T-test pro nezávislé vzorky (Tabulka 1) Pozn.: Proměnné byly brány jako nezávislé vzorky									
	Průměr skup. 1	Průměr skup. 2	Hodnota t	sv	p	Poč. plat. skup. 1	Poč. plat. skup. 2	Sm. odch. skup. 1	Sm. odch. skup. 2	F-poměr rozptyly
Fyzická agrese do 5 vs. Fyzická agrese 5-10	3,131579	3,416667	-0,430959	29	0,669685	19	12	1,984958	1,427543	1,933412

Nepřímá agrese : (testováno t-testem, testujeme rovnost)

Tab. 2

Skup. 1 vs. skup. 2	T-test pro nezávislé vzorky (Tabulka 1) Pozn.: Proměnné byly brány jako nezávislé vzorky									
	Průměr skup. 1	Průměr skup. 2	Hodnota t	sv	p	Poč. plat. skup. 1	Poč. plat. skup. 2	Sm. odch. skup. 1	Sm. odch. skup. 2	F-poměr rozptyly
Nepřímá agrese do 5 vs. Nepřímá agrese 5-10	3,394737	3,833333	-0,852501	29	0,400922	19	12	1,349680	1,466804	1,181089

Iritabilita : (testováno t-testem, testujeme rovnost)

Tab. 3

Skup. 1 vs. skup. 2	T-test pro nezávislé vzorky (Tabulka 1) Pozn.: Proměnné byly brány jako nezávislé vzorky										
	Průměr skup. 1	Průměr skup. 2	Hodnota t	sv	p	Poč. plat. skup. 1	Poč. plat. skup. 2	Sm. odch. skup. 1	Sm. odch. skup. 2	F-poměr rozptyly	p rozptyly
Iritabilita do 5 vs. Iritabilita 5-10	4,842105	5,166667	-0,338408	29	0,737494	19	12	2,972338	1,838148	2,614782	0,107238

Negativismus: (testováno Mann-Whitney testem, testujeme rovnost)

Tab. 4

Proměnná	Mann-Whitneyův U test (Tabulka 1) Dle proměn. Délka praxe Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$									
	Sčt poř. do 5	Sčt poř. 5 až 10	U	Z	Úroveň p	Z upravené	Úroveň p	N platn. do 5	N platn. 5 až 10	2*1str. přesné p
Negativismus	272,5000	223,5000	82,50000	-1,27749	0,201429	-1,32582	0,184900	19	12	0,204790

Resentiment : (testováno t-testem, testujeme rovnost)

Tab. 5

Skup. 1 vs. skup. 2	T-test pro nezávislé vzorky (Tabulka 1) Pozn.: Proměnné byly brány jako nezávislé vzorky										
	Průměr skup. 1	Průměr skup. 2	Hodnota t	sv	p	Poč. plat. skup. 1	Poč. plat. skup. 2	Sm. odch. skup. 1	Sm. odch. skup. 2	F-poměr rozptyly	p rozptyly
Resentiment do 5 vs. Resentiment 5-10	3,315789	3,875000	-0,800192	29	0,430106	19	12	1,765491	2,090291	1,401789	0,506661

Podezřavost: (testováno t-testem, testujeme rovnost)

Tab. 6

Skup. 1 vs. skup. 2	T-test pro nezávislé vzorky (Tabulka 1) Pozn.: Proměnné byly brány jako nezávislé vzorky										
	Průměr skup. 1	Průměr skup. 2	Hodnota t	sv	p	Poč.plat. skup. 1	Poč.plat. skup. 2	Sm.odch. skup. 1	Sm.odch. skup. 2	F-poměr rozptyly	p rozptyly
Podezřavost do 5 vs. Podezřavost 5-10	3,973684	4,625000	-0,813271	29	0,422690	19	12	2,017105	2,403832	1,420205	0,491307

Verbální agrese: (testováno t-testem, testujeme rovnost)

Tab. 7

Skup. 1 vs. skup. 2	T-test pro nezávislé vzorky (Tabulka 1) Pozn.: Proměnné byly brány jako nezávislé vzorky									
	Průměr skup. 1	Průměr skup. 2	Hodnota t	sv	p	Poč.plat. skup. 1	Poč.plat. skup. 2	Sm.odch. skup. 1	Sm.odch. skup. 2	F-poměr rozptyly
Verbální agrese do 5 vs. Verbální agrese 5-10	7,263158	7,541667	-0,278755	29	0,782411	19	12	3,047624	2,038921	2,234201

Pocit viny: (testováno Mann-Whitney testem, testujeme rovnost)

Tab. 8

Proměnná	Mann-Whitneyův U test (Tabulka 1) Dle proměn. Délka praxe Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$									
	Sčt poř. do 5	Sčt poř. 5 až 10	U	Z	Úroveň p	Z upravené	Úroveň p	N platn. do 5	N platn. 5 až 10	2*1 str. přesné p
Pocit viny	343,5000	152,5000	74,50000	1,601937	0,109171	1,624361	0,104300	19	12	0,110017