

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**Psychická zátěž zdravotnických pracovníků pečujících o
těžce a terminálně nemocné**

Bc. Vít Blanař

Diplomová práce

2012

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Bc. Vít Blanař
Osobní číslo: Z10097
Studijní program: N5341 Ošetřovatelství
Studijní obor: Ošetřovatelství
Název tématu: Psychická zátěž zdravotnických pracovníků pečujících o těžce a terminálně nemocné
Zadávací katedra: Katedra ošetřovatelství

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :


1. Sběr informací a studium literatury o psychické zátěži zdravotnických pracovníků pečujících o terminálně nemocné.
2. Stanovení cílů práce.
3. Výběr metody výzkumu.
4. Konzultace vybrané metody a skupiny respondentů s vedoucím diplomové práce.
5. Provedení výzkumu, sběr dat.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Sestavení edukačního plánu, informačního materiálu o psychické zátěži zdravotnických pracovníků pečujících o terminálně nemocné.
8. Zhodnocení a diskuze výsledků.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 50 stran
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:


1. HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie : Nauka o umírání a smrti. 2. přepracované vydání. Praha : Galén, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
2. KŘIVOHLAVÝ, J. Sestra a stres. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
3. KUTNOHORSKÁ, J. Výzkum v ošetrovatelství. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
4. MARKOVÁ, M. Sestra a pacient v paliativní péči. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
5. VENGLÁŘOVÁ, M. Sestry v nouzi : Syndrom vyhoření, mobbing, bossing. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
6. VÝROST, J.; SLAMĚNÍK, I. Sociální psychologie. 2. přepracované a rozšířené. Havlíčkův Brod : Grada Publishing, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1428-8.

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Kateřina Čermáková
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: 30. listopadu 2011
Termín odevzdání diplomové práce: 2. května 2012


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 29. února 2012

Čestné prohlášení

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Hradci Králové 20.4.2012

Vít Blanař

Poděkování

Děkuji PhDr. Kateřině Čermákové za odborné vedení mé diplomové práce, za vstřícnost, ochotu, a cenné rady, které mi pomohly při psaní této práce. Za pochopení a čas, který mi věnovala. Také děkuji všem respondentům, kteří dotazník vyplnili a všem mým blízkým, kteří mne při psaní této práce podporovali.

Anotace a klíčová slova

Anotace

Diplomová práce se zabývá problematikou psychické zátěže zdravotnických pracovníků, kteří pečují o těžce nemocné pacienty a pacienty v terminálním stádiu onemocnění. Jejím cílem je především zjistit, jakou měrou se na intenzitě stresu a syndromu vyhoření podílí délka práce na jednotlivých odděleních, vztahy v pracovním kolektivu, spokojenost se zaměstnáním a postgraduální vzdělávání. Dalšími cíli je zjistit, jakou formou se na daných pracovištích provádí prevence syndromu vyhoření a prevence nadměrného stresu z práce.

Teoretická část se zabývá historií zdravotnické profese, osobnostními rysy pracovníka ve zdravotnictví a způsobem vnímáním zdravotnických pracovníků veřejností. Další kapitola vysvětluje pojem stres, vývoj stresové reakce, popis zátěžových situací a ochranných faktorů proti stresu a jejich vzájemný vztah v kontextu práce ve zdravotnických oborech. Následující stať vysvětluje pojem syndrom vyhoření, příznaky, diagnostika, léčba i prevence. Současně uvádí předpoklady jeho vzniku, které vyplývají z pracovního prostředí nebo osobnostních vlastností člověka. V kapitole psychosomatika jsou popsány nejčastější tělesné problémy, které mají příčinu v psychice člověka, popis historie a základních psychoterapeutických směrů. Poslední kapitolou je paliativní péče, její historie, formy poskytované péče, vzdělávání v tomto oboru a zdroje psychické zátěže v paliativní péči.

Praktická část se zabývá výzkumem zaměřeným na intenzitu syndromu vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení. Výzkum byl prováděn dotazníkovou metodou především u středních zdravotnických pracovníků na odděleních onkologické léčby a v hospicovém zařízení. První část dotazníku tvoří identifikační otázky a dotazy, které se vztahují k náplni práce, ke vztahům v pracovním kolektivu, ke vzdělávání a k prevenci nadměrné psychické zátěže. Druhou částí je standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory.

Klíčová slova

Syndrom vyhoření, stres, zdravotničtí pracovníci, psychická zátěž, paliativní péče.

Annotation and keywords

Title

Psychological workload of health workers caring for seriously and terminally ill

Annotation

This dissertation deals with the issue of psychological stress of health workers who take care of seriously and terminally ill patients. Its main aim is to find out how much influence have variables like the length of work at different departments, relationships in the work team, satisfaction with the job and postgradual education on the intensity of the stress and burnout syndrom. Further aims of the work involve the search of ways how prevention of burnout and prevention of stress overload at work are maintained at the chosen working compartments.

The theoretical part is concerned with the history of health care profession, personality traits of a health worker and the way the health workers are perceived by public. Following chapter explains the concept of stress and the advancement of a stress reaction, describes the stress situations and protection factors against stress and their mutual relationship in the context of work in the health service. The next chapter explains the concept of burnout, describes its symptoms, diagnostics, therapy and prevention. At the same time the assumptions of its ocure connected to the working environment or personality traits of an individual are discussed. In the chapter called Psychosomatics the most common body problems stemming from the human psyche, and the history of main psychotherapeutical movements are described. The last chapter presents paliative care, its history, forms of treatment, education in this field and the source of psychological stress in paliative care.

The practical part deals with the research focused on the intensity of burnout syndrom in the fields of emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment. The research was conducted mainly among the middle health workers of the oncological wards and in a hospice with a questionnaire method. The first part of the questionnaire is made of identification questions relating to the scope of employment, to the relationships in the team, to the education and prevention of stress overload. The second part of the questionnaire presents the standardised questionnaire Maslach Burnout Inventory.

Key words

Burnout syndrom, stress, health workers, psychological workload, paliative care.

Obsah

1	Úvod.....	10
2	Cíle práce.....	11
3	Teoretická část.....	12
3.1	Zdravotnická profese.....	12
3.1.1	Historie zdravotnické profese.....	13
3.1.2	Vnímání veřejností a mediální obraz.....	13
3.2	Stres.....	14
3.2.1	Pojem stres.....	14
3.2.2	Frustrace, deprivace.....	15
3.2.3	Stresory.....	16
3.2.3.1	Nejčastější stresující faktory.....	16
3.2.4	Salutory.....	17
3.2.5	Odolnost vůči stresu.....	17
3.2.6	Příznaky stresu.....	18
3.2.7	Fyziologie stresu.....	18
3.2.7.1	Vývoj stresové reakce.....	19
3.2.8	Účinky stresu.....	19
3.2.9	Zvládání stresových obtíží.....	20
3.3	Syndrom vyhoření.....	21
3.3.1	Co je syndrom vyhoření.....	21
3.3.2	Příznaky syndromu vyhoření.....	22
3.3.3	Podíl osobnosti na vzniku syndromu vyhoření.....	22
3.3.4	Podmínky a pracovní prostředí.....	23
3.3.5	Diagnostika syndromu vyhoření.....	24
3.3.6	Vývoj syndromu vyhoření.....	25
3.3.7	Dopady syndromu vyhoření.....	26
3.3.8	Prevence vyhoření.....	27
3.3.8.1	Co může každý zaměstnanec udělat sám.....	27
3.3.8.2	Co může udělat zaměstnavatel, pracovní kolektiv.....	28

3.3.8.3	Kde hledat pomoc	29
3.4	Psychosomatika	30
3.4.1	Vymezení pojmu	30
3.4.2	Historie.....	31
3.4.3	Psychosomatické projevy.....	31
3.4.4	Vliv rysů a vlastností osobnosti na psychosomatiku	32
3.4.5	Psychoterapie	33
3.4.5.1	Hlavní psychoterapeutické směry.....	33
3.5	Paliativní péče	34
3.5.1	Definice pojmu	34
3.5.2	Historický kontext	36
3.5.3	Rozvoj paliativní péče	37
3.5.4	Paliativní péče v nemocnici	38
3.5.5	Lůžková hospicová péče	39
3.5.6	Domácí hospicová péče	39
3.5.7	Faktory ovlivňující paliativní péči.....	39
3.5.7.1	Vzdělání v paliativní péči	40
3.5.8	Psychická zátěž v paliativní péči.....	41
3.5.8.1	Zátěžové faktory pracovního prostředí	42
4	Praktická část	44
4.1	Hypotézy	44
4.2	Zkoumaný soubor	44
4.3	Metodika výzkumu	45
4.4	Statistické zpracování dat.....	46
4.5	Sběr dat	46
4.6	Vyhodnocení první části dotazníku – vlastní dotazník.....	47
4.7	Vyhodnocení druhé části dotazníku – standardizovaný dotazník MBI	63
4.8	Vyhodnocení hypotéz	85
4.8.1	Hypotéza č. 1	85
4.8.2	Hypotéza č. 2.....	87
4.8.3	Hypotéza č. 3.....	89
4.9	Diskuze	91

4.9.1	Porovnání výsledků	93
5	Závěr	97
	Soupis bibliografických citací.....	99
	Seznam tabulek	104
	Seznam obrázků	105
	Seznam zkratk	108
	Seznam příloh	109

1 Úvod

Témata syndromu vyhoření a pracovního stresu jsou v dnešní době poměrně často popisována a interpretována z mnoha úhlů. Mnoho moderních společností se zabývá spokojeností a vztahy mezi svými zaměstnanci na pracovišti. Jak je tomu ale v českém zdravotnictví?

V mnoha publikacích se autoři věnují teorii stresu, syndromu vyhoření i vztahům mezi zdravotnickými pracovníky. Na běžných odděleních se však touto problematikou nikdo nezabývá. Dokonce neexistují ani souhrnné statistiky, které zkoumají psychické problémy zdravotníků, podobně jako například úrazy na pracovišti.

Toto téma pro svou diplomovou práci jsem si zvolil proto, že podle mého názoru právě při kontaktu s vážně nemocnými a umírajícími pacienty jsou kladeny na pečující nejvyšší nároky v oblasti psychiky. Každý, kdo pracuje s nemocnými, musí mít jistou míru své duševní odolnosti, aby se mohl vcítit do role pacienta a přitom si zachoval své vlastní zdraví.

Další mou úvahou je, že nejlépe o nemocné pečuje zdravý personál. Jestliže jsou zdravotní sestry, lékaři i další zaměstnanci přetížení a nespokojení, nemohou vytvářet příjemnou atmosféru, v čas stíhat řešit všechny situace a udržovat pozitivní vztahy mezi pracovníky. Následujícím negativním účinkem syndromu vyhoření mohou být různé psychosomatické obtíže, které při další progresi způsobují až neschopnost nadále pracovat ve zdravotnických oborech. Nemocnice tak přicházejí o zkušené zaměstnance a zdravotníci ztrácejí možnost obživy v odvětví, které studovali a kterému se celý život věnovali.

Svůj výzkum jsem zaměřil na porovnání jednotlivých faktorů, které mohou zvyšovat riziko syndromu vyhoření s problémy v oblasti emocionálního vyčerpání a depersonalizace. Naopak se také věnuji ochranným faktorům v podobě osobního uspokojení. K diagnostice rizika jsem použil dotazník Maslach Burnout Inventory.

2 Cíle práce

- Definovat pojmy syndrom vyhoření, stres, psychosomatika, paliativní a hospicová péče.
- Zjistit možné způsoby diagnostiky syndromu vyhoření a nadměrného pracovního stresu.
- Definovat možnosti řešení psychických problémů.
- Zjistit souvislosti mezi věkem, délkou práce na jednotlivých odděleních a mírou psychické zátěže.
- Objasnit vliv vzdělání na prevenci syndromu vyhoření.
- Ověřit vliv spokojenosti se zaměstnáním a pracovním kolektivem na výsledky testu MBI.
- Zjistit metody prevence psychické zátěže na jednotlivých pracovištích.

3 Teoretická část

3.1 Zdravotnická profese

Samozřejmými požadavky pro výkon zdravotnické profese jsou zákonem daná kritéria, která je nutno splnit. Mezi ty můžeme zařadit například příslušné vzdělání v oboru, postgraduální vzdělávání nebo profesní znalosti a splňování vyhlášek a zákonů. Mimo tyto podmínky, které není možné obejít, se můžeme více zamyslet nad osobnostními rysy a vlastnostmi jedince, který má zájem pracovat ve zdravotnických oborech.

Naše osobnost je od narození utvářena na biologickém podkladě, který je dále ovlivňován všemi našimi životními zážitky i zkušenostmi. Mimo naše genetické vlastnosti a vliv prostředí je naše povaha a vědomí utvářeno na základě přijetí, či nepřijetí životních hodnot v procesu socializace. Můžeme tedy říct, že hlavním kritériem pro tvorbu tolik potřebného vztahu k lidem je zásadní výchova, která později určuje naše sociální dovednosti a schopnosti. V pozdějším životě je významné také naše rozhodování, tvorba nebo změny postojů a vědomá či nevědomá regulace našeho chování. Jistou roli u nás hraje také temperament, díky kterému můžeme předpokládat vhodnost pro určité povolání. Ve zdravotnictví je preferovaný stabilní typ osobnosti se schopností komunikovat, být trpělivý a klidný (Venglářová a kol., 2011).

Mezi sociální dovednosti, které by měla většina pracovníků ve zdravotnictví mít, patří sociální vnímavost, přívětivost a komunikativnost, schopnost pracovat v týmu a v neposlední řadě schopnost porozumění a řešení konfliktů. Sociální vnímavost je důležitá pro vnímání druhých lidí. Z části můžeme říci, že jde o jisté nadání, které umožňuje vnímat emoce, náladu a číst v chování ostatních lidí. Těmto schopnostem se může člověk naučit, nejde však většinou o učení záměrné, ale spíše o postupné zdokonalování komunikace s okolím. Na místě je také ostražitost proti vlastním předsudkům a hodnocení chování druhých (Bartošíková, 2006).

Protože nejvíce zdravotnických pracovníků je zaměstnáno v nemocničních zařízeních, kde musí spolupracovat v širokých i úzkých kolektivech, hraje dovednost týmové spolupráce zásadní roli. Složení pracovního kolektivu výrazně ovlivňuje, jakou měrou budou lidé na pracovišti spokojeni. Kladné se jeví stmelování kolektivu i nějakou aktivitou mimo pracoviště (Výrost a Slaměník, 2008).

Komunikace a přívětivost slouží zdravotním sestřám a lékařům především k umění komunikovat s nemocnými. Ceněnou dovedností je umění přiléhavě reagovat a sdělovat dobré i špatné zprávy. Na komunikační úrovni pracovníka závisí, kolik nám toho pacient o sobě odhalí, jak nám nemocní důvěřují a jak dokážeme podstatné sdělovat ve vlastních řadách.

Umění hovořit má i ochrannou funkci pro zdravotníky. Zvyšuje jistotu, sebedůvěru a tvoří opěrný bod v mezilidské komunikaci. S dorozumívacími schopnostmi úzce souvisí i umění řešení konfliktů. Konflikt je charakterizován situací, kdy dochází ke střetu mezi jednotlivci či skupinami. Způsobům chování a reakcí na takovéto vypjaté situace se učíme během celého života. Jde především o hledání kompromisů a společné řešení ke vzájemnému prospěchu. Správné řešení konfliktů by nikdy nemělo upřednostňovat ani jednu stranu (Venglářová a kol., 2011).

3.1.1 Historie zdravotnické profese

Zdravotnická profese je z historického hlediska vysoce společensky hodnocenou činností. Od pradávna se v lidském společenství vyskytovaly osoby, které pečovaly o druhé. Z počátku byla péče spíše podpůrná a skládala se zejména z podpory při plnění základních biologických potřeb, jako je jídlo, pití, dopomoc s pohybem, hygiena a podobně. Postupně se objevovala různá lidová léčiva, bylinky nebo léčebné postupy. Tato péče se postupně vyvíjela a získávala na důležitosti. Ostatní členové společenství neměli takové znalosti, které se většinou předávaly v rodinách, nebo pouze vyvoleným. Z důvodu potřeby byli různí lidoví léčitelé vždy poměrně vysoko na společenském žebříčku. Tato významná činnost se postupným vývojem zdokonalovala a vylepšovala. Vůbec největší společenskou prestiž měla medicína od osmnáctého až do první poloviny dvacátého století. Léčebné postupy byly již natolik významné, že nejednoho člověka mohly zachránit a prodloužit mu život. Většinová populace neměla o této vědě velký přehled, a proto se jevila léčba téměř jako zázračná. V dnešní době úroveň medicíny a ošetřovatelství narůstá, ovšem společenská prestiž pomalu klesá (Svobodný a Hlaváčková, 2004).

3.1.2 Vnímání veřejností a mediální obraz

Důvody poklesu pozitivního vnímání zdravotníků nejsou zcela jasné. Vliv mohou mít média, která vytvářejí rozporuplný obraz zdravotnické profese. Daleko častěji můžeme vidět ve zprávách nebo číst v novinách, že péče byla nedostatečná, že došlo k pochybení nebo se lékaři nestarají tak jak by měli. Takovéto zprávy mají velkou popularitu a každá mediální společnost je ráda zveřejní. Na druhou stranu, mnoho zachráněných a vyléčených pacientů každý den se v denním tisku neobjeví. O takovéto zprávy lidé nemají zájem, není to senzace. Jiným důvodem může být širší informovanost veřejnosti, která v žádném případě není na škodu, ale ve chvíli, kdy si každý přečte na internetu, co obnáší diagnostika a léčba jeho choroby, objevují se lidé, kteří vyčetli jiné postupy, víc vyšetření nebo jiné léky než lékař

naordinoval a myslí si, že jsou podvedeni. Mylně se domnívají, že je někdo odbývá a nedbá o jejich zdravotní stav. Dalším důvodem mohou být různé chybně vyložené, v některých případech zmanipulované informace o platech, názorech, práci a kvalitě péče zaměstnanců ve zdravotnictví, které vytváří negativní veřejné mínění o lékařích, sestřích a ošetřovateli. Nezřídka se stává, že při odchodu z nemocnice se klienti zlobí, hledají chyby, hledají někoho koho potrestat za to, že se nevyběhli jako mávnutím kouzelného proutku. Jen někdo poděkuje, jen někdo nám věnuje úsměv, který potěší a odmění nemocniční personál. Vnímání zdravotníků společností a jejich odměnění ve formě pochvaly nebo poděkování má velký vliv na osobní uspokojení z práce a pomáhá tak zaměstnancům zvládat každodenní nároky. Motivuje je k dalšímu profesnímu růstu a kvalitní práci (Křivohlavý, 1998, 2003).

3.2 Stres

„Stres v žádném případě nemusí být pouze škodlivý; je zároveň kořenem života, neboť každé hnutí myslí a každá činnost zapříčiňuje stres. Stejný stres, po kterém jeden člověk onemocní, může znamenat pro druhého životodárné uzdravení. Hans Selye“ (Svoboda, 2012)

Stres je součástí života každého z nás. Je to automatická reakce organismu na ohrožující podněty. Ovlivňuje naše chování i prožívání, ať už chceme nebo ne. O práci v oboru zdravotnictví můžeme konstatovat, že je zatížena vysokou mírou stresu. Tím více v náročných situacích při péči o těžce nemocné a umírající pacienty.

3.2.1 Pojem stres

Slovo stres vychází z anglického pojmu – stress, což znamená tlak, napětí nebo namáhání. Za zakladatele teorie stresu je považován kanadský lékař, původem z Maďarska, Hans Selye. Tohoto termínu se nejdříve užívalo v technických oborech, kdy byl používán při popisování námahy materiálu, nebo tlaku v přístrojích. V roce 1965 Hans Selye přenesl pojem stres do biologie a užil jej pro označení nespecifických změn organismu vyvolaných nejrůznějšími škodlivými vlivy – stresory. Tyto vlivy mohou být různého druhu, například působení chladu nebo tepla, otravou, ozářením, fyzickou námahou, nedostatkem potravy, nemocí. Při neschopnosti organismu se s těmito stresory vyrovnat vzniká stresový syndrom (Clegg, 2005).

Stres je možné rozdělit na dva druhy. Eustres, to je stres, který působí spíše pozitivně, má slabší intenzitu, může být příznivý a dodávat energii a zvyšovat motivaci. K přetížení člověka při něm může dojít také, ale v kladném smyslu. Je to například v případech, kdy děláme něco rádi, stojí nás to určité úsilí a námahu, nakonec nám však přináší příjemný pocit z dobře

vykonané práce. Další situace vyvolávající přijatelnou míru psychické zátěže mohou být svatba, narození dítěte, oslavy nebo povýšení v práci. Distres je ve větší míře nepříjemný, působí nepříznivě a vede často k přetížení člověka, k pocitu, že přesahuje jeho možnosti. Mohou to být případy, kdy je nutné dokončit práci v nesplnitelném termínu, práce pod tlakem, neúspěchy, ztráta zaměstnání, rodinné problémy, napjaté vztahy na pracovišti (Křivohlavý, 2010).

3.2.2 Frustrace, deprivace

Frustrace nebo také pocit marnosti je stav zklamání, pocitů neúspěchu, kdy člověk nemůže dosáhnout předsevzatého cíle z důvodu překážek, které se mu neustále staví do cesty. Jestliže je jeden cíl konečně splněn, objevuje se záhy další, který je nutno bezodkladně vyřešit, což záhy vyúsťuje v depresivní ladění jedince, pocitu nepřízně osudu, bezvýchodnosti situace. Silná frustrace je chápána jako jeden z předních původců dlouhodobého stresu. Jde v podstatě o chronické neuspokojování především psychických a spirituálních potřeb, které může mít i zdravotní následky. Příkladem mohou být potřeby uznání, lásky, štěstí, bezpečí, seberealizace nebo prostý respekt sociálního okolí (Nakonečný, 2011).

Stavy frustrace jsou právě často spojovány s prací ve zdravotnictví, kde dochází ke stálé kumulaci nemocných a nutnosti stále opakované péče. Práce na některých nemocničních odděleních vzbuzuje právě takové pocity. Je to činnost, která se často stále opakuje, navíc v časové tísní, místo odpočinku přibývají naléhavé případy a situace, které je nutno řešit (Venglářová a kol, 2011).

Se stavy frustrace souvisí také termín deprivace, jinak také strádání. Deprivace se vyznačuje zejména nedostatkem podnětů působících na daného jedince. Jde o pocit nedostatku například ve sféře biologické, sensorické, motorické, sociální, citové, psychické, ale i například strádání z nedostatku spánku. Můžeme hovořit o dočasném neuspokojování potřeb ať už v jedné, nebo ve více oblastech. Nedostatek podnětů a neuspokojování potřeb je možné pozorovat například u dětí, které nejsou hospitalizovány s rodiči a mají tedy nedostatek lásky a citů, které jim poskytuje okolí. Dalším příkladem může být člověk, který upřednostňuje svou práci před osobním životem, a proto v zápětí po pracovním neúspěchu vzniká citová a psychosociální deprivace z důvodu nedostatku uznání a radosti z vykonané práce (Kebza, 2005).

3.2.3 Stresory

Stresory a stresující faktory jsou zatěžující a často škodliví činitelé zapříčiňující vznik a vývoj stresu. Jsou to faktory biogenní, ekogenní, fyzikální, chemické, psychogenní a sociogenní povahy. V psychosociální sféře je stresorem navozen pocit ohrožení, strach z nějaké události nebo konkrétního problému, pocit ztráty kontroly nad sebou samým (Křivohlavý, 2010).

Na člověka může v jednu chvíli působit buď jen jeden, nebo více stresorů. Ty mohou být malé, ministresory, které vyjadřují jen mírné okolnosti způsobující stres, například dlouhodobě pocíťovaný nedostatek uznání, bezpečí a podobně. Negativní vliv těchto slabších stresorů se postupně sčítá a při nedostatečné kompenzaci tohoto stavu nějakými kladnými pocity a zážitky mohou nahromaděné ministresory způsobovat deprese. Naopak makrostresory jsou silné, negativně působící a ničivé vlivy, přesahující určitou hranici, kterou je člověk schopen zvládat. Makrostresory můžeme ještě rozdělit na krátkodobě působící, v řádu hodin a dlouhodobě působící, které mohou trvat až mnoho dní (Machačová, 1999).

Rozdíl v délce působení zátěže je možné dobře přiblížit například na práci zdravotních sester. Krátkodobé stresory mohou působit na zdravotní sestru krátce, ale i přesto s velkou intenzitou, ne-li větší než při dlouhodobém působení stresorů, například záchrana života při akutním selhání vitálních funkcí pacienta. Dlouhodobé stresory se u zdravotnických pracovníků objevují například při péči o pacienty s dlouhodobě trvající bolestí, u psychiatricky nemocných nebo klientů v trvale těžkém zdravotním stavu (Bartošíková, 2006).

3.2.3.1 Nejčastější stresující faktory

Fyzikální, chemické a ekologické faktory se objevují ve formě nadměrného hluku a světla, slunečního záření, radiace na radiologických pracovištích, chemické látky při práci s cytostatiky. Fyziologické a biologické stresové faktory vznikají nedostatkem pohybu, špatným životním stylem, nepřiměřeným odpočinkem, nevhodnou stravou, přetěžováním zad a kloubů nebo pohybem v infekčním prostředí. Psychické a sociální stresory obsahují například pracovní zatížení, míru odpovědnosti za životy svěřených pacientů, absence pozitivního myšlení, nesplněná očekávání, nesplněné cíle, termíny nebo potíže v osobních vztazích, změny organizace práce a nejistá profesní perspektiva. Traumatické faktory jsou události, které mohou mít jak pozitivní, tak negativní význam, ale plyne z nich velká míra stresové zátěže. Můžeme sem zařadit narození dítěte, rozvod, sňatek, úmrtí, onemocnění, povýšení, nebo naopak ztráta zaměstnání. V osobním i pracovním životě není někdy

jednoduché vyhnout se extrémě náročným životním situacím vyvolávajícím chronickou stresovou reakci. Mohou to být stále trvající opakované konflikty nebo nepohodlí, například ve špatném pracovním prostředí, při rodinných konfliktech, v dlouhodobě nepříznivé finanční situaci a podobně (Venglářová a kol., 2011).

3.2.4 Salutory

Salutory jsou ochranné životní faktory. Je to v podstatě opak stresorů. Dokáží člověka posilovat a ochraňovat v náročných situacích a pomáhají tak zvládat stresovou reakci organismu. Příkladem salutorů mohou být jakékoli příjemné zážitky, pocit úspěchu a smysluplnosti dobře vykonané práce, ocenění okolí, okruh přátel, pocity zázemí a bezpečí, pochvala nebo jen vlídné slovo. Zatímco stresory a stresové situace jsou přirozenou a častou součástí života a stále se znovu a znovu objevují, salutory, tedy příjemné situace a radost, je nutné vyhledávat a pečovat tak o své psychické zdraví (Křivohlavý, 2003).

3.2.5 Odolnost vůči stresu

Stejně tak jako má každý z nás jinou obranyschopnost proti infekci nebo předpoklad k srdečně cévním chorobám, má každý také jinou odolnost vůči stresu. Každý člověk je schopen snášet jinou intenzitu stresorů a také má jinou schopnost vypořádat se s problémy, které jeho stres způsobují. Proto někdo pociťuje silné fyziologické příznaky stresového syndromu ve stejné situaci, kdy jiná osoba vůbec žádné obtíže nemá. Toto zapříčiňují naše osobnostní charakteristiky, které mohou být z části vrozené a z části dány minulou zkušeností a zážitky (Schmidbauer, 2000).

Při popisu osobnostních charakteristik se v teorii stresu užívá termín resilience, což znamená odolnost, pevnost, nezdolnost nebo také houževnatost. Je protikladem naší zranitelnosti. Vyjadřuje míru naší odolnosti, nezlomnosti, nezdolnosti a pružnosti v těžkých situacích. Je to individuální schopnost každého jedince co nejrychleji, nejúčinněji a s nejmenšími následky zvládnout stresovou situaci (Šolcová, 2009).

Člověk s vyšší mírou resilience se projevuje silnější soudržností osobnosti, tedy opakem vnitřní neuspořádanosti a chaosu, což vyúsťuje v disharmonii. Vnímá také určitý řád světa, do kterého patří, má tu svoje místo a díky tomu se mu jeví svět srozumitelně, chápe své životní problémy spíše jako výzvu, která se dá zvládnout. Lidé s vyšší nezdolností zpravidla vnímají svou osobní zdatnost, mají představu, jaké mají schopnosti a co mohou zvládnout. Mají sebejistotu, mají pocit, že kontrolují svůj život, dovedou dobře řídit své emoce a ovládat se i v těžkých situacích. Do resilience patří i osobní vnímání a nahlížení na život. Životní

postoje se v průběhu života mohou měnit a vyvíjet. Důležitou roli tedy hraje životní optimizmus, či pesimismus a smysl pro humor (Křivohlavý, 2003).

3.2.6 Příznaky stresu

Příznaky stresu je možné rozdělit do tří skupin podle oblasti, ve které působí. Stresová reakce se v průběhu času vyvíjí a nejprve se její příznaky manifestují v behaviorální sféře, postupně přechází do projevů v psychické oblasti a nakonec ve fyziologických funkcích.

Mezi behaviorální příznaky, které se na venek projevují v našem chování, patří změny denního rytmu, například poruchy spánku, únava a snížená výkonnost. Mezi další patří nerozhodnost, snížená pozornost, časté vyjadřování negativního postoje, ztráta chuti do práce nebo změny ve vztahu k potravě. Psychické příznaky se projevují jen v nitru jedince, ale mohou dále ovlivňovat i jeho chování. Patří mezi ně rychlé a silné změny nálady, zvýšená podrážděnost, úzkost, nadměrné pocity únavy, snížení frekvence a intenzity sociálních kontaktů, v některých případech citová otupělost. Fyziologické příznaky jsou pozdní známkou účinků stresu a jsou pozůstatkem našeho historického vývoje. Můžeme do nich zahrnout velké množství projevů, které mohou být rozdílné u každého jedince. Mezi nejčastější patří bušení srdce, pocit dušnosti, tíhy na hrudi, zvýšené svalové napětí, nevolnost, bolesti břicha, průjem, nechutenství, zvýšené pocení, třes, nepříjemné pocity v oblasti krku, sucho v ústech, časté nucení k močení, u mužů impotence, u žen nezájem o sex nebo poruchy v menstruačním cyklu (Venglářová a kol., 2011).

3.2.7 Fyziologie stresu

Reakce těla na stres je pozůstatkem historie lidského vývoje, probíhá u každého člověka stejným mechanismem, ale každého stresuje něco jiného s jinou intenzitou. Náš mozek stále vyhodnocuje zátěž působící na naše tělo a řídí chování, které má tuto zátěž překonat a úspěšně se se situací vyrovnat. Proto vyvolává v těle vzájemně provázané fyziologické reakce, které umožňují v akutní fázi aktivovat tělesné rezervy pro boj nebo útěk a ve fázi vyrovnávací na přežití v dlouhodobě nebezpečných podmínkách.

Stresová reakce je řízena dvěma mechanismy. Nervovým řízením, zejména prostřednictvím sympatiku, tj. osa hypotalamus – dřeň nadledvin. Tento mechanismus zasahuje do systému jako první. Působením sympatického autonomního nervového systému dochází k vyplavení adrenalinu a noradrenalinu z dřeně nadledvin do krve. Adrenalin připravuje tělo na útok nebo boj, dochází proto ke zvýšenému prokrvování a výživě svalů, srdce, dýchacího systému a k uvolnění velkého množství energie. Naopak například trávicí ústrojí a orgány méně

důležité pro obranu života trpí nedostatkem živin. Tato adrenalinová fáze bývá krátká a její biochemický efekt nastupuje bezprostředně. Uplatňuje se zpravidla v méně náročných situacích. Dalším druhem je humorální řízení. To je zprostředkováno hypofýzou, tj. osa hypotalamus – hypofýza – kůra nadledvin. Zasahuje do kompenzačního mechanismu jako druhá vlna, kdy dochází k sekreci adrenokortikotropního hormonu, který způsobuje zvýšenou produkci kortikoidů v kůře nadledvin. Tyto hormony připravují tělo na déletrvající zátěž. Biochemický účinek této fáze nastupuje pomaleji, ale trvá naopak déle. Uplatňuje se nejvíce v situacích vyčerpání, je aktivován imunitní systém, tlumí zánětlivé procesy a potencují metabolismus (Křivohlavý, 2010).

3.2.7.1 Vývoj stresové reakce

Průběh a vývoj působení stresu je popisován v souboru příznaků, které tvoří stresový syndrom. Tento stav funguje na principu obecného adaptačního mechanismu, kterým se snaží každý organismus vyrovnat s chronickým působením zátěže. Adaptační mechanismus probíhá ve třech fázích.

První fáze je poplachová, pro tuto část stresové reakce je typická mobilizace sil potřebných ke zvládnutí zátěže. Na začátku této fáze popsal Hans Selye šok, po kterém obvykle následuje antišok, kde se původně vysoká reakce snižuje. Tato fáze je řízena sympatikem. Fáze rezistence nebo také fáze vyrovnávací je druhou v pořadí. V tomto stádiu stresového syndromu se postupně snižuje reaktivita organismu na nepříznivý vnější vliv. Organismus se postupně na stresor adaptuje a ten již dále způsobuje menší negativní vliv. Tato fáze je řízena parasympatikem. Fáze vyčerpání, neboli exhausce nastává v případech, je-li působení stresorů příliš dlouhé a intenzivní. Následkem takového přetížení dochází k selhání adaptační a regulační schopnosti organismu, která může mít výrazné psychosomatické projevy, může vyvolat onemocnění, v některých případech i smrt. V této fázi se v chování objevují známky zlosti, zoufalství, nebo naopak apatie (Bartošíková, 2006).

3.2.8 Účinky stresu

„Úplné osvobození od stresu znamená smrt. Hans Selye“ (Svoboda, 2012)

Protože na každého jedince působí stres jiným způsobem, jsou také jeho účinky u každé osoby jiné. Co u jednoho člověka vyvolá silné obtíže a pocit ohrožení, to může někdo jiný vnímat jen jako zvýšenou motivaci a pozitivní napětí. Můžeme tedy hovořit jak o pozitivním, tak negativním účinku působení stresu. Pozitivní úloha stresu spočívá především ve varování každého člověka před nebezpečím, dokáže zvýšit pozornost a bdělost a díky mobilizaci

vlastních sil nám pomáhá řešit naše každodenní problémy. V běžném životě jeho pozitivní roli můžeme spatřit v motivaci k práci, například musíme-li vykonat nějaký úkol v daném termínu, nebo když přednášíme nějaké informace širšímu publiku. Další nesporně kladná úloha našeho kompenzačního mechanismu nám pomáhá překonat běžná onemocnění, urychluje hojení ran, nebo zachraňuje život při resuscitaci (Richards, 2006).

Negativní účinek působení stresorů vzniká nejčastěji při dlouhodobém přetížení organismu. Jako reakci na zátěž organizmus vyčerpává zásoby vlastních sil a energie na jedné straně a na straně druhé naopak přetěžuje některé orgány. Stres má negativní vliv na kardiovaskulární systém, gastrointestinální trakt, imunitní systém, vylučovací soustavu, svalový systém a může způsobovat neurologické obtíže. V dnešní době se hovoří o tom, že stres působí jako spouštěč mnoha nemocí, které jsou dnes zařazovány do skupiny psychosomatických onemocnění (Faleide, Lian a Faleide, 2010). Další účinky psychické zátěže jsou popsány v kapitole psychosomatika.

3.2.9 Zvládání stresových obtíží

„Objeví-li se u někoho určitá nemoc, nestačí ji pouze správně diagnostikovat. Je třeba ji léčit. Tak je tomu nejen s nemocí, ale i se stresem.“ (Křivohlavý, 2010, s. 29)

Strategie zvládání stresu, nebo také management stresu jsou založeny na dvou různých způsobech vyrovnávání se se zatěžujícími podněty. Prvním způsobem je odstranění hlavních stresorů z našeho dosahu, tak aby na nás nemohly působit a druhým způsobem je posilování našich vlastních sil pro boj se stresem. Některé postupy pro vyrovnání se se stresem jsou přirozená, například dítě se jde schovat k matce, a jiné se člověk naučí v průběhu života (Bartošiková, 2006).

Mezi hlavní strategie zaměřené na řešení problému patří hledání sociální opory, například rodiny, nebo blízkého člověka. Také konfrontace v případech, kdy je zdrojem stresu interpersonální konflikt. Sebeovládání a objevování sebe sama je dalším z klíčových postupů. Dále nám umožňuje hledání pozitivních stránek na tom, co se děje, přijetí odpovědnosti za to co se děje a „vstup do děje“. Posledním z možných postupů je vyhnutí se stresové situaci a útěk (Stres zdravotníků, 1998).

Postupy, které využívají zdokonalování vlastních adaptačních mechanismů a postupů k uvolňování stresu, jsou z větší části založeny na psychoterapeutických postupech, ale řadí se sem i běžné úkony, které vykonává každý z nás. Ve zjednodušené formě jde především

o posílení vlastní odolnosti a vytvoření určité rovnováhy mezi stresory a salutory, které působí na daného jedince (Křivohlavý, 2003).

3.3 Syndrom vyhoření

3.3.1 Co je syndrom vyhoření

Pojem burnout syndrom neboli syndrom vyhoření, vypálení, vyhaslosti poprvé užil H. J. Freudenberger ve své knize z roku 1974 a popsal tuto problematiku následovně:

„U někoho jsou to pocity únavy a exhausce (vyčerpání), neschopnosti setrát pocit chladu, pocit fyzické vyčerpanosti, u druhého třeba řada tělesných obtíží počínajících opakovanými bolestmi hlavy, dechovou tísní, přes gastrointestinální obtíže doprovázené poklesem váhy, až po nespavost a depresi. Ve stručnosti lze říci, že tento syndrom zasahuje na nejrůznějších místech celou psychosomatickou oblast. To jsou převážně tělesné projevy. Mohou se však objevit příznaky ve sféře psychické a behaviorální (chování): například osoba známá povídavostí je náhle zamlklá. Objevuje se psychická únava, nuda, rezignace, ale také zvýšená iritabilita (podrážděnost), ostře až nespravedlivě kritické postoje a další změny. Freudenberger, 1974“ (Venglářová a kol., 2011, s. 23-24).

Podle Janáčkové tento termín popisuje profesionální selhávání na základě vyčerpání, které je vyvoláno zvyšujícími se požadavky od okolí, nebo od samotného jedince. Zahrnuje zejména ztrátu zájmu a potěšení z vykonávané profese, úbytek energie i smyslu činnosti a zvyšující se negativní sebehodnocení a záporné postoje k povolání (Janáčková, 2008).

Pro tento syndrom je charakteristické, že se projevuje nejprve v psychice postiženého. Navenek je zřetelný až mnohem později. Objevuje se nejčastěji v profesích, které jsou charakterizovány vysokou pracovní náročností, častým kontaktem s lidmi a mnohdy neadekvátním ohodnocením. Zdravotnická profese mezi ně jistě patří (Venglářová a kol., 2011).

Burnout syndrom vzniká dlouhodobým zabýváním se situacemi, které bývají emocionálně velmi náročné. Objevuje se při práci s lidmi v „pomáhajících profesích“. Souvisí s pracovní a psychickou zátěží, ale také může být důsledkem selhání osobních mechanismů zvládnání nároků. Při jeho vzniku se kombinuje velké očekávání pracovníka a zátěže, která plyne z vysokých nároků. Opakovaně se dostávají pocity, že už nemůže dále těmto nárokům dostát, často ve spojení s přesvědčením, že vložené úsilí je naprosto zbytečné a neadekvátní nízkému výslednému efektu nebo hodnocení, což v delším čase vede k vyhoření. Zárodky tohoto jevu mohou být položeny už v osobnosti pomáhajícího a v hodnotovém žebříčku těch, co tato zaměstnání, orientovaná na pomoc lidem, přitahují. Toto se týká kromě zdravotnických pracovníků i učitelů, policistů, duchovních, soudců, sociálních pracovníků, ale také třeba

i prodavačů. Lze jej tedy vidět jako sociální problém, neboť se jedná téměř vždy o důsledek práce s lidmi a má rozsáhlé dopady na sociální život postiženého jedince (Bartošíková, 2006).

3.3.2 Příznaky syndromu vyhoření

Podle Křivohlavého (2009) je syndrom vyhoření psychosomatické onemocnění, při kterém dochází k fyzickému, psychickému a emocionálnímu vyčerpání organismu. Pokud jde o patofyziologické mechanismy, je zcela jednoznačné, že je projevem dlouhotrvajícího a nadměrného stresu.

Hlavní příznaky syndromu vyhoření lze rozdělit do tří oblastí. První oblastí je tělesné vyčerpání, které se projevuje častou, až chronickou únavou, nedostatkem energie pro každodenní činnosti, bolestmi svalů, pocity tělesné slabosti, sklonem k častějšímu onemocnění, změnami tělesné hmotnosti a to jak ve smyslu váhového úbytku, tak i přírůstku. Objevuje se rychlejší unavitelnost, může se dostavovat zvýšená potřeba spánku, ale přitom je spánek nekvalitní. Ráno se člověk zpravidla cítí unavený a neodpočatý. Fyzická únava u zdravých lidí po sportu nebo z práce po odpočinku přejde, ale v případě vyhoření bývá únava spojená s pocity viny a selhání. Psychické vyčerpání se odráží v negativních postojích a myšlenkách k sobě i k jiným a projevuje se změnou a přehodnocením dosavadních životních návyků a postojů. Život začíná být vnímán jako „jedna velká katastrofa“. Psychicky vyčerpaný člověk je cynický, negativistický, depresivně laděný, plný pesimismu, nechce už žádné změny, nic nového, přestává si věřit. Mohou se objevovat poruchy soustředění, zapomnětlivost, snaží se bránit vůči světu. Dochází k celkovému utlumení tělesné i psychické aktivity a mizí samostatná tvořivost. Postižený může vnímat svou situaci jako bezvýchodnou. Jeho život a práce přestávají mít smysl, někdy přemýšlí o sebevraždě. Emocionální vyčerpání se projevuje ztrátou chuti k mezilidské komunikaci, cítí se citově vysátý, už nechce slyšet další trápení, starosti a potíže druhých lidí. Cítí prázdno, pocity beznaděje, bezmoci, už nechce být empatický, snaží se spíše lidem vyhýbat, uzavírá se do sebe. Ztráta radosti z kontaktu s lidmi se projevuje nejdříve v práci, ale postupně se přenáší i do rodiny. Rodinu a své přátele přestává vnímat jako zdroje radosti, zábavy a uspokojení, reaguje na ně podrážděně, stávají se pro něj další přítěží (Jeklová a Reitmayerová, 2006).

3.3.3 Podíl osobnosti na vzniku syndromu vyhoření

Osobnostní rysy každého člověka mají značný podíl na jeho zvládnání pracovní zátěže, stresujících situací a problémů plynoucích z běžného každodenního života. Syndrom vyhoření častěji postihuje pracovníky motivované, s vysokými cíli, velkým pracovním nasazením

a kladným očekáváním. Vyhořet může pouze ten, kdo „hořel“. To znamená, že lidé, kteří se pouštějí do práce s nadšením, životním zápalem, jsou empatičtí a široce emočně angažovaní. Toto nadšení ale zpravidla nevydrží dlouhodobě. Pokud nejsou očekávání plněna a pracovník dobře hodnocen svým okolím, dochází po prvotně vysokém pracovním nasazení a aktivitě ke strmému pádu a těžkému „procitnutí“. Oběťmi těchto problémů se stávají také lidé, kteří se vrhají do práce s nesplnitelnými ideály a přehnaným očekáváním, které je silně otřeseno při konfrontaci s realitou. Mohou to být také osobnosti, které mají samy na sebe příliš velké nároky a selhání při plnění svých cílů vnímají jako osobní porážku. Dále jsou to pracovníci nadměrně zodpovědní až úzkostliví se sklony k perfekcionismu (Kallwass, 2007).

Přiměřená touha po uznání a seberealizaci patří k prospěšným a zdravým životním cílům. Touha po naprosté dokonalosti je však jen nesplnitelnou fikcí. Lidé se sklonem k vyhoření mají potíže požádat o pomoc pro sebe sama, často na základě představy, že musí vše zvládat sami, aby byli úspěšní. Tyto problémy mohou být často spojeny s upřednostňováním potřeb jiných lidí před vlastními. Sami sebe hodnotí podle toho, komu a jak úspěšně pomohli. Ve zdravotnictví se hovoří také o tom, že někteří zdravotníci trpí tzv. spasitelským komplexem. Rizikové je i snížení schopnosti nerušeně odpočívat a relaxovat. Zvažuje se i souvislost s některými rysy temperamentu u pracovníků v pomáhajících profesích (Venglářová a kol, 2011).

3.3.4 Podmínky a pracovní prostředí

„Nejrizikovější pracoviště jsou ta, kde „výdej“ převažuje nad „příjmem“, kde zaměstnanci pracují s vysokým osobním a emočním nasazením a dostává se jim jen málo ocenění a uznání nebo výsledky jejich práce nejsou uspokojivé.“ (Bartošíková, 2006, s. 28)

Pracovní činnost v pomáhajících profesích může jednak energii dodávat, ale za druhé ji může i intenzivně odčerpávat. Přesně taková dlouhodobě negativní energetická bilance se podílí na vzniku burnout syndromu. S procesem vzniku této poruchy je vždy svázána otázka významu a smyslu vlastní práce. Když se práce daří a hodnocení okolí je pozitivní a časté, je pocit smysluplnosti práce pomáhajícího silnější než například v ostatních povoláních a může fungovat dokonce jako protektivní faktor vyrovnání se se stresem. V případě, že se však nedaří, je zrovna tak silnější i pochybnost (Bartošíková, 2006).

Práce ve zdravotnictví sebou nese další proměnné, které ani v ostatních pomáhajících profesích nenajdeme. Jde především o psychickou zátěž plynoucí z nutnosti stálé pozornosti a rychlého pracovního tempa na některých pracovištích. Sestra musí adekvátně reagovat

na aktuální potřeby pacientů a práce na oddělení, často řeší organizační problémy, nebo je dokonce nucena suplovat jiné společenské role a profese. Aby to dobře a efektivně zvládla, je nutné mít pevné zázemí, které tvoří převážně pozitivní prostředí pracovního kolektivu. Špatné vztahy na pracovišti naopak mohou ničit pocit z dobře vykonané práce, podporují necitlivý přístup a nevhodné chování a může způsobovat přetížení každého jedince. Mezi problémy plynoucími z nevhodného vedení nadřízenými se řadí chybný systém oceňování, nevyhovující pracovní podmínky a špatná organizace práce, nedostatek svobody k rozhodování a seberealizaci a přenášení odpovědnosti na sestru mimo její kompetence. Jako velmi negativní pro psychiku zdravotníků se jeví častý kontakt s pacienty v terminálním stádiu nemocí, péče o chronicky nemocné, péče o depresivní klienty, péče o pacienty s vysokou intenzitou bolesti a péče o umírající. Všechny tyto aspekty sebou nesou pocit vlastní smrtelnosti a bezmocnosti, v případech, kdy i přes veškerou kvalitně provedenou péči pacient chřadne a jeho stav se nelepší (Venglářová a kol., 2011).

3.3.5 Diagnostika syndromu vyhoření

Diagnostika syndromu vyhoření a rizika jeho vzniku hraje klíčovou roli pro včasné zjištění a nápravu problémů spojených s psychickým přetížením. Pro zjištění problémů existuje mnoho metod. Mezi nejúčinnější patří například psychoterapeutem, nebo psychologem vedený rozhovor a supervize. Tyto metody jsou velice účinné, avšak jsou časově, organizačně i finančně náročné, a proto se nehodí pro vyšetření velkého množství pracovníků. Jako vhodná jednoduchá a rychlá metoda s přijatelnou senzitivitou se jeví testy formou dotazníků (Křivohlavý, 1998).

Jedním z kvalitních dotazníků pro diagnostiku burnout syndromu je Burnout Measure (BM). Jeho autory jsou A. Pines a E. Aronson. Tento dotazník je zaměřen na tři různá hlediska, která doprovázejí stav vyčerpání, neboli exhausce. Mezi tyto aspekty autoři řadí pocity tělesného vyčerpání, pocity emocionálního vyčerpání a pocity psychického vyčerpání. Dotazník je složený z 21 otázek, na které respondent odpovídá podle toho, jak často prožívá určité situace na stupnici 1 až 7. BM má i vysokou míru shody mezi výsledky, když se člověk hodnotí sám, nebo ho hodnotí někdo z blízkého okolí (Halbesleben a Demerouti, 2005).

Mezi nejčastěji u nás užívané dotazníky patří Maslach Burnout Inventory (MBI). Tuto metodu publikovali autoři Maslach a Jackson poprvé v roce 1981 a následně byla ještě několikrát upravena. Dotazník zkoumá projevy syndromu vyhoření v oblasti emocionálního

vyčerpání (EE), depersonalizace (DP) a osobního uspokojení (PA). Do oblasti emocionální vyčerpání je možné zařadit pocity ztráty chuti k životu, nedostatek sil, ztrátu motivace, což jsou základní projevy syndromu vyhoření. Pod pojmem depersonalizace se rozumí ztráta osobnosti, kdy se osoba cítí více a více nereálná nebo že se mysl odděluje od těla (Výkladový ošetrovatelský slovník, 2008). K tomuto projevu dochází, když se dlouhodobě nedostává pracovníkům v pomáhajících profesích kladné hodnocení od okolí. Mohou zahořknout, chovat se k lidem cynicky a mohou jednat s ostatními jako s neživými předměty. Do oblasti osobního uspokojení je možné zařadit pracovníky, kteří mají nízké sebehodnocení a sebedůvěru. Tím že nerespektují svou vlastní osobnost, nemají ani dostatek sil vypořádat se se stresem, konflikty ani překážkami v osobním životě. Tento dotazník využívá otázky stupnicové komparativní, kdy respondent vybere vyjádření pomocí bodového systému (Křivohlavý a Pečenková, 2004).

Dotazník obsahuje 22 otázek. Z nich 9 zkoumá emocionální vyčerpání, 5 depersonalizaci a 8 stupeň osobního uspokojení. Respondenti měli možnost vyjádřit odpověď ve stupních 0 – 7, podle intenzity pocitů, které korespondují s odpověďmi na jednotlivé otázky (Dotazník v příloze 2).

Jednodušším dotazníkem je Orientační dotazník pro syndrom vyhoření, který publikovali Hawkins, Minirth, Maier a Thursman. Tento test je kladně přijímán pro svou jednoduchost, kdy respondenti při testu sebe sama užívají pouze odpovědi ano a ne. Test se skládá z 24 otázek a čím více odpovědí z testu je ano, tím je výsledek horší (Křivohlavý, 1998).

3.3.6 Vývoj syndromu vyhoření

Tento syndrom je v dnešní době stále častěji popisován, nikoli jako trvalý stav, ale jako neustále se vyvíjející proces, který může trvat několik měsíců, až let. Dá se říct, že proces syndromu vyhoření začíná u kvalitně motivovaného a nadšeného pracovníka již nástupem do zaměstnání. Na počátku je často znatelné nejprve emoční vyhoření, které vnímají spíše ženy než muži. Dále dochází k psychickému vyčerpání a ztrátě inspirace. Nakonec dojde k vyčerpání fyzickému, které se může manifestovat psychosomatickým onemocněním. Jde především o následek dlouhodobě potlačovaného stresu (Jeklová a Reitmayerová, 2006).

Křivohlavý (1998) popisuje model čtyř fází syndromu vyhoření Christiny Maslachové. Nejdříve fáze prvotního nadšení, charakteristické jsou vysoké ideály, zaujetí, dochází k dlouhodobému přetěžování, které si pracovník neuvědomuje. Jako další nastupuje fáze vyčerpání, může poměrně rychle navazovat na fázi předchozí. Jde o vyčerpání jak fyzických,

tak psychických sil. Třetí fáze je ve znamení dehumanizovaného vnímání sociálního okolí, dochází k odcizení, které se projevuje spíše jako obranné postoje. Poslední fází je celkové vyčerpání, negativismus a lhostejnost (Křivohlavý, 1998, 2004).

Další členění vývoje syndromu vyhoření podle Kraska-Lüdecke je uspořádáno do pěti fází a orientováno spíše na zdravotnickou profesi. První fáze, nadšení – v popředí jasný cíl, motivace, kvalitní pracovní výkon, člověk srší nápady, ale dochází k přeceňování vlastních sil. Další fází je stagnace – počáteční nadšení postupně opadá, slevování z dokonalosti, z naplňování ideálů. Třetí fází je frustrace – zdravotníka začínají napadat otázky smyslu vlastní práce, objevuje se tunelové vidění, to znamená, že má v hlavě jen svou práci, nic jiného ho nezajímá. Často se cítí osamělý, jen se svými problémy, pociťuje zklamání. Čtvrtou fází je apatie – v této fázi zdravotník vnímá svou profesi již jen jako zdroj obživy, dělá jen nejnужnější práce, další činnost si aktivně nevyhledává. Vyhýbá se komunikaci s pacienty a dalšímu vzdělávání v oboru. Může se vyskytnout i tzv. HH-syndrom (z anglického helplessness – bezmoci a hopelessness – beznaděje). Poslední fází je konečné vyhoření – vyčerpání, negativismus, lhostejnost a úplné vyhýbání se profesním požadavkům (Bartošíková, 2006).

Některé fáze mohou být na člověku zřetelné a jiné nevýrazné. Burnout syndrom, pokud není včas zjištěn, může postupovat a vyvrcholit až v profesionální deformaci, která se vyznačuje citovou otrlostí zdravotníka vůči nemocnému, k jehož stavu a dalšímu osudu je zdravotnický pracovník až lhostejný (Kallwass, 2007).

3.3.7 Dopady syndromu vyhoření

První projevy, které se dostavují, bývají především v rovině emocionální a psychické, než fyzické. Až poslední stádia vyhoření se projevují snížením pracovního výkonu, čehož si okolí pracovníka bezpochyby všimne. Proto hlavní váha časného zjištění tohoto psychosomatického onemocnění spočívá na bedrech rodiny a blízkých přátel nemocného (Danzer, 2001).

U zdravotnických pracovníků vede vyhoření k dehumanizaci postojů k pacientům, ke ztrátě schopnosti empatie a citlivého vnímání emocí druhých lidí. Dochází k častější kritice pacientů, je o nich hovořeno negativně, ironicky nebo nelichotivě. Pacienti se stávají nejen předmětem péče, ale téměř zbožím. Reagování ve směru k nim je odtažitě, chladné, někdy i odmítavě nebo částečně agresivní. Způsoby, které toto chování provázejí, nebývají zcela vědomé, ale projevují se přístupem k pacientovi, jako k objektu péče, stává se „diagnózou“, nebo zdravotník hovoří o nemocných pouze vyhraněně racionálním a intelektuálním,

odosobněným způsobem. Tyto negativní postoje se postupně přesouvají i do vztahů ke spolupracovníkům a nakonec i do jeho osobního života (Venglářová a kol., 2011).

V sociální sféře dochází k jistému omezení sociálních kontaktů a vazeb. Následuje ztráta prožitků radosti, nedokáže se „bavit jako dřív“. Snižuje se také sebevědomí a pozitivní sebehodnocení. Takto zasažený člověk se pro sebe snaží najít nějaké východisko. Někdy začne užívat léky, například na spaní, na povzbuzení, na snížení deprese. Může konzumovat zvýšené množství alkoholu, případně se přejídat a kompenzovat tak své trápení. V pracovním vztahu se problémy projevují až později. Mezi pracovní nesnáze patří zhoršení kvality komunikace a práce s lidmi. Takto zasažený člověk chodí do práce s narůstající nechtí, ztrácí schopnost citlivého přístupu k pacientům, má tendenci se jim vyhýbat, obvykle je vidí jen jako obtížné a nevděčné. Snižuje se pracovní morálka a objevují se mezilidské konflikty, napjatá atmosféra na pracovišti, nízká motivace a pracovní výkon až odchody ze zaměstnání (Stock, 2010).

3.3.8 Prevence vyhoření

Analogickým způsobem jako u dalších onemocnění se ukazuje, že prevence může hrát klíčovou roli v přecházení vzniku tohoto jevu. Naneštěstí mnoho lidí doufá, že právě oni žádnou zvláštní pozornost svému psychickému zdraví věnovat nemusí, že dobře vědí a znají, co mají dělat, jakým způsobem se k sobě mají chovat. I přesto je však vhodné určité opatření zvolit a to především ze strany zaměstnavatele, nebo nadřízených na zvlášť rizikových pracovištích (Křivohlavý a Pečenková, 2004).

3.3.8.1 Co může každý zaměstnanec udělat sám

Sebepoznání a sebehodnocení jsou základní veličinou, kterou může každý člověk sám ovlivňovat a naučit se s ní pracovat. K tomu aby porozuměl chování ostatních lidí, například i pacientů ve zdravotnickém zařízení, musí zaměstnanci poznat sami sebe. I přestože je často obtížné vůbec si představit, co prožívají mnozí pacienti s bolestí, s vážným onemocněním nebo v terminálním stádiu nemoci, je nutností pro každého zdravotníka mít schopnost empatie a pohledu na problematiku ze strany pacienta, avšak na druhou stranu je nežádoucí připustit si každého nemocného „příliš k tělu“ a prožívat společně s ním jeho trápení. Obratně odlišit tenkou hranici mezi necitlivým přístupem a přílišnou empatií dokáže často jen zkušený pracovník, který se ve svém chování a prožívání vyzná a dokáže se dobře kontrolovat (Vacínová, Trpišovská a Farková, 2010).

„Sebepoznání je neustálé uvědomování si dobrých vlastností, schopností, nedostatků, ale také vlastních pocitů a to v každé situaci, ve které se nacházíme.“ (Venglářová. 2011, s. 35)

Péče o sebe sama je dalším z projektivních faktorů, jak proti burnout syndromu, tak i proti dlouhotrvajícímu stresu a následkům přílišného pracovního vytížení. Do tohoto širokého pojmu může zahrnout každý něco jiného. Jde ovšem především o činnosti, které nám přinášejí uspokojení, pocit štěstí a radost ze života. Obecně můžeme dbát na svůj osobní život, na pěstování zálib, koníčků a na další oblíbené činnosti. To co děláme rádi a s potěšením je zdrojem pozitivních zážitků a energie. Do osobního života patří neodmyslitelně rodina a přátelé. Ten kdo na svůj osobní život zapomíná, může v budoucnu zjistit, že ho ztratil. Určité omezení soukromého života se může objevit na začátku pracovní dráhy, kdy velké pracovní nasazení a nadšení v kombinaci se zajímavou prací může zaměstnání na nějakou dobu postavit na jedno z nejdůležitějších míst v žebříčku hodnot. Podstatné je uvědomovat si, co je skutečně důležité v našem životě. Často si však člověk uvědomí, co je nejdůležitější, teprve během procesu, kdy mimořádně hodnotné ztrácí (Plamínek, 2008).

Dobrá životospráva a tělesná kondice pomáhají předcházet nejen civilizačním chorobám, ale jejich význam nacházíme i v péči o psychické zdraví. Sport či jakékoli jiné pohybové aktivity, dostatek nerušeného spánku a odpočinku, pravidelný denní režim – to jsou stále stejně opakovaná a banálně znějící ponaučení, která jsou často psána a všeobecně známa. Naneštěstí ani těmto doporučením mnoho pracovníků v pomáhajících profesích nevěnuje pozornost. Naše tělo je zdrojem životní síly, ne každý s ní ale umí hospodařit a proto nám ani nemůže stále dobře sloužit. Únava, poruchy spánku, nedostatek energie, potíže s trávením jsou až pozdní příznaky syndromu vyhoření (Poněšický, 2002).

3.3.8.2 Co může udělat zaměstnavatel, pracovní kolektiv

Jsou zaměstnavatelé i nadřízení, kteří umí pochválit a ohodnotit za dobrou práci, podporují účast svých zaměstnanců na vzdělávacích setkáních. V opačném případě se před zlepšením pracovního prostředí, vzdělání a pozitivní atmosférou na pracovišti zavírají dveře. Ve zdravotnických zařízeních dnes často bývá otevřený přístup k inovacím a podpoře prohlubování kvalifikace, což už vyplývá z povinného celoživotního vzdělávání. Zaměstnavatel nebo nadřízený může ovlivnit již nástup každého nového zaměstnance na oddělení do práce. Ve větších kolektivech s náročnou prací, například na některých nemocničních odděleních, je důležitý výběr zaměstnanců. Každý nadřízený, který je odpovědný za výběr nových pracovníků, musí umět zhodnotit, zda nováček bude vše zvládat

a je možno se na něho spolehnout, nakoľik jde o vstřícnu a sympatickou osobou, která se bude hodit do daného kolektivu a do jaké míry je pro tuto práci dostatečně odolný po psychické stránce. Pozorný a všímavý nadřizený může téměř vždy podchytit počínající obtíže svých podřizených a předejít tak závažnějším situacím (Jeklová a Reitmayerová, 2006).

Další nedílnou součástí pro vytváření vhodného pracovního prostředí je mimo výběru zaměstnanců, pochval, vlídných slov a motivace také umění řešení konfliktů, podpora vzdělávání a seberealizace, případně některé další postupy, se kterými se v praxi setkáme zatím spíše ojediněle. Na některých zahraničních pracovištích se používá například supervize, práce psychologa pro zaměstnance, teambuldingové aktivity, brífink a debrífink po náročných nebo závažných situacích na pracovišti (Celgg, 2005).

Mezi některé další postupy patří například změny dovolených, například 14 dnů nepřetržitě v jednom časovém úseku, aby si zaměstnanec dostatečně odpočinul a nemyslel na práci, pevný systém kariérního postupu a odměňování, vzhled a úpravy pracovního prostředí nebo změny pracovní pozice v rámci jednoho zařízení. U zdravotnických pracovníků jsou dnes již základní způsoby vyrovnávání se se stresem, obtížnými událostmi a kontaktem s nemocnými, položeny již na zdravotnických školách a univerzitách v hodinách psychologie, komunikace a ošetrovatelství. Měly by být také součástí školní a nástupní praxe na jednotlivých odděleních (Bartošíková, 2006).

3.3.8.3 Kde hledat pomoc

Především je nutné začít hledat pomoc spíše dříve, nežli nastane akutní fáze. Požádat o poskytnutí podpory a pomoci může být u některých jedinců velkou potíží. Zejména například u zdravotníků, kteří dříve v „hierarchii“ zařízení zastávali vyšší postavení, nebo u výkonných jedinců, kteří dříve vše zvládali sami a byli na sebe v tomto směru pyšní. Nejsnazší je většinou hledat pomoc v první řadě u blízkých, ale pokud má tento člověk dominantní místo v rodině, může mít opět strach ze svého „selhání“. Rodina a přátelé hrají v průběhu rekonvalescence velmi významnou roli. Pokud mají zájem svému blízkému pomoci, jsou schopni ho podporovat daleko lépe než odborník. Nejprínosnější jsou projevy lásky, důvěry, tvorba bezpečí, pocitu stability, zájmu (Výrost a Slaměník, 2008).

V pracovním kolektivu, kde panují bezpečné a tvořivé vztahy, si kolegové navzájem pomáhají, znají se a jsou k sobě empatictí, většinou ostatní poznají, že se něco děje. Neměli by k jeho stavu být lhostejní, ale naopak podporovat ho a pomoci, jak je v jejich silách.

Pomoci mohou také nadřizení, například změnou pracovních úkolů, reorganizací pracoviště nebo úpravou směn (Venglářová a kol. 2011).

3.4 Psychosomatika

3.4.1 Vymezení pojmu

Jestliže se začneme zabývat vlivem psychiky na zdraví člověka, musíme do našich myšlenek zařadit pojem psychosomatika. Toto slovní spojení je starořeckého původu a označuje spojení „psyché“ neboli duše a „soma“, což znamená tělo. Úlohou tohoto oboru je zkoumat vztahy mezi těmito dvěma slovy, a to hlavně z vlivu psychických funkcí a pochodů v organizmu. (Poněšický, 2002).

Psychologické faktory pro vznik a vývoj somatických onemocnění zkoumala i psychosomatická medicína, která potvrdila vztah mezi tělesným stavem a psychickými i emocionálními složkami. V pozdější době byla do tohoto vztahu zařazena i sociální složka. V užším slova smyslu je psychosomatika stále chápána jako problematika omezeného okruhu chorob, při kterých jsou tělesné obtíže, změny a poruchy funkce podmíněné duševním stavem (Křivohlavý, 2003).

Pod termínem psychosomatika si většinou lékaři i široká veřejnost představují různé psychogenní poruchy. Pacienti, označení pojmem psychosomatické onemocnění, vnímají i v dnešní době tuto skutečnost spíše negativně. Jsou znejistěni, jestli to neznamená, že nejsou po duševní stránce v pořádku, že nedokáží zvládat běžné životní situace nebo samostatně řídit svůj život. Psychosomatika je spojena s jistými předsudky i v mysli některých lékařů, kteří označují pacienty, u nichž nenajdou jakoukoli ryze tělesnou či funkční poruchu, za neurotiky, za lidi, kteří své obtíže zveličují, nebo hledají za svým onemocněním nějaké výhody. Toto slovní spojení si tedy pravděpodobně nese určité stigma ještě z dob minulých, kdy se na medicínu nahlíželo čistě z přístupu vědeckého a vše muselo být podloženo hmatatelnými důkazy (Mentzos, 2004).

Psychosomatika se však zabývá vztahy mezi duševním a tělesným, které nechápe jako dvě nezávislé jednotky, ale jako spojené nádoby, které se vzájemně ovlivňují, jak v pozitivním, tak negativním smyslu. O vlivu psychiky na náš organizmus se můžeme přesvědčit i naší každodenní zkušeností, kdy se u nás objevují vazomotorické a vegetativní příznaky, jak už bylo uvedeno v kapitole o stresu. Například nevolnost a svírání žaludku před zkouškou nebo důležitým rozhovorem, pocení při nervozitě nebo bušení srdce při strachu a napětí (Poněšický, 2002).

3.4.2 Historie

„Nikdy se nesnažte léčit oko, aniž byste zároveň nevěnovali pozornost i hlavě. A věnujete-li pozornost hlavě a nevěnujete-li pozornost celému tělu, neděláte dobře. Stejně tak nedobře jednáte, když léčíte tělo a nevěnujete pozornost duši. Léčení jedné části by nikdy nemělo probíhat bez pozornosti věnované druhým částem.“ Platon (Faleide, Lian a Faleide, 2010, s. 17.)

Podle učení filozofa Platona můžeme konstatovat, že celostní pohled na člověka byl přijímán již v Antice. Platon poukazuje na spojení léčby těla a duše, kde již v podstatě můžeme rozeznat význam psychosomatiky. Podle Jana Poněšického (2002) můžeme spatřit určitou psychosomatickou podmíněnost i v naší historii ve formě různých pořekadel a úsloví. Například že nám může z problémů prasknout hlava, při ztrátě lásky milovaného člověka praskne srdce nebo nám někdo, kdo nám ublížil, dlouho leží v žaludku. Psychosomatika je tedy poměrně starý obor, což dokládají také příběhy o lidových léčitelích a šamanech (Ponešický, 2002).

Minulé století bylo spíše dobou vědy, a proto se nemocní, kteří neměli objektivní příznaky, spíše vyražovali z běžné medicínské léčby, nebo byli dokonce doporučeni pro psychiatrickou léčbu. Psychika člověka nebyla do jeho zdraví „počítána“ a v některých kruzích byla zcela pomíjena až tabuizována. V dnešní době je však opět holistický přístup k člověku preferován. Bohužel ještě přetrvávají některé předsudky, jak ze strany pacientů, tak i odborné veřejnosti. Dnes však již dochází ke vzdělávání běžných lékařů také na poli psychologie a psychoterapie. Zvyšuje se důvěra i informovanost pacientů a klienti se také více podílejí na své léčbě, čímž se posiluje také jejich psychika a sebedůvěra (Faleide, Lian a Faleide, 2010).

3.4.3 Psychosomatické projevy

Mezi psychosomatické příznaky a onemocnění zařazujeme mnoho různých projevů, které se manifestují na tělesné schránce člověka. Jedním z prvních a nejčastějších potíží jsou různá onemocnění vycházející z gastrointestinálního traktu. Některé lehčí stavy spojené se stresem zažil téměř každý v naší společnosti. Často se objevují například bolesti břicha, pocity nadýmání, poruchy trávení, průjemy, nebo naopak zácpa. Tyto obtíže jsou velmi časté a mnohdy doprovází další onemocnění s původem v lidské psychice. Při dlouhodobém působení stresorů se příznaky zesilují a vzniká kaskáda, na jejímž konci může být vředová choroba žaludku a dvanáctníku, záněty tenkého a tlustého střeva, crohnova choroba a ulcerózní kolitida. Dalším problémem spojeným s trávicím traktem je nadměrné přejídání

a nadváha. Obezita je podle některých autorů spojena s touhou po naplněném životě, kdy jídlo nahrazuje nedostatek příjemných pocitů a mezilidských vztahů (Chromý a Honzák, 2005).

Bolesti hlavy jsou dalším varovným příznakem, kdy nám naše tělo říká, že je přetížené a že se mu nevěnujeme tak, jak máme. Bolesti hlavy bývají obvykle spojeny s celkovým zvýšeným napětím svalů, především v oblasti obličeje, spánkové nebo temenní části hlavy a krční páteře. Samostatnou širokou kapitolou jsou bolesti hlavy vycházející z neurologických onemocnění, například migrény, clusterové bolesti hlavy a neuralgie. Mnoho bolestí může být spojeno s dalšími neurologickými příznaky, jako například hučení v uších, poruchy zraku, citlivost na světlo a zvuky (Ponešický, 2002).

Příznaky vyplývající ze srdečně cévního systému se mohou objevovat již na počátku, jako první z tělesných projevů. Zvyšování krevního tlaku a dlouhodobé přetěžování srdce je díky kompenzačním mechanismům dlouho skryto, ale pozdní projevy těchto onemocnění se vyznačují silným průběhem a doprovodným pocitem strachu z vážného onemocnění i ze smrti. Nemocní popisují problémy spojené přímo se srdečním svalem, například bušení srdce, bolesti, jak tlakové, tak i bodavé, které mohou až připomínat srdeční infarkt. Mezi celkové projevy patří únava, spavost, nedostatek svalové síly a kolísání krevního tlaku. Mohou se projevovat i problémy s dechem, nemožnost se volně nadechnout, úzkost, tlak nebo nepříjemné pocity na hrudi. Mnoho těchto pacientů trpících psychosomatickým onemocněním má tendenci k depresivitě a úzkosti spojené se strachem o vlastní osobu (Danzer, 2001).

Další častou problémovou oblastí našeho těla, která reaguje na zvýšené psychické vypětí, je kožní systém. Kůže má zejména ochrannou funkci vůči našemu okolnímu prostředí, proto reaguje na nebezpečí, které může být reprezentováno špatnými sociálními vztahy a vnějšími stresory. Další funkcí pokožky je vylučování a také komunikace ve formě tělesných pachů. Mezi jednotlivými schopnostmi kožního systému a psychickými potížemi je možné najít spojitost. Dermatitidy, ekzémy a alergické reakce reprezentují obvykle přehnanou obrannou reakci na vnější podněty, které „dopadají na tělo“. Akné, ucpávání mazových žláz nebo zvýšené pocení je možno připodobnit k poruše komunikace, neschopnosti nebo nemožnosti vyjadřovat své pocity (Faleide, Lian a Faleide, 2010).

3.4.4 Vliv rysů a vlastností osobnosti na psychosomatiku

Již od objevení teorie osobnosti se snaží běžní lidé i odborníci spojovat charakterové rysy osobnosti s výskytem psychických poruch. Podobné spojitosti by mohly pomoci identifikovat rizikové osoby pro vznik psychosomatických onemocnění a tím zajistit adekvátní prevenci.

Podle dosavadních studií se však objevují jen částečné vztahy, například mezi výskytem onemocnění srdce a vysokého krevního tlaku s výbušnými charakterovými vlastnostmi. Nejvýznamnější měrou rozhoduje o výskytu, projevech a síle psychosomatických onemocnění dosavadní zkušenost, prožitky a individuální historie každého člověka (Ponešický, 2002).

Růžička (2006) se domnívá, že hlavními aspekty, které formují chování a prožívání člověka v dospělosti a později v celém životě, jsou zážitky z dětství a socializace jedince především v rodině a v prvních kolektivech. Autor odmítá redukci lidského chování a psychiky na soubor jevů s biologickou podstatou a zaujímá názor, že psychosomatické příznaky vznikají na podkladě nějakého vnitřního, intrapsychického konfliktu, který se nedaří vyřešit v úrovni vlastního vědomí (Psychosomatický přístup, 2006).

3.4.5 Psychoterapie

Psychoterapie je soubor různých metod, užívaných pro zlepšení duševního zdraví. Obvykle je tento postup vedený metodou rozhovoru, méně často metodou psaní, kresbou nebo jinou výtvarnou činností. Psychoterapeutické rozhovory i ostatní metody by měl vždy vést zkušený psychoterapeut, který ví, jak s klientem pracovat a jakým směrem postupovat, aby se problémy léčeného ještě více nezhoršily. Obor psychoterapie naráží v naší společnosti na hranice, které jsou stanovené medicínou a biologickým vnímáním onemocnění. Pacienti nejdříve často navštěvují svého praktického lékaře, který po různých vyšetřeních musí konstatovat, že se jedná o funkční problémy bez nálezu na těle pacienta. Takoví klienti se mnohdy mohou cítit i dotčeni nabídnutím pomoci ve formě psychoterapeuta, proto je důležitý první krok a poskytnutí prvních informací takto nemocným (Výrost a Slaměník, 2008).

3.4.5.1 Hlavní psychoterapeutické směry

Psychoanalýza je jedním z nejstarších psychoterapeutických směrů. Její teorii formuloval Sigmund Freud na přelomu 19. a 20. století. Svým zkoumáním vypořádal určité vzorce pro lidské chování v zátěžových situacích, zkoumal mezilidské vztahy, sny a vycházel i z lidových moudrostí, které zařazoval do kontextu společnosti. Svými myšlenkami významně ovlivnil celý vědní obor psychologie a mnoho dalších terapeutů a lékařů (Danzer, 2001).

Dalším odvětvím je existenciální psychologie, do které patří logoterapie a daseinsanalýza. Jejím zakladatelem byl rakouský neurolog a psychiatr Viktor Emanuel Frankl. Logoterapie je obor, který se zabývá především smyslem života a jeho přijetím i přes všechny překážky a nástrahy života. Daseinsanalýza vychází z člověka, který se snaží porozumět sobě a svým

prožitkům. Daseinsanalytická psychoterapie zkoumá vztahy ve vědomí člověka, přítomnost fenoménů, které ovlivňují prožívání. Jedním z klíčových aspektů je svoboda člověka, jak ve smyslu nepřítomnosti omezení vnějším prostředím, tak i omezení, která vycházejí z vnitřního prostředí ve formě pocitů viny a svědomí (Psychosomatický přístup, 2006).

Humanistická psychoterapie je obor podobný existenciální psychologii, ale je zaměřen především na osobu klienta a snaží se ho neovlivňovat, podporuje jeho samostatnost, snaží se neodsuzovat. Jde zejména o mezilidské vztahy, lidský cit, touhu po moci a touhu po naplňování potřeb. Hlavními představiteli jsou Alfred Adler a Carl Rogers (Danzer, 2001).

3.5 Paliativní péče

3.5.1 Definice pojmu

Přesná a mezinárodně přijímaná definice tohoto pojmu zřejmě neexistuje. Ve zjednodušené formě jde především o uspokojování potřeb pacientů. V převážné většině různých výkladů se paliativní medicína a paliativní péče zabývá léčbou a péčí o nemocné s progredujícím nebo pokročilým onemocněním, kdy jejich choroba neodpovídá na kurativní léčebné postupy. Délka života je u takových pacientů omezená a cílem ošetrovatelské a lékařské péče je zejména udržení kvality života (Sláma, 2007).

Jedna z prvních definic tohoto pojmu, která vznikla ve Velké Británii v roce 1987, říká:

„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“ (Vorlíček, Adam a Pospíšilová 2004, s. 24).

Světová zdravotnická organizace vydala v roce 1990 definici paliativní péče:

„Paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Včasným rozpoznáním, kvalifikovaným zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních tělesných, psycho sociálních a duchovních problémů se snaží předcházet a mírnit utrpení těchto nemocných a jejich rodin.“ (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 24).

Při přečtení těchto definic nám může být patrné, že komplexní péče o člověka v poslední fázi jeho života může zahrnovat saturaci mnoha jeho bio-psycho-sociálních i spirituálních potřeb. Samozřejmostí je v první řadě naplňování základních, biologických potřeb podle individuálních nároků každého člověka. Podstatnou roli hraje péče o bolest, hydrataci, výživu, vyprazdňování, dýchání, hygienu, ošetřování ran a v neposlední řadě nerušený odpočinek a bezpečí. U mnoha lidí je však v době loučení a odcházení na prvním místě uspokojování potřeb vyšších. Potřeby sociální, psychologické a spirituální zaměstnávají mysl nemocného a nutí ho přemýšlet o předchozím průběhu života. Objevuje se období bilancování, potřeba

urovnat rodinné vztahy, rozloučit se, udílet rady, být vyslyšen, podělit se s někým o zážitky a stěžejní momenty života, ujistit se, že měl smysl. Pro některé je zásadní udělat pragmatické kroky, zajistit rodinu, děti, vnoučata. Odcházet s vědomím, že jsou v bezpečí. Jiní si cení vyrovnání v duchovní a spirituální oblasti. Pomodlit se, poděkovat, promluvit si s knězem (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004).

Z hlediska lékařského povolání je možné ovlivňovat a naplňovat potřeby tělesné, které je možné ovlivnit medicínsky, avšak i krátký rozhovor s lékařem nemocným pomáhá. Většina vyšších potřeb leží především na bedrech ošetrovatelského personálu. Střední zdravotničtí pracovníci jsou s pacienty více času, mohou je vyslechnout, zprostředkovat setkání s rodinou, blízkými, přáteli nebo jen být na blízku. Mohou vytvářet pocit bezpečí jen svou přítomností a přinášet úlevu pomocí, kontaktem, upřímným slovem i úsměvem. Toto vše je v našich silách, ale je to také silný zdroj psychické zátěže pro všechny zdravotnické pracovníky. Základním bodem pro péči o těžce nemocné a umírající pacienty jsou vědomosti a zkušenosti. Je tedy důležité, aby znalosti paliativní péče byly dostupné všem sestřám, lékařům a dalším pracovníkům, kteří se o nemocné starají, bez ohledu na jejich chorobu nebo na typ zdravotnického zařízení. Protože s nemocnými v poslední fázi jejich života se můžeme setkat téměř na všech zdravotnických pracovištích, stává se paliativní péče jednou ze základních součástí profesní role zdravotníků (Marková, 2010).

Podle autorky Sachia Aranda (2005), rozeznáváme tři roviny paliativní péče. Do těchto rovin náleží paliativní přístup v rámci základní péče, specializované intervence a paliativní péče poskytovaná specialisty. Paliativní přístup zahrnuje skupinu základních znalostí a dovedností, které jsou schopni používat všichni zdravotničtí pracovníci, kteří se starají o pacienty s život ohrožujícím nebo terminálním onemocněním. Například na tomto stupni by měly být všechny zdravotní sestry schopny rozpoznat všechny fyzické a psychické symptomy a zajistit jejich řešení. Měly by porozumět tomu, co prožívají blízcí nemocného a zapojit se do vzájemné komunikace o individuálních potřebách a prožitcích a konzultovat se specialisty v oboru paliativní péče, které přesahují jejich znalosti. Specializované intervence jsou ošetrovatelské nebo lékařské výkony, které provádí specialisté z jiných oblastí (O'Connor, 2005).

Zajistí potřebnou intervenci a mohou edukovat kolegy, popřípadě rodinu nemocného. Můžeme sem zařadit specialistku na ošetřování ran, nutriční terapeutku, specialistu na léčbu chronické bolesti i chirurga, který provede paliativní operační výkon. Specializovanou paliativní péči obvykle poskytují zdravotníci, kteří mají odbornou specializaci a zkušenosti v péči o umírající pacienty a jejich rodiny. Tito specialisté pracují v hospicových zařízeních,

v domácí hospicové péči nebo jako konzultanti v nemocnicích. Jejich zapojení do péče o klienty je adekvátní u pacientů s komplexními symptomy a obtížemi, vyplývající z jejich zdravotního stavu. Zpravidla jsou potřeby těchto klientů mnohem náročnější na ošetrovatelskou péči a podpůrnou terapii. Specialisté zde mohou působit jako poradci nebo mohou být přímo poskytovateli odborné péče (O'Connor, 2005).

3.5.2 Historický kontext

Jestliže se zaměříme na vývoj paliativní medicíny a péče o člověka na sklonku života, měli bychom se nejdříve blíže podívat na historii tohoto oboru. Vlivem médií a velkého množství publikací, které se objevují na trhu v dnešní době, se nám může zdát, že paliativní péče je spíše nová specializace. Pravdou ovšem je, že je možné ji naopak zařadit mezi nejstarší medicínské obory vůbec. Téměř celá historie léčby a pomoci nemocným byla v dávných dobách cílena především na odstraňování příznaků nemoci a tělesných obtíží. I mezi běžným obyvatelstvem ve středověku či antice bylo samozřejmostí poskytnout potřebnou péči a doprovod na poslední cestě svým blízkým (Marková, 2010).

Historicky vzato, ještě v 19. století, o nemocné a umírající pečovala především rodina. Nemoc v určitém předstihu ohlašovala přicházející umírání a konec života. Postava lékaře vstupuje na scénu domácího ošetřování umírajícího relativně pozdě, až v minulém století. To znamená, že péče o těžce nemocné a umírající byla převážně laická. Umírání doma mělo po mnoho staletí stejný scénář. Každý věděl, jaká je jeho role. Pečovat o umírajícího člena rodiny bylo samozřejmé, tak jako byla samozřejmá smrt. Většina zúčastněných přijímala roli pečujícího „bez reptání“. I nemocný věděl, co se bude dít, až přijde čas. Vždyť i on ve svém životě hrál jistě roli doprovázejícího. Z generace na generaci přecházela nejen zkušenost jak pečovat, ale také prožitek, co je to umírání a smrt z blízka. Životem vyškolený jedinec zvládl to, co bychom dnes mohli nazvat adekvátním přístupem k umírajícímu. Osobní zkušenost ho dovedla k poznání, jaké formy může mít umírání. Viděl to přece na vlastní oči. Rovněž umírající věděl, jaká bude jeho role, tj. co může žádat a co očekávat od ostatních. Měl jistotu, že nebude opuštěn a že se mu dostane péče v takové formě a kvalitě, jakou poskytoval tolikrát sám. Umírající mohl předvídat svůj tělesný stav, a proto mohl pozvat příbuzné a přátele, proto mohl rozmlouvat s knězem a přijmout „poslední pomazání“. V určité chvíli se odmlčel. Tomuto světu již nemohl nic sdělit. Smrt nastala po ritualizovaném rozloučení za určitou dobu. Smířen se stavem věcí čekal umírající v náručí milujících a milovaných lidí na „kmoťičku“ smrt. Ritualizace smrti vždy přesahovala prostor domova, v němž umírající vydechl naposledy. Rituál pokračoval

i do období těsně následujícího po smrti a našel svůj jasný výraz v pohřebních zvycích (Haškovcová, 1975, 2007).

V minulém století došlo k vyjmutí umírání z rodinného života. Smrt se stala něčím nežádoucím, patologií, které je třeba předcházet. Vlivem vědy a rozvojem techniky byl kladen důraz na léčbu za každou cenu až do naprostého vyčerpání organismu. Smrt byla prohrou lékaře a ostatních zdravotnických pracovníků. Proces umírání byl neúmyslně vyčleněn z přirozeného průběhu života (Haškovcová, 2007).

Úspěchy medicíny v moderní léčbě nemocí, které byly dříve považovány za smrtelné, utvářel dojem, že je medicína skutečně všemocná a má se s léčbou vždy pokračovat až do konce. Pro klidný průběh práce zdravotníků nebylo na většině pracovišť žádoucí, aby rodinní příslušníci „narušovali“ denní režim daného oddělení, a proto umírající lidé byli nuceni trávit své poslední chvíle v osamění (Kalvach, 2004).

V šedesátých letech 20. století se začal objevovat nový etický pojem dystanazie, neboli zadržaná smrt. Tento pojem zahrnuje situace, kdy přístroje, zdravotnický personál a medikamentózní léčba nedovolí zemřít člověku, který by za normálních podmínek z tohoto života v klidu odešel (Marková, 2010).

V myslích některých lidí žije stále „starý“ model přístupu k umírajícím. Stal se dokonce něčím pohádkovým, a to přesto nebo právě proto, že dnes chybí základní předpoklady, aby mohl být i nadále uplatňován. Nový model ještě vytvořen nebyl a tak se zatím převážně improvizuje. Většina lidí umírá dnes v nemocnici. Návrat umírajícího člověka domů je někdy nemožný, často nevhodný. Závěr života je obávanou kapitolou. O to naléhavěji bychom si měli uvědomovat, že i v současných podmínkách nemocniční praxe by měl být zachován určitý, pro všechny přijatelný způsob loučení a odcházení (Křivohlavý, 2002).

3.5.3 Rozvoj paliativní péče

Rozvoj paliativní péče má v každé zemi své zvláštnosti a specifika. Jsou zde odlišnosti ve způsobu organizace, financování i začlenění paliativní medicíny do zdravotnických systémů. Rozdíly jsou také v kultuře, sociálních vztazích a spirituálních potřebách populace každé země a proto není jednoduché přesně formulovat zdravotní politiku v oblasti péče o nevléčitelně nemocné a umírající. Pro zaručení dostupnosti takovéto péče je v mnoha evropských zemích její ustanovení jako standardní součásti zdravotnických a sociálních systémů. Dochází k postupné tvorbě alespoň minimální sítě a struktury paliativních služeb a k podpoře jejich rozvoje. Nezastupitelnou roli v tomto procesu hraje vzdělávání

zdravotnických pracovníků v péči o terminálně nemocné. Paliativní medicína je ve většině evropských zemí povinnou součástí pregraduálního studia lékařů i zdravotních sester (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004).

Ve Velké Británii a Irsku je dokonce samostatným lékařským oborem s pětiletou specializační přípravou. V nabídce postgraduálního vzdělávání můžeme najít širokou škálu odborných kurzů a doplňkových kvalifikací. Poskytovatelé paliativní péče mohou být sdruženi v nadnárodních odborných společnostech, například Evropská asociace paliativní péče (EAPC), která pravidelně pořádá vzdělávací semináře a vydává *European journal of Palliative care*. Dalšími periodiky, která se tímto tématem zabývají, jsou například *Palliative medicine*, *Journal of Pain and Symptom Management*, *Supportive Care in Cancer*, *International Journal of Palliative Nursing* a další (Cancer management, 2000).

V České republice se zájem o paliativní medicínu plně rozvinul až po roce 1989. Někteří naši lékaři a sestry měli možnost navštívit zahraniční pracoviště, kde byla tato péče již plně rozvinutá. Na základě nových zkušeností a poznatků u nás bylo v 90. letech 20. století vybudováno několik hospiců, jako nestátní zdravotnická zařízení. První byl otevřen hospic Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995. První oddělení paliativní péče bylo otevřeno v roce 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou. Ve Fakultní nemocnici Brno je zřízená od roku 2001 specializovaná ambulance paliativní medicíny. V posledních letech také vzniklo několik agentur domácí péče, které se soustředí na domácí hospicovou péči. Celkově však lze říci, že rychlost vývoje specializovaných zařízení je v porovnání s našimi sousedními státy poměrně pomalá z důvodu chybění finančních prostředků. V naší zemi zatím chybí koncepční zdravotní politika v oblasti péče o nevyлéčitelně nemocné (Vorlíček, 2004).

3.5.4 Paliativní péče v nemocnici

Podle Ročenky Českého statistického úřadu (2011) za rok 2010 zemřelo v tomto roce celých 58,9 % lidí v nemocničním zařízení, a dalších 9,1% lidí v léčebných ústavech jiného typu. Pouze 20,4 % zemřelých bylo na konci svého života doma (zemřelí, 2011).

I přesto, že většina lidí umírá v nemocničním prostředí, není jasné, zdali dokáže nemocniční personál vstřícně a adekvátně přistupovat ke klientům v terminálních stádiích nemoci a naplňovat všechny jeho potřeby. Kdybychom se zaměřili na poskytování kvalitní paliativní péče na nemocničním lůžku, shledali bychom, že se neobejde bez navýšení počtu personálu. Na většině nemocničních pracovišť dnes převládají počty personálu stanovené

jako minimální na daných odděleních. Avšak jako ideální se jeví počet středních zdravotnických pracovníků v denní službě v poměru 1:3 k počtu hospitalizovaných pacientů (Marková, 2010).

3.5.5 Lůžková hospicová péče

Hospicová zařízení poskytují paliativní péči a snaží se především zmírňovat bolest a snižovat utrpení pacientů. Tato zařízení poskytují lůžkovou péči a umožňují ubytování členů rodiny společně s nemocným. Hospice u nás fungují jako zdravotně sociální zařízení. Poskytují tedy i péči sociální a spirituální. Pomáhají nejen nemocným, ale i jejich rodinám vyrovnat se s umíráním, pomáhají se rozloučit a truchlit. Na rozdíl od nemocničních zařízení je prvořadým úkolem hospiců zajistit kvalitní péči umírajícím. Ne každý pacient však v hospici umírá. Někteří hospitalizovaní se po úpravě zdravotního stavu mohou vrátit do domácího ošetřování. Mezi pacienty v těchto zařízeních převažují především onkologicky nemocní, protože u těchto chorob lze v určité chvíli říct, že léčebné postupy již pacientům nepřinášejí žádný prospěch (Sláma, 2007).

Hospicová zařízení v dnešním smyslu začala vznikat od roku 1967 ve Velké Británii. Prvním hospicem byl St. Christopher's Hospic v Londýně, který založila Cecilie Saundersová. Za jejich předchůdce můžeme označit domy pro umírající, které zakládali již v 19. století křesťanské řády především v Anglii a Irsku (Cancer management, 2000).

3.5.6 Domácí hospicová péče

Domácí nebo také mobilní hospicová péče je poskytována nemocným v jejich rodinném prostředí. Jde o nejrozšířenější formu paliativní péče ve světě, která je poskytována multidisciplinárním týmem ve spolupráci s rodinou nemocného člověka. Do tohoto zdravotnického týmu patří lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, ošetřovatelé, psychologové, pastorační pracovník a dobrovolníci. Všichni členové týmu by měli být zkušení, aby mohli poskytovat všestrannou péči členům rodiny, kteří se o svého blízkého rozhodli pečovat doma. Důležitým bodem, který musí být při takovéto paliativní péči zajištěn, je možnost pomoci rodině v nenadálých situacích po celých 24 hodin. Toto je podle Markové (2010) jedním z důvodů, proč u nás není domácí hospicová péče tolik rozšířená (Marková, 2009).

3.5.7 Faktory ovlivňující paliativní péči

Kvalita poskytované paliativní péče závisí kromě počtu personálu také na dalších aspektech. Patří mezi ně například schopnost včasné rozpoznat potřebu paliativního přístupu,

kdy léčebné postupy již nemohou prospět a nemocného spíše zatěžují. Dalším faktorem je kvalita vzdělání všech zdravotnických pracovníků, zejména specializační příprava v paliativní péči. Efektivní fungování týmu, dobré vzájemné vztahy na pracovišti a kvalita vzájemné komunikace jak mezi personálem, tak mezi zdravotnickými pracovníky a nemocným člověkem by také neměla být opomíjena. Zejména pro klid rodiny a prevenci sociálního vyčlenění nemocného je pozitivní otevřenost oddělení pro návštěvy hospitalizovaných klientů, popřípadě přijímání dobrovolníků z řad charitativních organizací nebo veřejnosti. Dobré stavební uspořádání a zázemí může být dalším pozitivním faktorem pro zdokonalení kvalitní a z hlediska etiky vhodnou ošetrovatelskou péči (O'Connor, 2005).

V České republice budou nemocnice pravděpodobně ještě delší dobou místem, kde bude docházet nejčastěji k úmrtí. Proto je pro lůžková zařízení vhodné zamyslet se nad vlastním rozvojem v oblasti paliativní péče a léčby. Důležité je snažit se za každých okolností nevyčleňovat rodinu z péče a doprovázení nemocného a soustředit se také na péči o pozůstalé. Rodina by měla být šetrným způsobem informována o úmrtí blízké osoby a musí jí být poskytnut dostatek času a komunikačního prostoru pro vstřebání této zprávy a měla by jí být alespoň nabídnuta podpora v období truchlení (Marková, 2010).

3.5.7.1 Vzdělání v paliativní péči

Pro zdokonalení a rozvíjení kvalitní péče o nemocného na sklonku života je systematické pregraduální a postgraduální vzdělávání základním předpokladem. Pro stanovení plánu takového vzdělávání je základním předpokladem stanovení cílů, obsahu a výukových postupů a také zhodnocení dosažených výsledků. Stanovení těchto základních pilířů vzdělání v rámci paliativní péče se může jevit problematické. Důležité je vzít v úvahu, že každý pracovník v tomto oboru musí ve své práci vycházet z mnoha rozličných potřeb různých skupin. Je nutné se starat o naplňování individuálních potřeb nemocných, kteří paliativní péči podstupují. Jiné potřeby je ovšem nutné saturovat u rodiny a blízkých nemocného člověka. Neméně důležité je také, pro koho je vzdělání určeno. Může být například všeobecné, pro pracovníky s různou odbornou specializací v rámci medicíny a ošetrovatelství, ale může být také cílené pro specialisty například z onkologie, hospicových zařízení, nebo domácí hospicové péče, kteří se dostávají do užších kontaktů s klienty v terminálních stavech častěji. Jinou formu musí mít samozřejmě také vzdělávání dobrovolníků a pomocného personálu, kteří nepotřebují hluboké znalosti lékařské terminologie nebo četné informace o farmakologii v terminálních stavech, ale nejvíce užijí

praktické informace a rady zaměřené na komunikaci, hygienickou péči nebo základní ošetrovatelské postupy (Kalvach a Sláma, 2004).

Základní cíle, které by vzdělávání mělo respektovat, jsou v oblasti kognitivní (znalosti), psychomotorické (dovednosti) a afektivní (postoje). Mezi teoretickou oblast můžeme zařadit skupinu medicínsko-ošetrovatelských znalostí, která obsahuje základní principy onkologie a paliativní péče, příznaky, diagnostiku a léčbu onkologických onemocnění, nežádoucí účinky léčby, problematiku neonkologických diagnóz v paliativní péči, zvládání bolesti a nepříjemných symptomů spojených s terminálními stavy (Špinková a Špinko, 2004).

Další širokou množinou jsou znalosti psychosociální, například vyšší potřeby nemocných, fáze prožívání vážného onemocnění, komunikace verbální a neverbální, předávání informací o vážné diagnóze v rámci svých kompetencí, práce s rodinou, podpora rodiny, odolnost vůči stresu a prevence profesionální deformace nebo filozofie a etika paliativní péče (Skála, 2011).

Poslední oblastí znalostí jsou informace o organizaci a financování paliativní péče, kam patří koncepce zdravotní péče a zdravotní politika, druhy institucí poskytujících paliativní či hospicovou péči a způsoby jejich financování, organizační znalosti, typy a možnosti vzdělávání i přehled právních a administrativních norem. V prevenci psychické zátěže pracovníků hrají teoretické znalosti nezastupitelnou roli. Zdravotník, který při své práci pocítuje výrazné nedostatky ve své profesní přípravě, bývá nespokojený se svou vlastní prací a může se dostavovat pocit profesionálního selhávání i frustrace zdravotníka. Afektivní vzdělávací cíle, tedy postoje, jsou při jejich správném osvojení oporou pracovníka i ve vypjatých situacích. Jestliže je osobnost zdravotníků vyrovnaná, nemusí být takovým problémem komunikace s vážně nemocnými, tvorba vzájemné důvěry a kladné atmosféry mezi pacienty a zdravotníky. Pro tvorbu vlastních postojů a z toho vycházející profesní chování je důležité sebepoznání, základní komunikační techniky, identifikace potřeb nemocných, techniky neverbální komunikace, vedení pracovního kolektivu, zvládání stresu i používání relaxačních technik nebo zařazení víry a náboženského vyznání do svého života (Bystřický, 2006).

3.5.8 Psychická zátěž v paliativní péči

Péče o nemocného člověka v paliativní péči i péče o jeho rodinu může být silně stresující, ale přináší také uspokojení. Práce s pacienty, kteří trpí rozličnými problémy v poslední fázi

jejich života, přináší zdravotním sestřám i lékařům silné emotivní vjemy a prožitky. Neustálá přítomnost utrpení, smrti, strachu a zármutku klade na všechny pracovníky velké psychické nároky. Podle Mary Vachon (2005), která spolupracovala na knize Paliativní péče pro sestry všech oborů, je základním bodem pro zvýšení odolnosti proti stresorům najít smysl v práci sester a lékařů paliativní péče (O'Connor, 2005).

3.5.8.1 Zátěžové faktory pracovního prostředí

Jedním z nejčastějších zdrojů stresu a psychické zátěže pro zdravotnické pracovníky v hospicových zařízeních je stálá přítomnost smrti a umírání. Potíže mohou nastat také v případech, kdy mají nemocní a zdravotníci jiné představy o důstojném průběhu konce života. Zejména pro sestry je těžké pečovat o nemocné na sklonku života i proto, že s nimi často navazují blízký vztah. Člověk, který potřebuje, aby mu někdo aktivně naslouchal, nevědomě přenáší své pocity, obavy i emocionální prožitky spolu se sdělením, které vyjadřuje (Gulášová, 2009).

Dalším zdrojem pracovní zátěže je ztotožnění se, neboli identifikace s trpícím pacientem, který může lékaři či sestře připomínat někoho blízkého. Tato identifikace s pacientem může být jak vědomá, kdy si tuto, například vnější podobnost uvědomujeme, nebo nevědomá, kdy jsou tyto vjemy častěji na základě vnitřní podobnosti podprahové. Zdravotníci, kteří trpí nějakou závažnou chorobou, byť v počátečním stádiu nebo nezhoubné formě, mohou mít problémy pečovat o pacienty s podobným onemocněním, protože si říkají, že jejich osud bude brzy stejný (Venglářová a kol., 2011).

Zřejmě nejčastějším pocitem, který prožívají zdravotničtí pracovníci, kdy se léčba i přes veškerou péči nedaří, je bezmoc a pocity vlastní neschopnosti. Lékaři i zdravotní sestry mohou pociťovat frustrující bezmoc jak při péči o pacienty, kteří mají léčitelné onemocnění, tak i u nemocných u kterých se nedaří utišit bolest nebo zmírnit utrpení. Zřejmě nejznatelnější bývá pocit bezmoci, v domácí hospicové péči, kde sestry nemají podporu lékaře, který dokáže poskytnout kvalitní paliativní medikaci a léčbu symptomů. Takové dlouhodobé zážitky vedou k pocitům selhání. S pocitem bezmoci a selhání je úzce spjat pocit nedostatku kontroly nad situací (Sláma a Špinka, 2004).

Jestliže se při práci v jakémkoli oboru objeví nějaké nečekané zvraty a nesnáze, je to psychickou zátěží pro všechny pracovníky. Ve zdravotnictví při péči o lidské zdraví to platí dvojnásob. Může se stát, že zaměstnanci hospice se snaží dát rodině na vědomí, že nadešel čas rozloučení, ale nemocný zemře v nepřítomnosti blízkých. Takovéto situace budí pocit

viny, jak v mysli příbuzných, tak i zdravotníků, kteří se snaží všem ulehčit utrpení (Marková, 2010).

Další vypjaté emoční situace přicházejí v období, kdy se objevují mnohočetné ztráty a s tím i nadměrný zármutek. Někteří pracovníci v oblasti paliativní péče se starají o mnoho lidí, kteří zemřou v krátké době po sobě. S tím spojený zármutek se může za léta na pracovišti nahromadit a způsobit náhlé těžké deprese, pocity bezvýchodnosti a bezvýznamnosti práce s vážně nemocnými. Může se vyvinout i stav chronického zármutku (Marková, 2010).

Posledním, avšak neméně důležitým faktorem, který zhoršuje celkový psychický stav pracovníků ve zdravotnických oborech, jsou problémy v pracovním týmu. Nedostatečná míra podpory kolegů v některých případech tvoří napětí na pracovišti a deprese u jednotlivých pracovníků. Mezilidské konflikty přispívají k emočnímu vyčerpání a depersonalizaci. Problémy v pracovním kolektivu přímo snižují pracovní morálku, pocit z dobře vykonané práce a efektivitu péče poskytované pacientům (Kalvach, 2004).

4 Praktická část

4.1 Hypotézy

Hypotéza č.1

H_0 = Není žádná statisticky významná závislost mezi intenzitou depersonalizace a délkou praxe na pracovišti se zvýšenou psychickou zátěží.

H_A = Mezi intenzitou depersonalizace a délkou praxe na pracovišti se zvýšenou psychickou zátěží je statisticky významná závislost.

Hypotéza č.2

H_0 =Není statisticky významný vztah mezi spokojeností s prací a stupněm emocionálního vyčerpání u jednotlivých respondentů.

H_A = Mezi spokojeností s prací a stupněm emocionálního vyčerpání u jednotlivých respondentů je statisticky významný vztah.

Hypotéza č.3

H_0 =Není statisticky významná závislost mezi intenzitou postgraduálního vzdělávání a stupněm osobního uspokojení.

H_A = Mezi intenzitou postgraduálního vzdělávání a stupněm osobního uspokojení je statisticky významná závislost.

4.2 Zkoumaný soubor

Pro svůj výzkum psychických problémů u zdravotnického personálu jsem zvolil čtyři pracoviště zaměřená především na terapii onkologicky nemocných a paliativní léčbu. Podmínku péče o těžce nemocné a umírající pacienty jsem vybral s ohledem na předpoklad, že pracovníci na těchto odděleních prožívají ve zvýšené míře stres, zármutek a s nimi spojený syndrom vyhoření.

Pracoviště, na kterých byl prováděn výzkum:

- Pracoviště 1 = Zařízení lůžkové hospicové péče.
- Pracoviště 2 = Soukromé zařízení onkologické léčby.
- Pracoviště 3 = Onkologická klinika nemocnice krajského typu.
- Pracoviště 4 = Onkologická klinika nemocnice fakultního typu.

Výzkum byl zaměřen na střední zdravotnický personál a lékaře.

4.3 Metodika výzkumu

Výzkum byl prováděn dotazníkovou metodou. Dotazník je v příloze číslo 1. Tuto metodu jsem vybral pro její jednoduchost, možnost hromadného zpracování dat, nepřítomnost výzkumníka při vyplňování dotazníku a nenáročnost po stránce organizační a finanční. Nevýhodou dotazníkové metody je nemožnost něco opravit nebo zpřesnit při nepochopení otázky. Dotazníky byly anonymní, aby nedocházelo ke zkreslení dat a zvýšila se návratnost vyplněných dotazníků. Nevýhodou ovšem byla nutnost distribuce a sběru dotazníků nadřizenými zaměstnanci na pracovištích. Původní záměr byl využít online dotazník pro zvýšení anonymity dotazovaných, ale tato forma byla vedoucími pracovníky některých pracovišť odmítnuta. Proto jsem se rozhodl na všech pracovištích použít dotazník v papírové formě.

Dotazník byl složen ze dvou částí. První část tvořil dotazník vlastní konstrukce, který se skládal z identifikačních otázek, otázek zaměřených na mezilidské vztahy na pracovišti, na spokojenost se zaměstnáním, na celoživotní vzdělávání a na projevy syndromu vyhoření a pracovního stresu. Tato část obsahuje 16 otázek.

Byly použity otázky:

- Polytomické výběrové, kdy respondent vybíral jednu z několika možností.
- Stupnicové komparativní, kdy vybere respondent vyjádření pomocí bodového systému.
- Identifikační otázky pro zjištění věku, zaměstnání a délky práce na jednotlivých pracovištích.

Druhou částí dotazníku byl dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI), který zkoumá rizika syndromu vyhoření ve 3 oblastech.

1. Emocionální vyčerpání
2. Depersonalizace
3. Osobní uspokojení

Úroveň vyhoření se v každé z těchto oblastí měří ve třech stupních – vysoké, mírné a nízké riziko. Tento dotazník využívá otázky stupnicové komparativní, kdy respondent vybere vyjádření pomocí bodového systému. Dotazník obsahuje 22 otázek. Z nich 9 zkoumá

emocionální vyčerpání, 5 depersonalizaci a 8 stupeň osobního uspokojení. Respondenti měli možnost vyjádřit odpověď ve stupních 0 – 7, podle intenzity pocitů, které korespondují s odpověďmi na jednotlivé otázky. Dotazník MBI byl přeložený do českého jazyka a upravený PhDr. Zdeňkou Žídkovou.

Pro vyhodnocení se používá klíč, který je v příloze číslo 2.

4.4 Statistické zpracování dat

Statistická data ze správně a úplně vyplněných dotazníků byla zanesena do kontingenčních tabulek a následně byly pro lepší přehlednost a názornost použity výsečové nebo sloupcové grafy. V grafech byly použity relativní četnosti vyjádřené v procentech podle vzorce $f_i(\%) = \text{počet } n_i \cdot 100 / \text{výzkumný vzorek}$.

Vysvětlivky: n_i - symbol pro vyjádření absolutní četnosti, f_i - symbol pro vyjádření relativní četnosti.

Pro testování hypotéz byly použity kontingenční tabulky se skutečnými absolutními četnostmi a porovnány s očekávanými absolutními četnostmi pomocí pearsonova chí – kvadrátu.

Vzorec pro výpočet pearsonova chí – kvadrátu: $X^2 = \sum (\text{pozorovaná} - \text{očekávaná})^2 / \text{očekávaná}$
 $X^2 = \text{pearsonův chí – kvadrát}$

Pro výpočet a zpracování dat byl použit program Microsoft Excel 2007 a Statistica 10.

4.5 Sběr dat

Výzkum probíhal v době od 1. 9. 2011 do 3. 1. 2012. Výzkumu předcházela pilotní výzkum na jednom z oddělení. Při pilotním výzkumu nebyly zjištěny žádné větší nesrovnalosti a problémy s interpretací otázek.

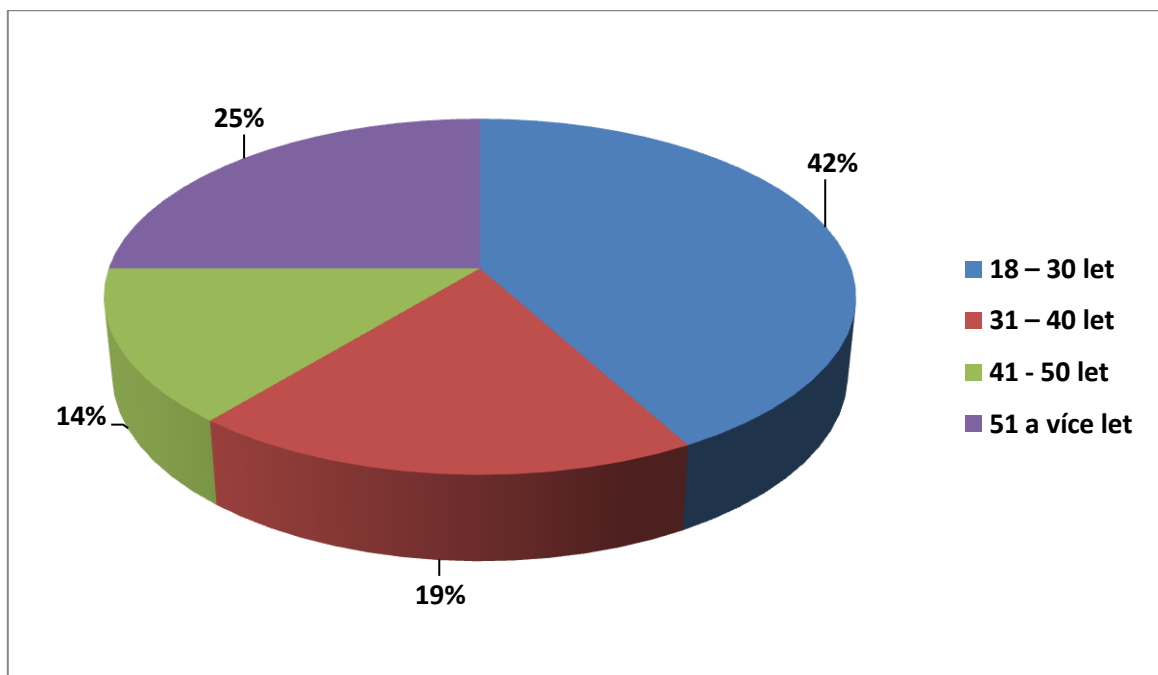
Na jednotlivých pracovištích jsem vždy oslovil kontaktní osobu, vrchní sestru, kterou jsem seznámil s tématem mé práce a průběhem výzkumu. Vrchní sestry se vyjádřily k mým dotazníkům a schválily je.

Před vlastním výzkumem jsem se dohodl na jednotlivých pracovištích, kolik dotazníků mají možnost vyplnit a jsou k tomu ochotni. Rozdal jsem 80 dotazníků a vrátilo se mi 75. Návratnost tedy činí 94 %. Další 3 dotazníky jsem musel pro chybné nebo neúplné vyplnění vyřadit. Do výzkumu jsem tedy zařadil 72 plně vyplněných dotazníků.

4.6 Vyhodnocení první části dotazníku – vlastní dotazník

Otázka číslo 1: Jaký je Váš věk?

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

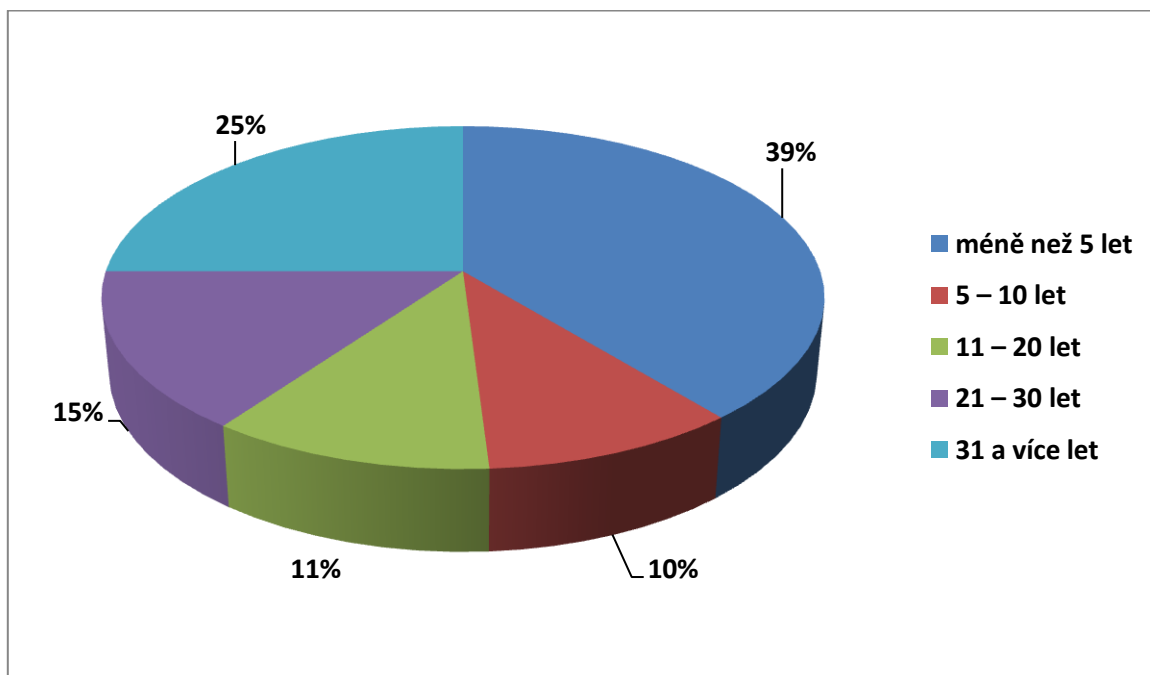


Obrázek 1: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 1.

Na otázku číslo jedna odpovědělo celých 42 % dotázaných, že jsou ve věku mezi 18 a 30 lety, 19 % respondentů je ve věku 31 až 40 let, dalších 14 % je ve věku 41 až 50 let a ve věku nad 50 let je 25 % dotázaných. Graficky vyjádřeno na obrázku 1.

Otázka číslo 2: Jak dlouho jste zaměstnán/a ve zdravotnictví?

- Méně než 5 let
- 5 – 10 let
- 11 – 20 let
- 21 – 30 let
- 31 a více let

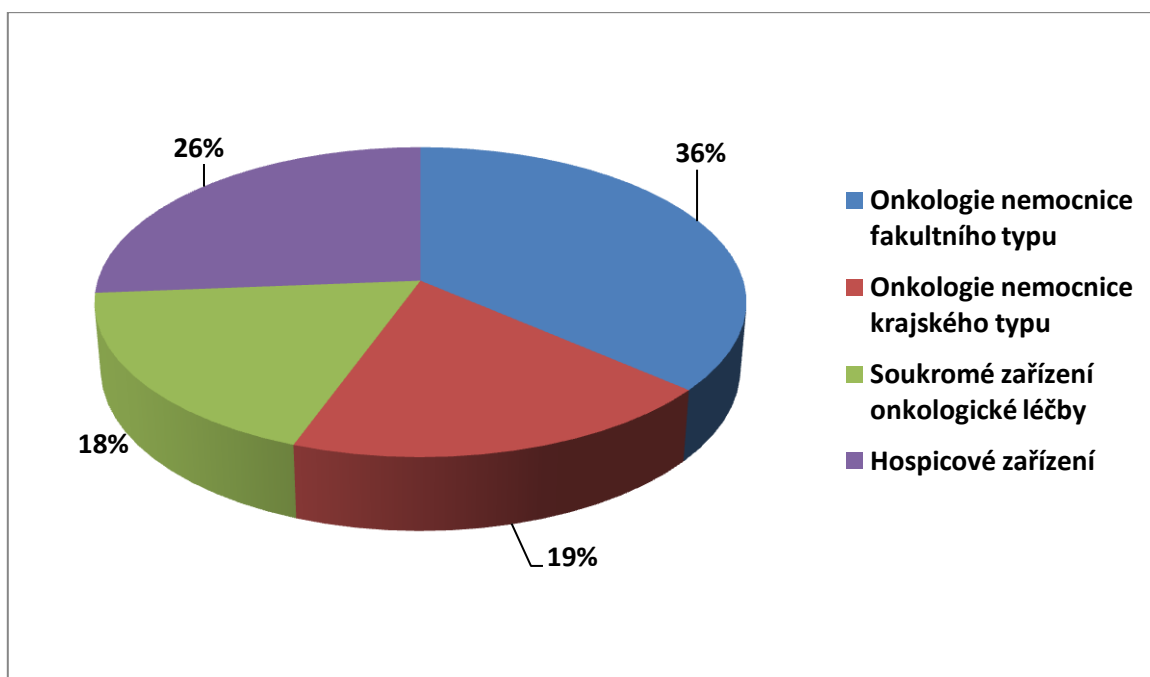


Obrázek 2: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 2.

Na druhou otázku odpovědělo celých 39 % respondentů, že pracují ve zdravotnických oborech méně než 5 let. Kategorii 5 až 10 let označilo 10 %, kategorii 11 až 20 let označilo 11 % a kategorii 21 až 30 let označilo 15 % dotázaných. Celkem 25 % pracovníků odpovědělo, že pracují ve zdravotnictví více než 31 let. Graficky vyjádřeno na obrázku 2.

Otázka číslo 3: V jakém zařízení pracujete?

- Onkologie nemocnice fakultního typu
- Onkologie nemocnice krajského typu
- Soukromé zařízení onkologické léčby
- Hospicové zařízení

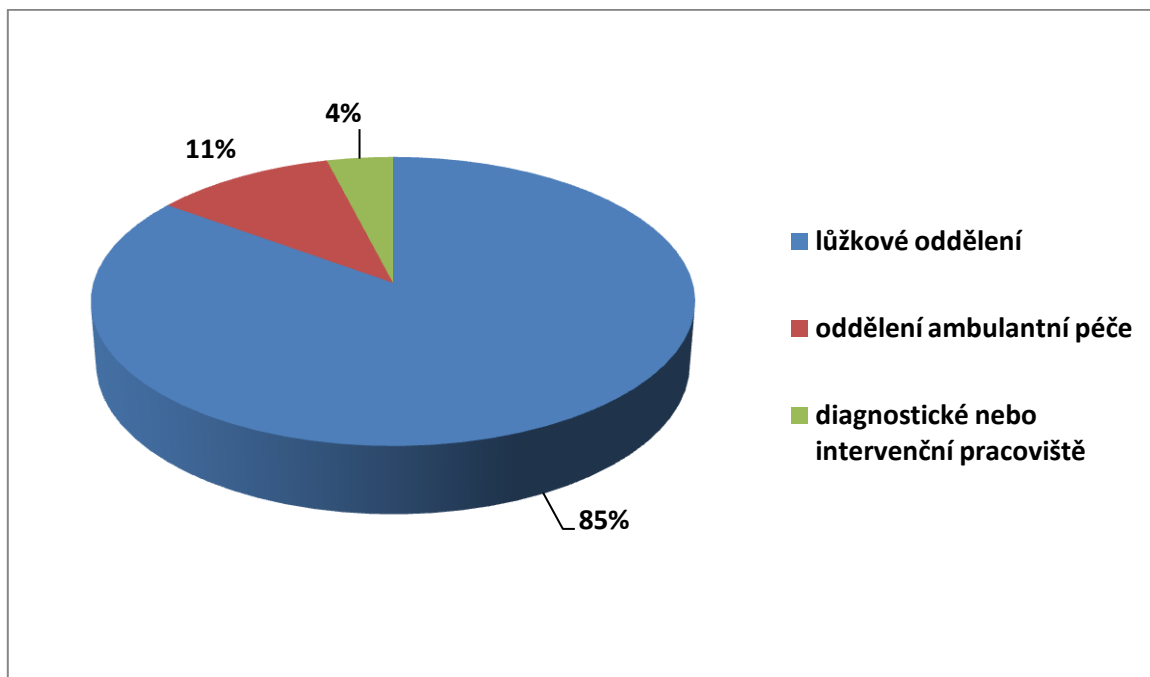


Obrázek 3: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 3.

Na otázku číslo tři odpovědělo 36 % dotázaných, že pracují na klinice onkologie nemocnice fakultního typu. Dalších 19 % pracuje na onkologické klinice nemocnice krajského typu a 18 % pracovníků je zaměstnáno v soukromém zařízení onkologické terapie. V lůžkovém hospicovém zařízení pracuje 26 % dotázaných. Graficky vyjádřeno na obrázku 3.

Otázka číslo 4: Na jakém typu oddělení pracujete?

- Lůžkové oddělení
- Ambulantní oddělení
- Diagnostické nebo intervenční pracoviště (ozařovny, radiologie apod.)

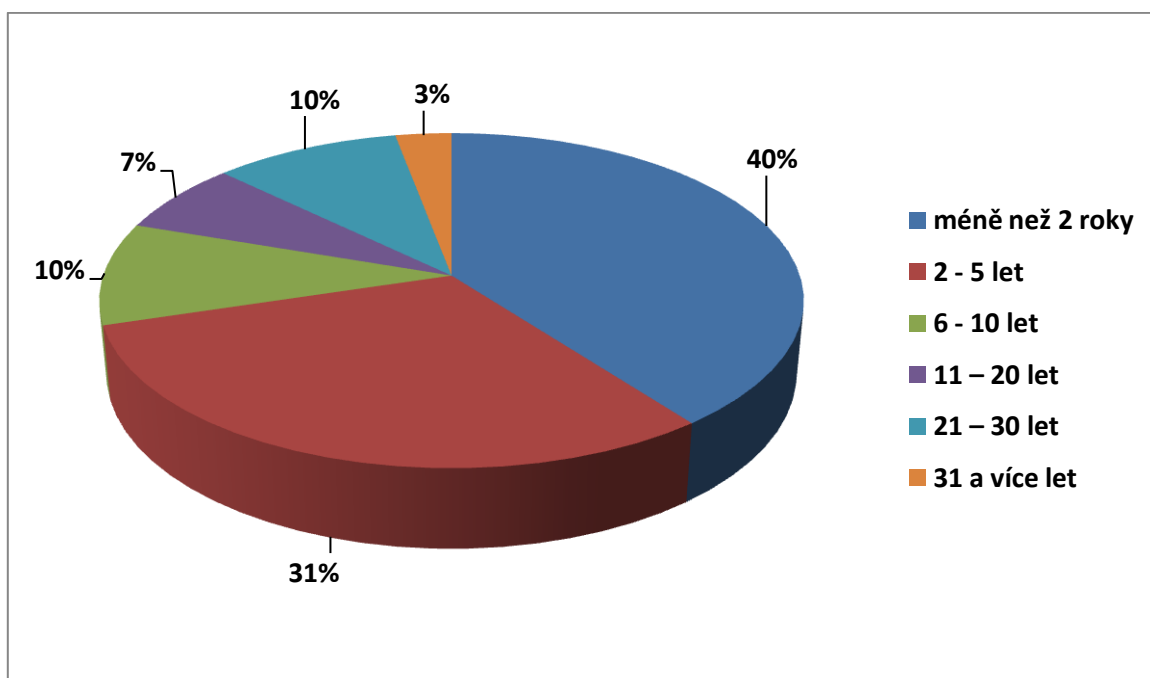


Obrázek 4: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 4.

Podle odpovědí na čtvrtou otázku pracuje celých 85 % respondentů na některém z lůžkových oddělení, 11 % dotázaných pracuje na oddělení ambulantní péče a 4 % dotázaných pracují na diagnostickém nebo intervenčním pracovišti. Graficky vyjádřeno na obrázku 4.

Otázka číslo 5: Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?

- Méně než 2 roky
- 2 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 20 let
- 21 – 30 let
- 31 a více let

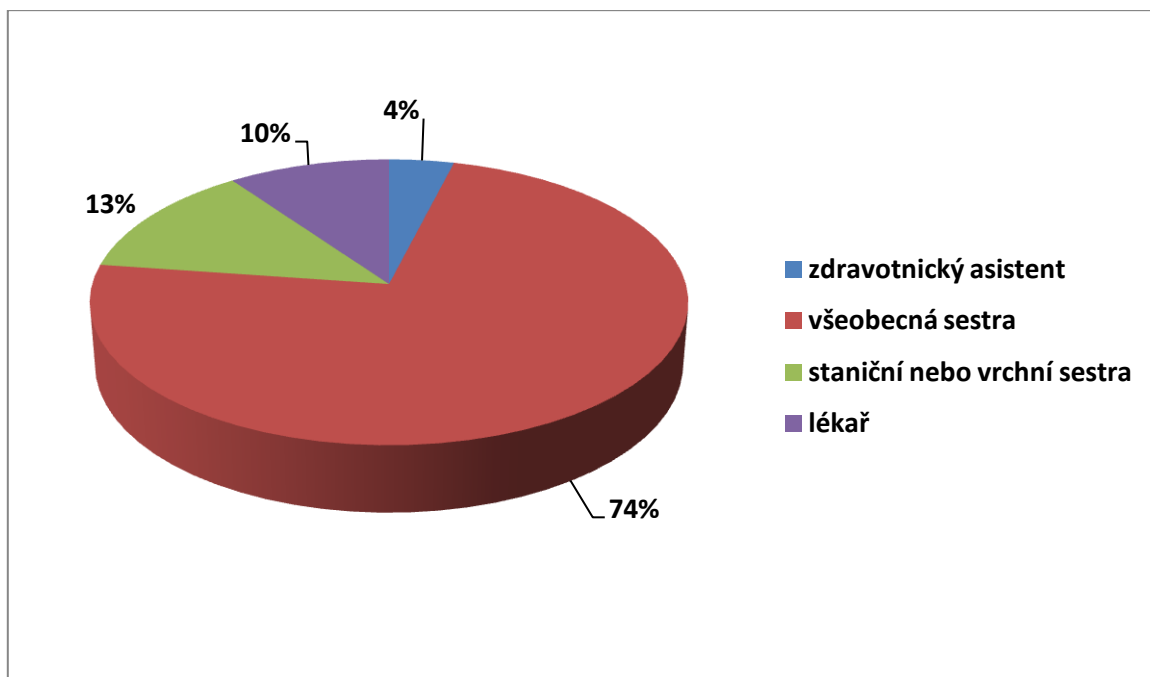


Obrázek 5: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 5.

V odpovědích na pátou otázku respondenti označili ve 40 %, že jsou zaměstnáni na svém pracovišti méně než dva roky. Dále pak 31 % dotázaných pracuje na svém oddělení 2 až 5 let, 10 % 6 až 10 let, 7 % 11 až 20 let, 10 % 21 až 30 let a 3 % déle než 31 let. Graficky vyjádřeno na obrázku 5.

Otázka číslo 6: Jaké je Vaše pracovní zařazení?

- Zdravotnický asistent
- Všeobecná sestra
- Staniční nebo vrchní sestra
- Lékař

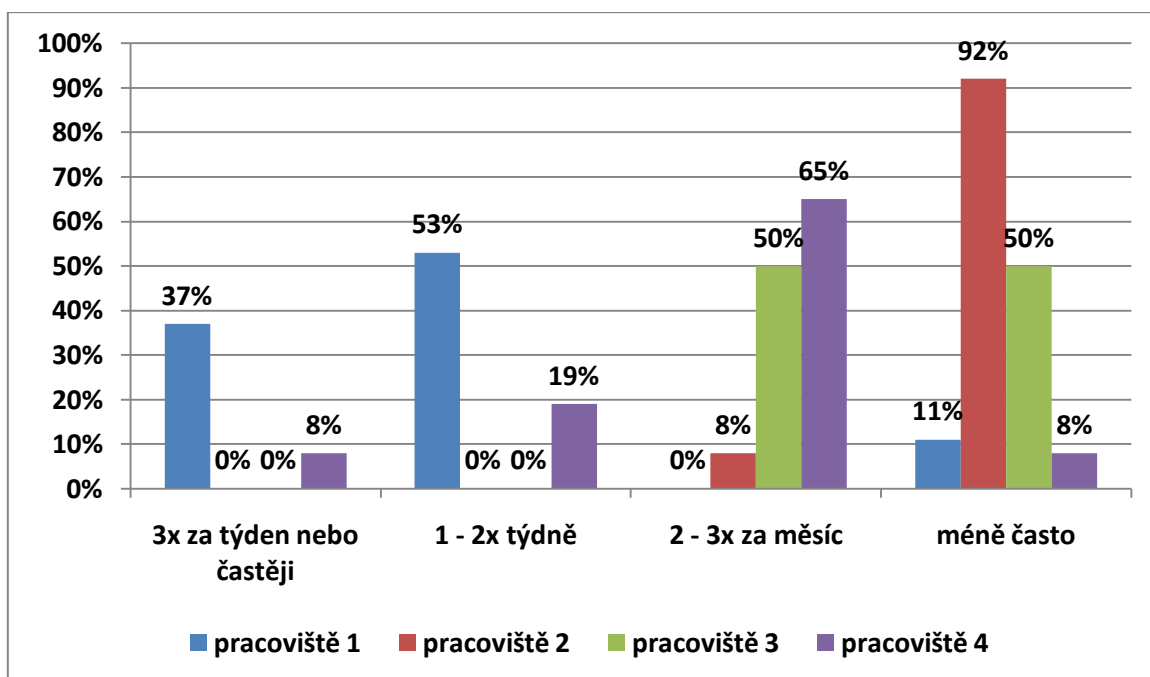


Obrázek 6: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 6.

Z odpovědí na otázku číslo šest je zřejmé, že celých 74 % dotázaných pracuje jako všeobecná sestra, 13 % respondentů zastává funkci vrchní nebo staniční sestry. Dále dotazníky vyplnilo 10 % lékařů a pouze 4 % zdravotnických asistentů. Graficky vyjádřeno na obrázku 6.

Otázka číslo 7: Jak často se setkáváte s úmrtím pacienta?

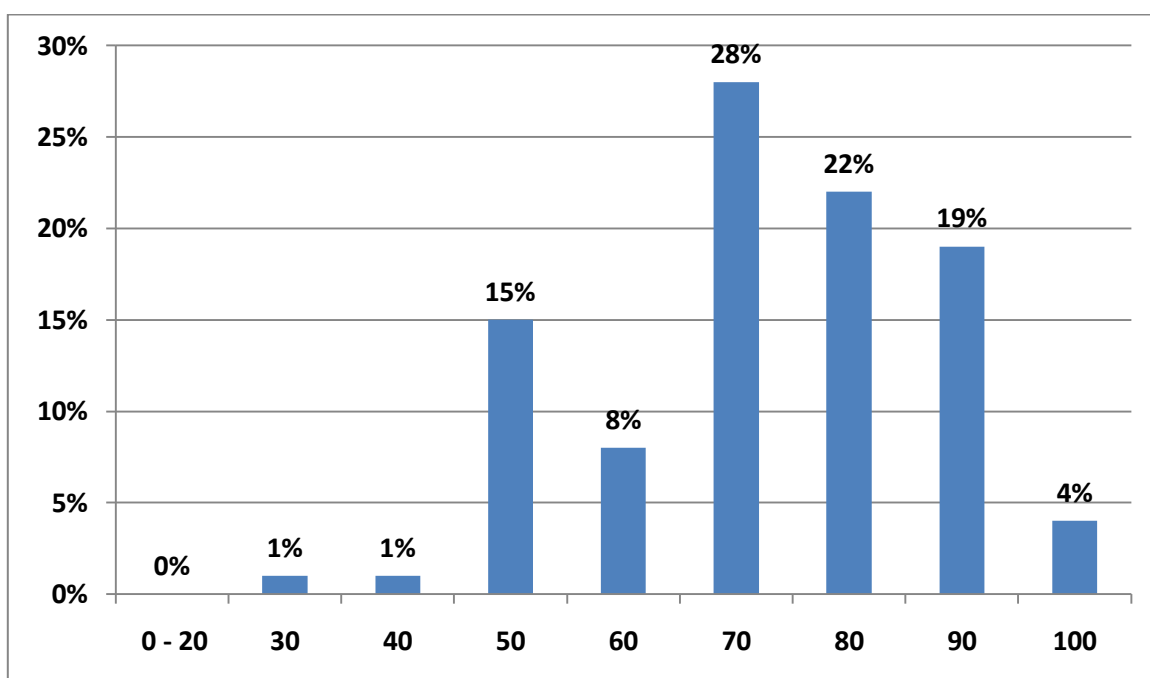
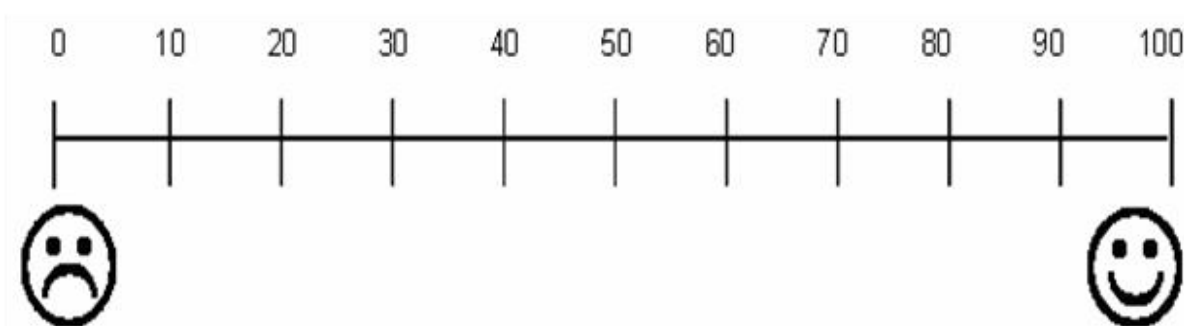
- 3x za týden nebo častěji
- 1 – 2x týdně
- 2x – 3x za měsíc
- Méně často



Obrázek 7: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 7.

Celých 37 % dotázaných z pracoviště číslo 1 odpovědělo, že se setkává s úmrtím pacienta 3x za týden nebo častěji, 53 % dotázaných ze stejného pracoviště se setkává s úmrtím 1 – 2x týdně a 11% méně často. Z respondentů, kteří pracují na pracovišti číslo 2, odpovědělo celých 92 % dotázaných, že se s úmrtím pacienta setkávají méně často než 3x za měsíc a 8 % označilo možnost 2 – 3x za měsíc. Respondenti z pracoviště 3 odpověděli shodně v 50 %, že se s úmrtím pacienta setkávají 2 – 3x za měsíc a méně často. Dotázaní z pracoviště číslo 4 odpověděli v 8 %, že se setkávají s úmrtím pacienta 3x za týden nebo častěji, v 19 % 1 – 2x týdně, v 65 % 2 – 3x za měsíc a pouze v 8 % méně často. Graficky vyjádřeno na obrázku 7.

Otázka číslo 8: Označte na škále, jak moc jste se svou prací spokojen/a?

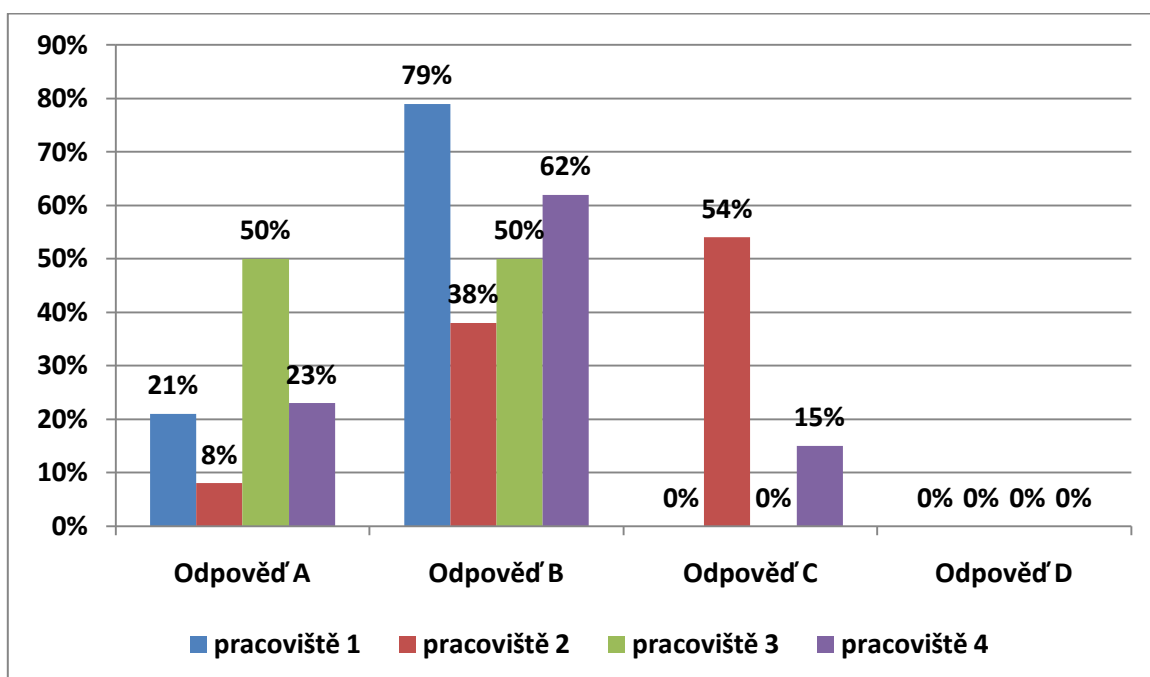


Obrázek 8: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 8.

Na vizuální analogové škále v otázce číslo osm nikdo neoznačil možnosti menší než 30 ze 100. Jen 1 % respondentů označilo, že jsou se svou prací spokojeni na 30 bodů ze 100 a 1 % označilo 40 bodů ze 100. Dále 15 % respondentů je spokojeno se svou prací na 50 a 8 % na 60 ze 100. Nejvíce dotázaných, tj. 28 % označilo možnost 70, 22 % možnost 80 a 19% možnost 90 ze 100. Pouze 4 % dotázaných vyjadřují spokojenost se svou prací na plných 100 bodů. Graficky znázorněno na obrázku 8.

Otázka číslo 9: Jak byste popsal/a Vaše vztahy na pracovišti?

- Máme kladné vztahy, rád/a se všemi spolupracuji, můžeme se na sebe spolehnout. (A)
- Máme smíšené vztahy, rád/a pracuji s většinou ostatních zaměstnanců, ale můžu se spolehnout na všechny. (B)
- Máme horší vztahy, mám užší okruh lidí, se kterými spolupracuji rád/a, vždy si raději vše překontroluji nebo udělám sám/a. (C)
- Máme mezi sebou špatné vztahy, s většinou ostatních spolupracuji jen z nutnosti, na ostatní se nemohu spolehnout. (D)

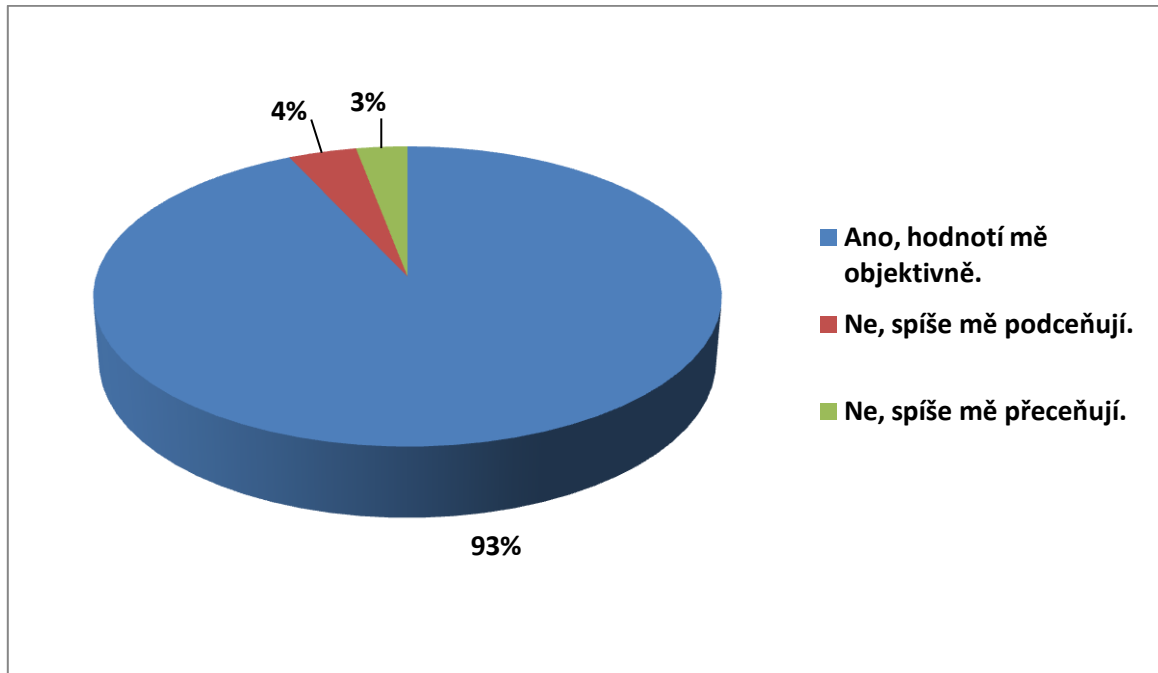


Obrázek 9: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 9.

Otázka číslo 9 zkoumala vzájemné vztahy na pracovišti. Dotazovaní z pracoviště 1 označili odpověď A ve 21 % a odpověď B v 79 %. Dotazovaní z pracoviště 2 využili v 8 % odpověď A, ve 38 % B a v celých 54 % C. Dotazovaní z pracoviště 3 označili shodně v 50 % možnosti A i B. Dále 23 % respondentů z pracoviště 4 označilo odpověď A, 62 % odpověď B a 15 % odpověď C. Na žádném z pracovišť nemají, podle odpovědí dotazovaných, špatné vztahy a nikdo neoznačil odpověď D. Graficky vyjádřeno na obrázku 9.

Otázka číslo 10: Myslíte si, že Vás ostatní správně hodnotí?

- Ano, hodnotí mě objektivně.
- Ne, spíše mě podceňují.
- Ne, spíše mě přeceňují.

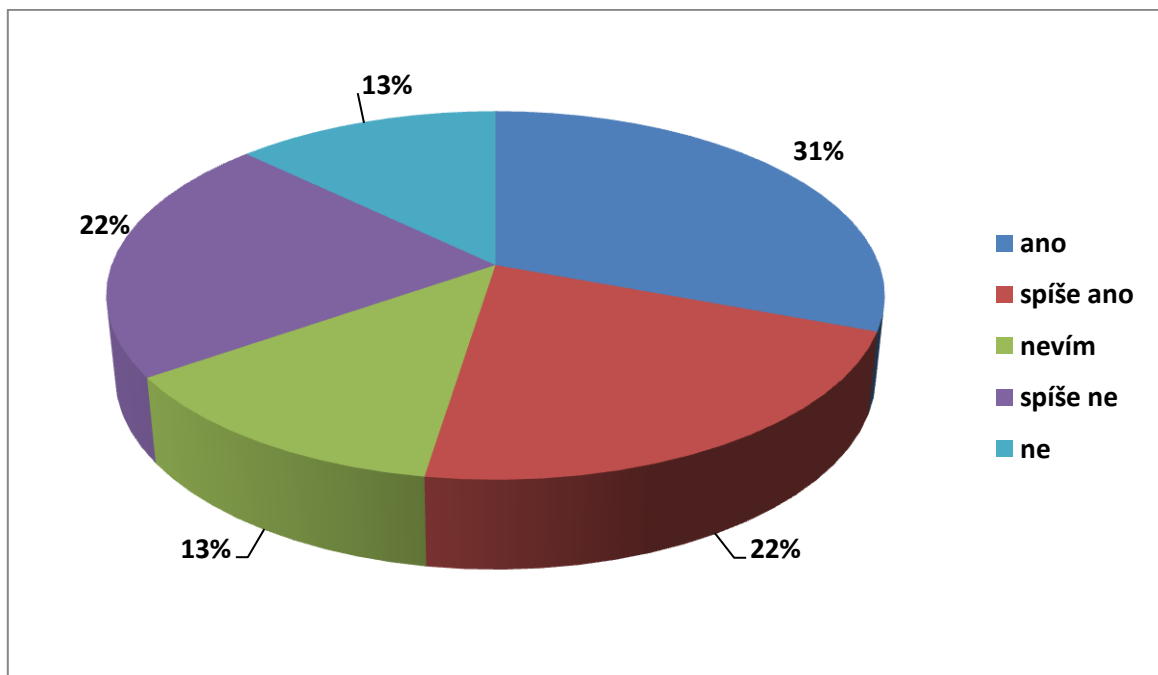


Obrázek 10: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 10.

Z odpovědí na otázku číslo 10 vyplývá, že převážná většina dotázaných, celých 93 %, si myslí, že je ostatní pracovníci hodnotí objektivně. Pouze 4 % respondentů se domnívají, že je ostatní podceňují a ve 3 % přeceňují. Graficky vyjádřeno na obrázku 10.

Otázka číslo 11: Myslíte si, že někteří z Vašich spolupracovníků jeví známky pracovního přetížení, chronického stresu nebo syndromu vyhoření?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

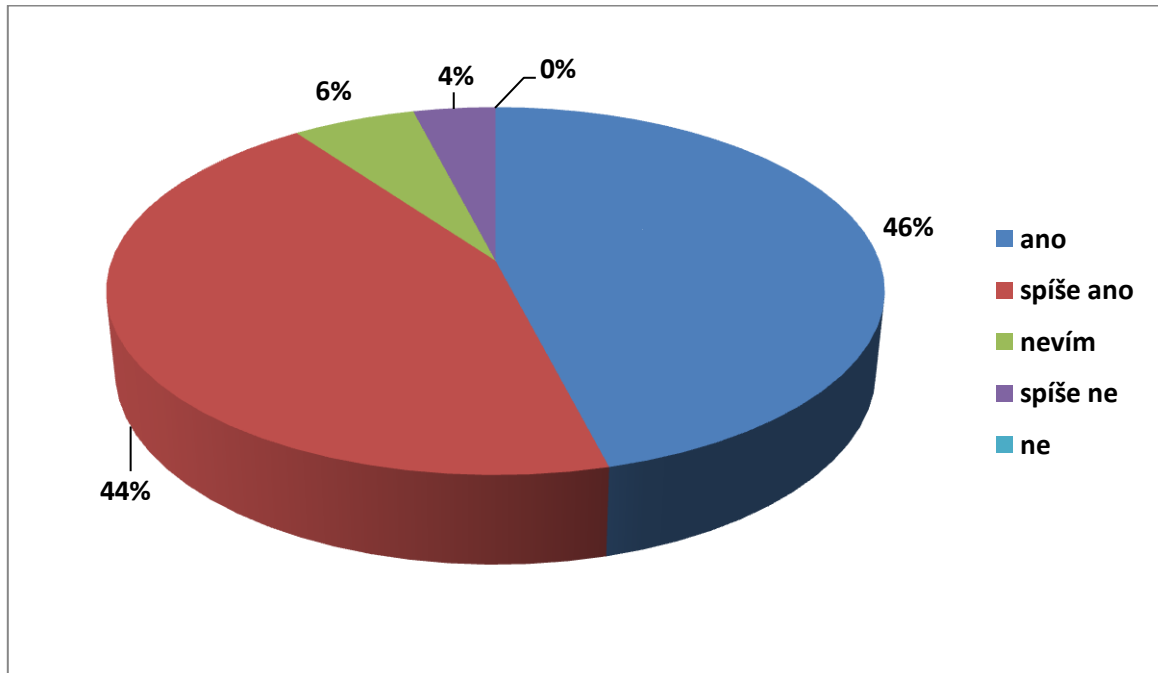


Obrázek 11: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 11.

Otázka číslo 11 zkoumala, kolik dotázaných se domnívá, že jejich spolupracovníci jeví nějaké známky pracovního přetížení, chronického stresu nebo syndromu vyhoření. Odpověď ano zvolilo 31 % a odpověď spíše ano 22 % dotázaných. Odpověď spíše ne zvolilo 22 % a odpověď ne 13 % respondentů. Možnost nevím označilo 13 % dotázaných. Graficky vyjádřeno na obrázku 11.

Otázka číslo 12: Chodíte do práce rád/ráda?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

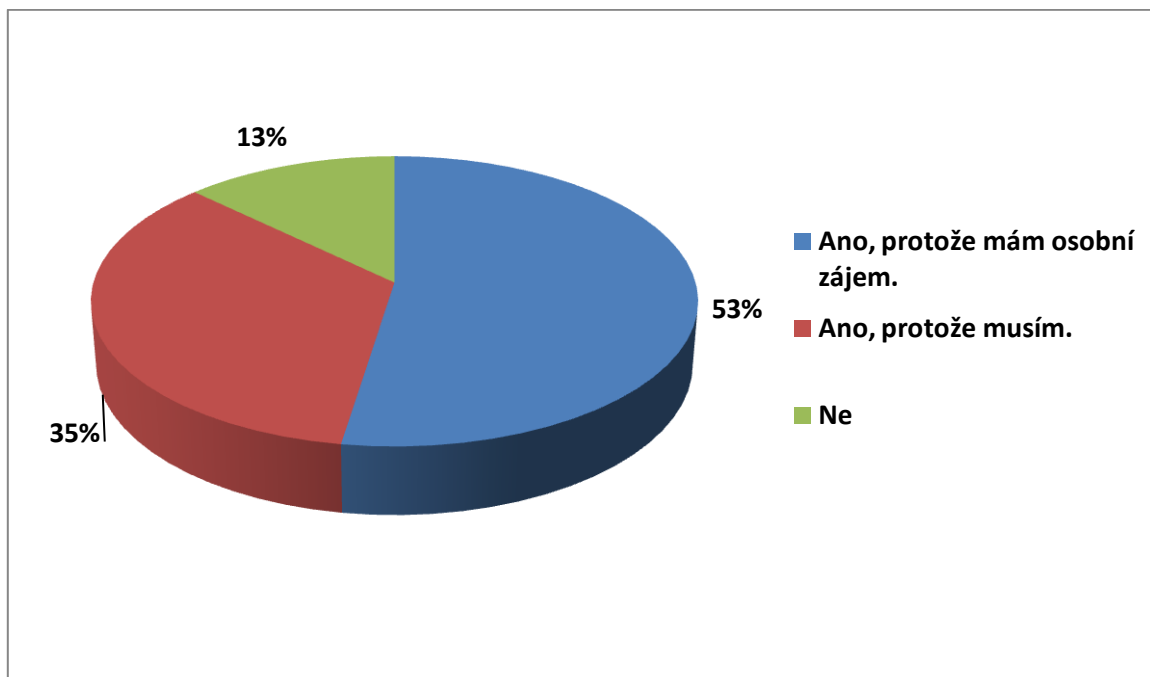


Obrázek 12: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 12.

Otázka číslo 12 se zabývala míněním dotazovaných, zda chodí do práce rádi. Odpověď ano zvolilo 46 % a odpověď spíše ano 44 % dotázaných. Odpověď spíše ne si vybralo 4 % respondentů a žádný neoznačil možnost ne. Možnost nevím označilo 6 % dotázaných. Graficky vyjádřeno na obrázku 12.

Otázka číslo 13: Zajímáte se aktivně o další vzdělávání ve Vašem oboru?

- Ano, protože mám osobní zájem.
- Ano, protože musím.
- Ne

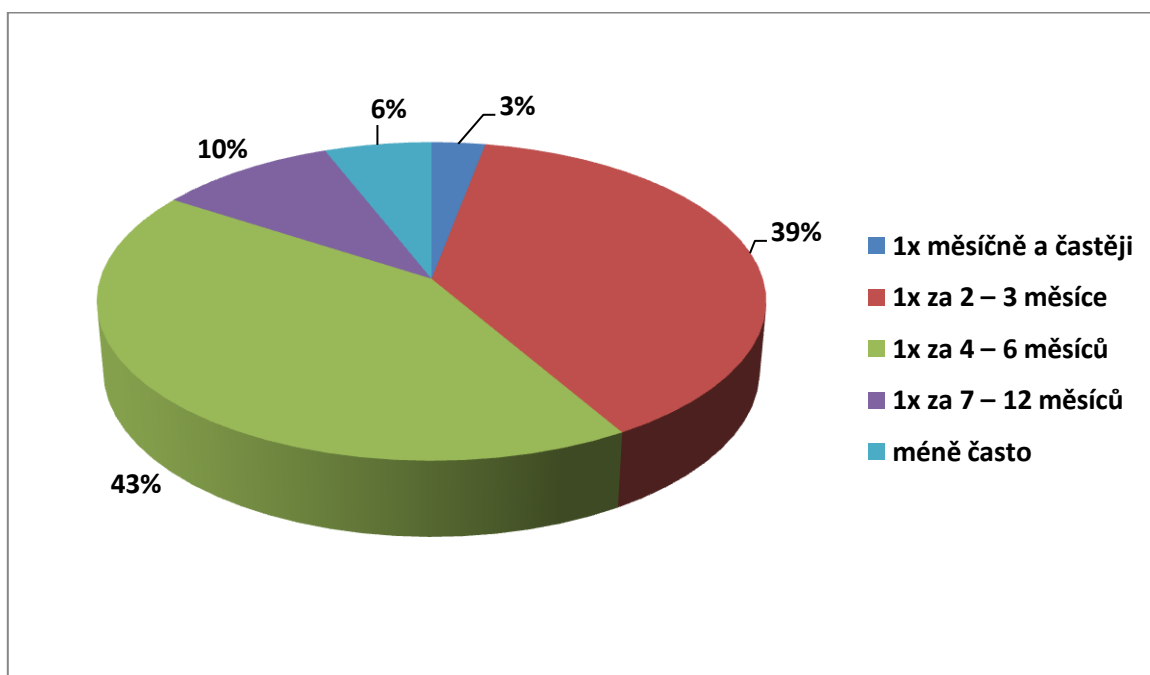


Obrázek 13: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 13.

Na otázku číslo 13 odpovědělo 53 % dotázaných, že se vzdělávají dále ve svém oboru z vlastního zájmu. Dále 35 % respondentů odpovědělo, že se dále vzdělává, protože musí a 13 % dotázaných se o další vzdělávání vůbec nezajímá. Graficky vyjádřeno na obrázku 13.

Otázka číslo 14: Jak často navštěvujete vzdělávací kurzy, přednášky, školení?

- 1x měsíčně a častěji
- 1x za 2 – 3 měsíce
- 1x za 4 – 6 měsíců
- 1x za 7 – 12 měsíců
- Méně často

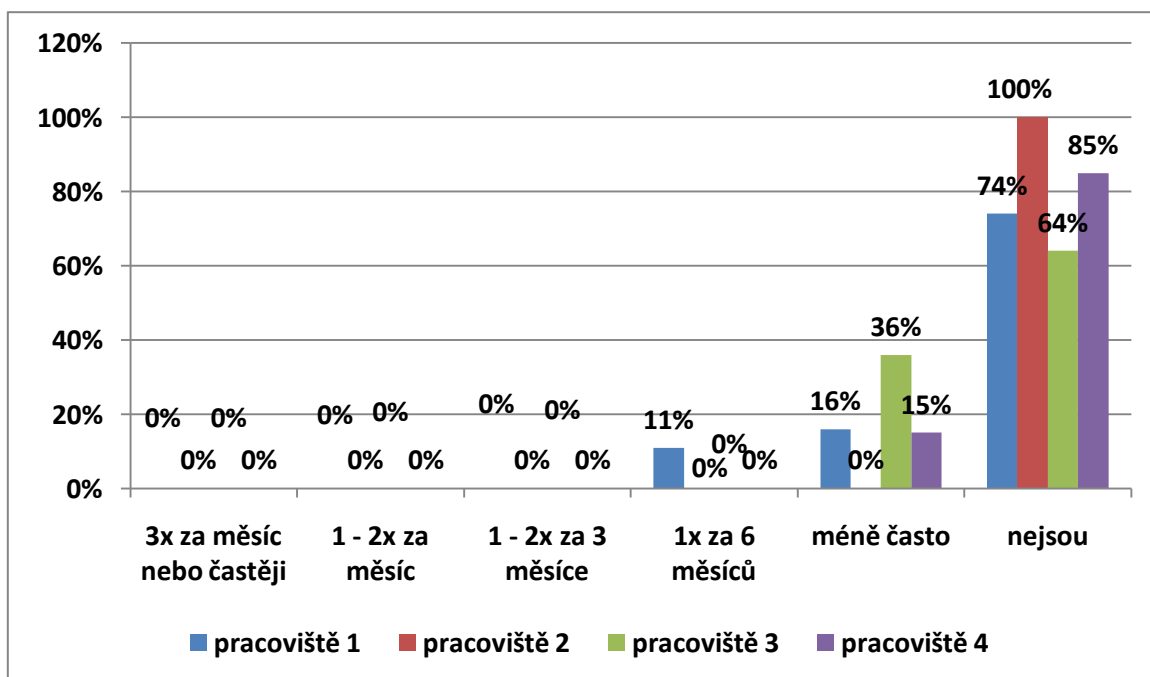


Obrázek 14: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 14.

Z odpovědí na otázku číslo 14 vyplývá, že 1x měsíčně nebo častěji se vzdělávají pouze 3 % dotázaných. Dále 39 % respondentů se účastní nějaké formy vzdělávání 1x za 2 – 3 měsíce a 43 % 1x za 4 – 6 měsíců. Jen 10 % dotázaných označilo možnost 1x za 7 – 12 měsíců a 6 % označilo odpověď méně často. Graficky vyjádřeno na obrázku 14.

Otázka číslo 15: Jak často jsou na Vašem pracovišti setkání pracovníků za účelem duševní hygieny, práce se stresem, prevence syndromu vyhoření?

- 3x za měsíc a častěji
- 1 – 2x za měsíc
- 1 – 2x za 3 měsíce
- 1x za 6 měsíců
- Méně často
- Nejsou

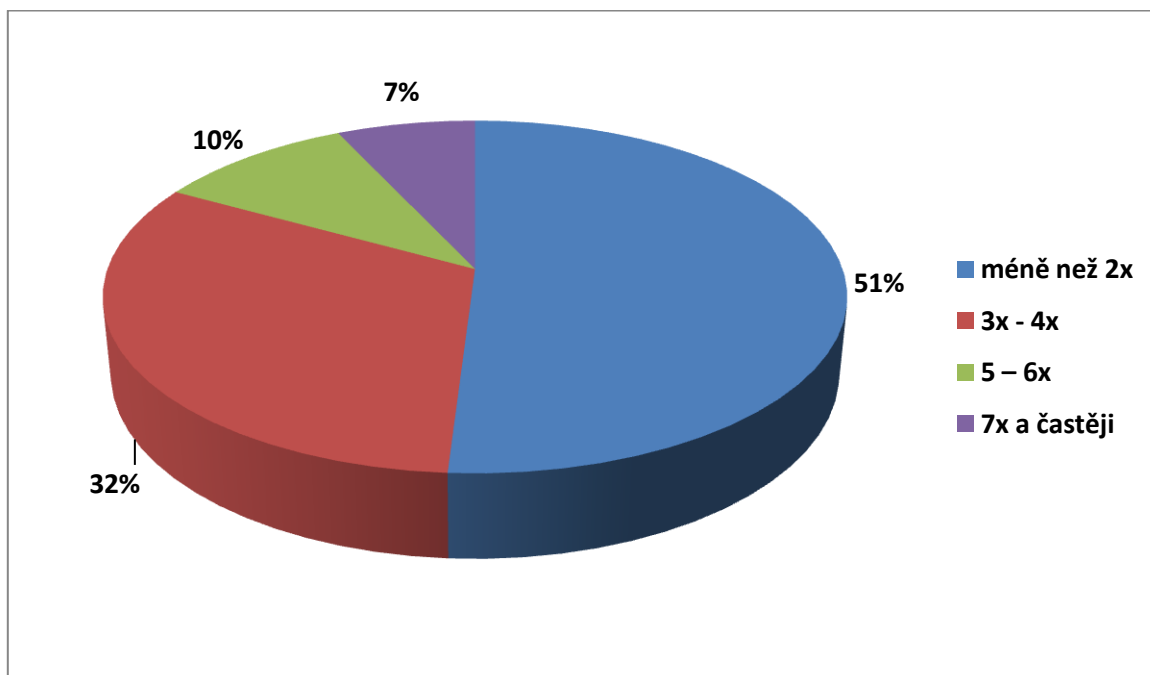


Obrázek 15: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 15.

Otázka číslo 15 zkoumala přítomnost a frekvenci preventivních setkání pracovníků za účelem duševní hygieny, práce se stresem a prevence syndromu vyhoření. Žádný z dotázaných neoznačil možnosti 3x za měsíc nebo častěji, 1 – 2 x za měsíc ani 1 – 2x za 3 měsíce. Dotázaní z pracoviště 1 odpověděli v 11 %, že mají tato setkání 1x za 6 měsíců a 16 % méně často. Celých 74 % dotázaných uvádí, že na pracovišti 1 takové setkání nejsou. Všichni respondenti z pracoviště 2 odpověděli, že na jejich pracovišti taková setkání nejsou. Dále 36 % respondentů z pracoviště 3 odpovědělo, že jsou u nich taková setkání méně často než 1x za 6 měsíců a 64 % uvádí, že nejsou. Z pracoviště 4 udává 15 % dotázaných, že mají setkání za tímto účelem méně často než 1x za 6 měsíců a 85 % že nejsou. Graficky vyjádřeno na obrázku 15.

Otázka číslo 16: Kolikrát za den si vzpomenete na práci ve chvílích vašeho volna?

- Méně než 2x
- 3x – 4x
- 5x – 6x
- 7x a více



Obrázek 16: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 16.

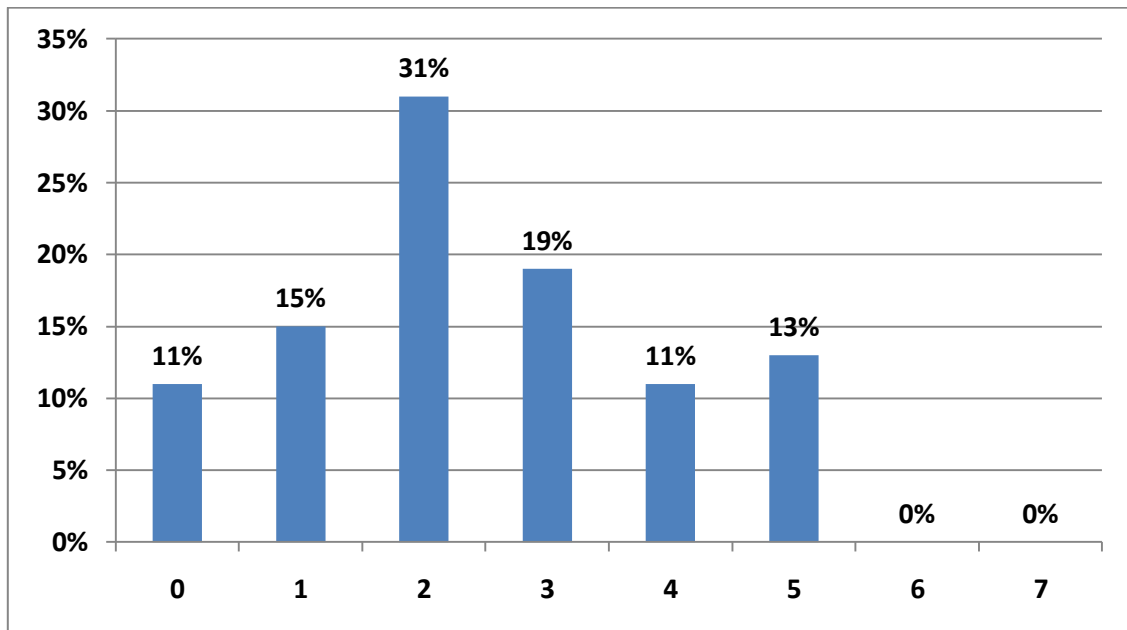
Na otázku 16 odpovědělo 51 % dotázaných, že si ve chvílích svého volna vzpomenou na práci méně než 2x za den. Dále 32 % uvádí, že si vzpomene na práci 3 – 4x za den, 10 % 5 – 6x a 7 % 7 x a častěji. Graficky vyjádřeno na obrázku 16.

4.7 Vyhodnocení druhé části dotazníku – standardizovaný dotazník MBI

V tomto dotazníku respondenti doplňují do vyznačených políček u každého tvrzení čísla, označující sílu pocitů, které obvykle prožívají.

Otázka číslo 1: Práce mne citově vysává.

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

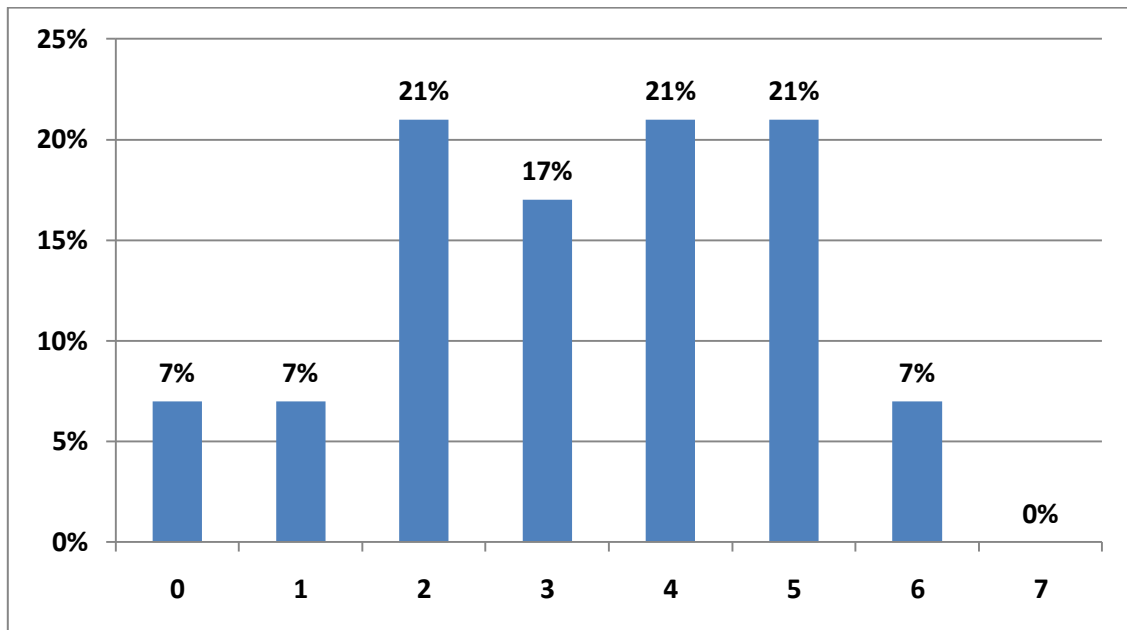


Obrázek 17: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 1.

V odpovědích na první otázku dotazníku MBI popsalo intenzitu svých pocitů číslem nula 11 % dotázaných, dále pak možnost jedna zvolilo 15 %, možnost dvě 31 %, možnost tři 19 %, možnost čtyři 11 % a možnost pět 13 % respondentů. Možnost šest a sedm nezvolil žádný z dotázaných. Graficky znázorněno v obrázku 17.

Otázka číslo 2: Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil.

○ Možnosti: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

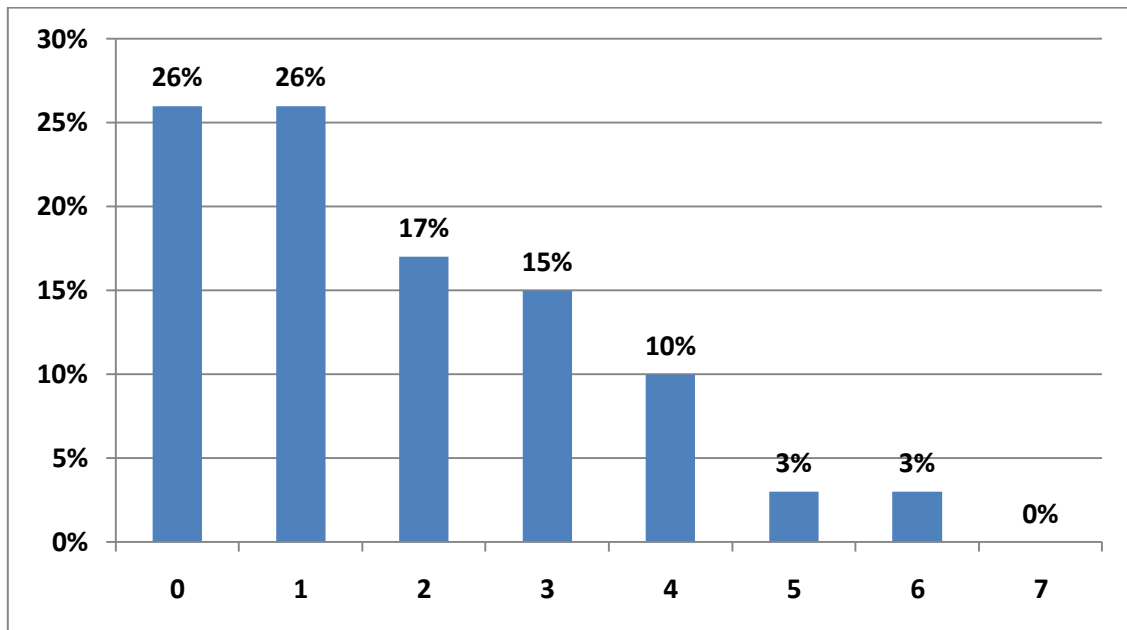


Obrázek 18: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 2.

V odpovědích na druhou otázku dotazníku MBI popsalo intenzitu svých pocitů číslem nula 7 % dotázaných, dále pak možnost jedna zvolilo 7 %, možnost dvě 21 %, možnost tři 17 %, možnost čtyři 21 %, možnost pět 21 % a možnost šest 7 % respondentů. Možnost sedm ne zvolil žádný z dotázaných. Graficky znázorněno v obrázku 18.

Otázka číslo 3: Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a.

○ Možnosti: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

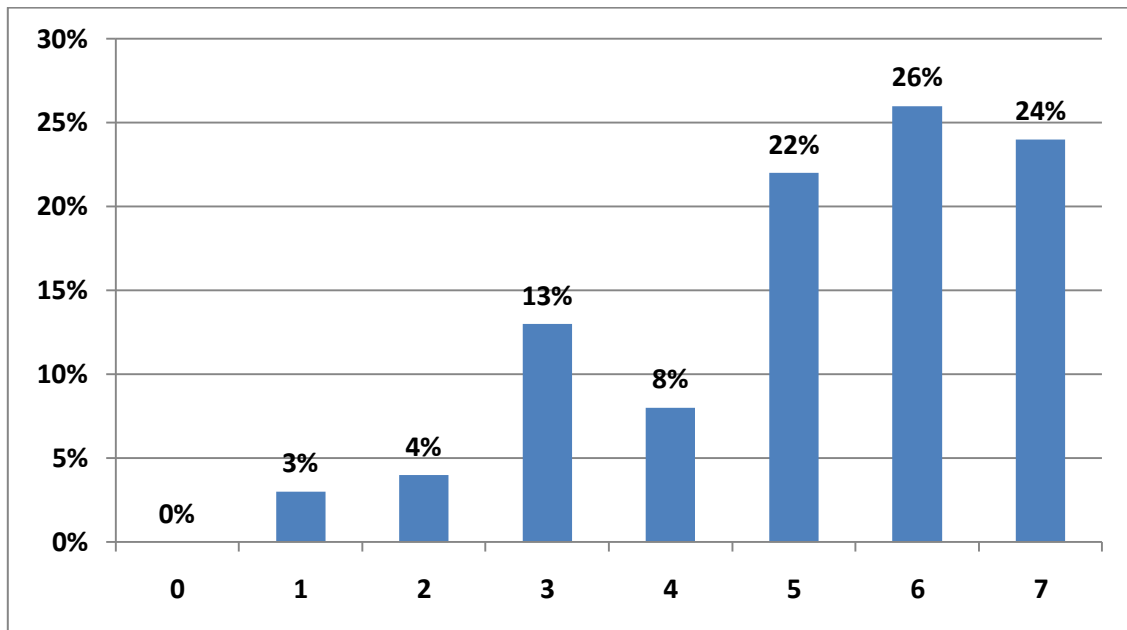


Obrázek 19: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 3.

V odpovědích na třetí otázku dotazníku MBI popsalo intenzitu svých pocitů číslem nula 26 % dotázaných, dále pak možnost jedna zvolilo 26 %, možnost dvě 17 %, možnost tři 15 %, možnost čtyři 10 %, možnost pět 3 % a možnost šest 3 % respondentů. Možnost sedm nezvolil žádný z dotázaných. Graficky znázorněno v obrázku 19.

Otázka číslo 4: Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů.

○ Možnosti: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

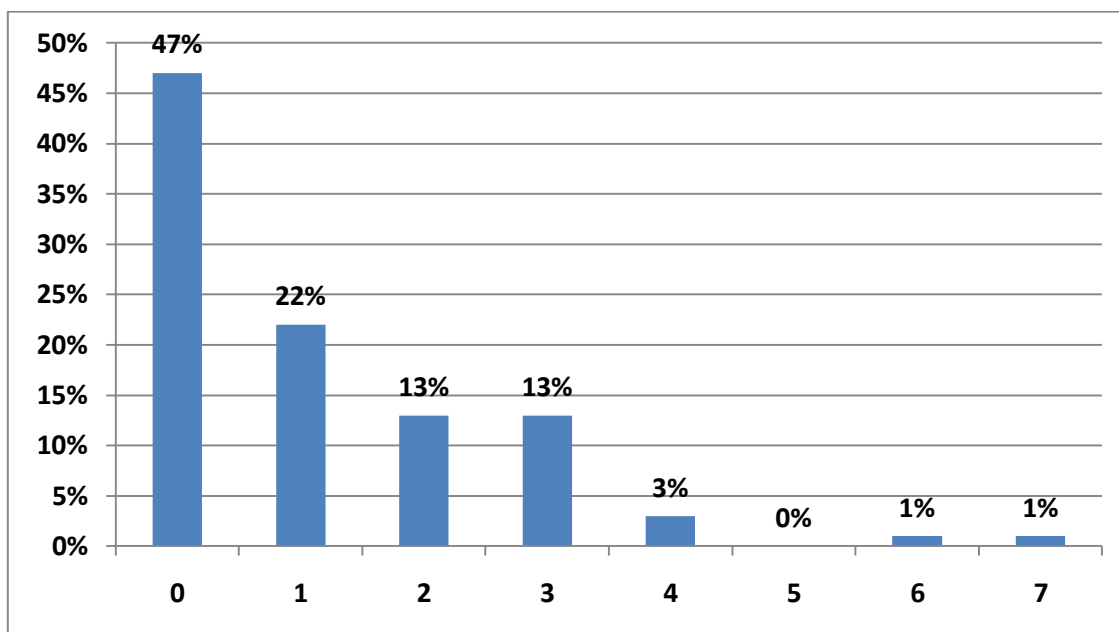


Obrázek 20: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 4.

V odpovědích na čtvrtou otázku dotazníku MBI popsalo intenzitu svých pocitů číslem jedna 3 % dotázaných, dále pak možnost dvě zvolilo 4 %, možnost tři 13 %, možnost čtyři 8 %, možnost pět 22 %, možnost šest 26 % a možnost sedm 24 % respondentů. Možnost nula ne zvolil žádný z dotázaných. Graficky znázorněno na obrázku 20.

Otázka číslo 5: Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi.

○ Možnosti: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

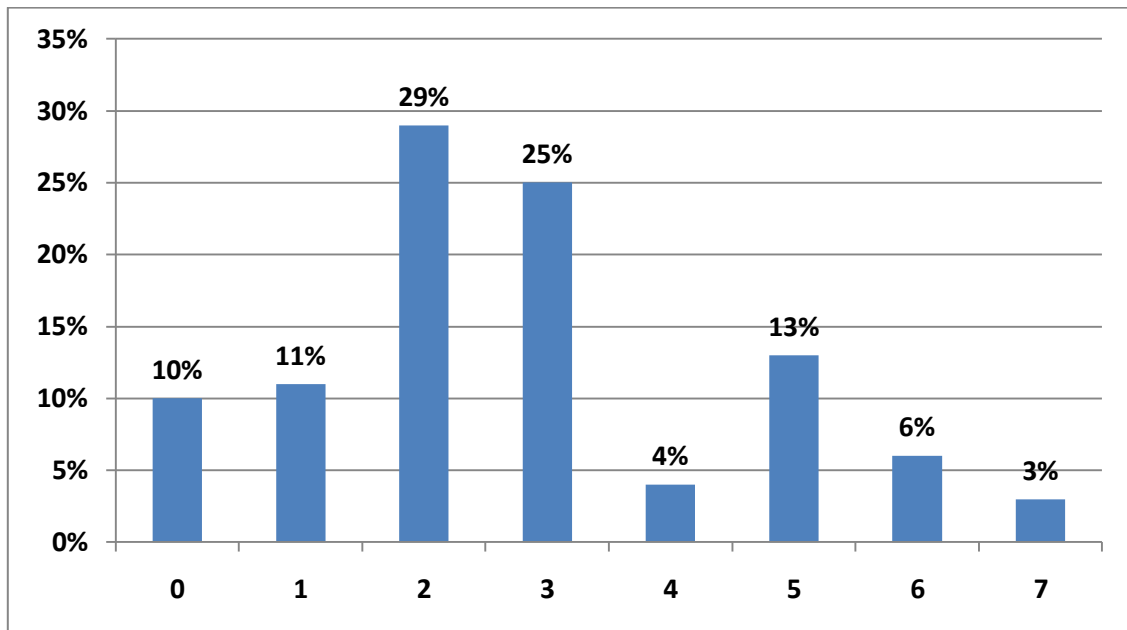


Obrázek 21: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 5.

V odpovědích na pátou otázku dotazníku MBI popsalo intenzitu svých pocitů číslem nula 47 % dotázaných, dále pak možnost jedna zvolilo 22 %, možnost dvě 13 %, možnost tři 13 %, možnost čtyři 3 %, možnost šest 1 % a možnost sedm 1 % respondentů. Možnost pět nezvolil žádný z dotázaných. Graficky znázorněno v obrázku 21.

Otázka číslo 6: Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.

○ Možnosti: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

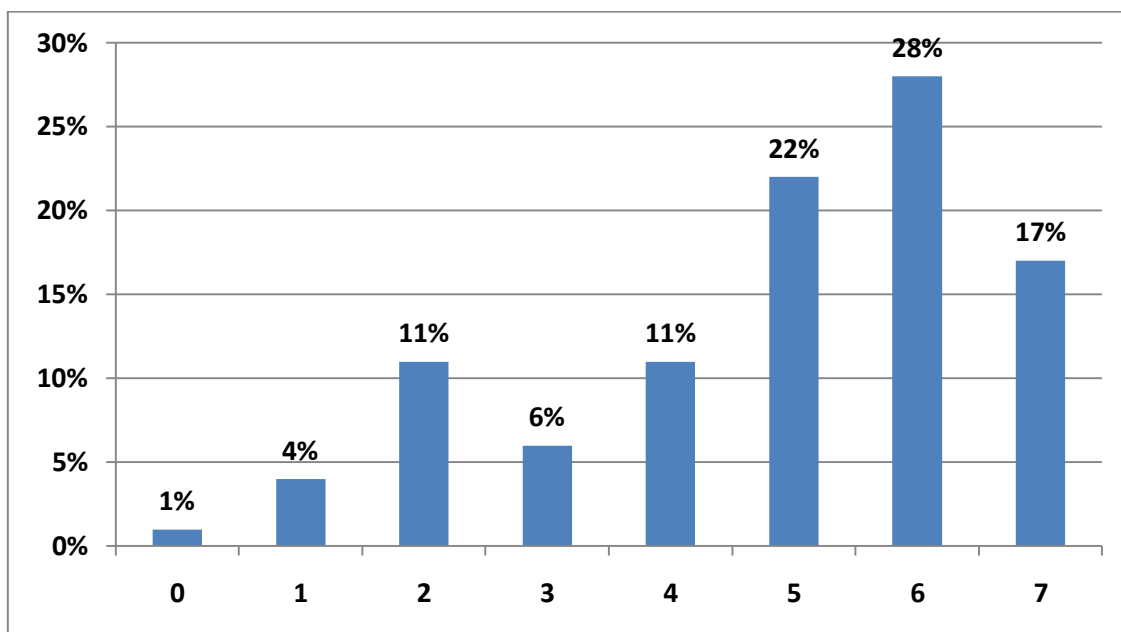


Obrázek 22: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 6.

V odpovědích na šestou otázku dotazníku MBI popsalo intenzitu svých pocitů číslem nula 10 % dotázaných, dále pak možnost jedna zvolilo 11 %, možnost dvě 29 %, možnost tři 25 %, možnost čtyři 4 %, možnost pět 13 %, možnost šest 6 % a možnost sedm 3 % respondentů. Graficky znázorněno v obrázku 22.

Otázka číslo 7: Jsem schopen/schopna účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů.

○ Možnosti: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

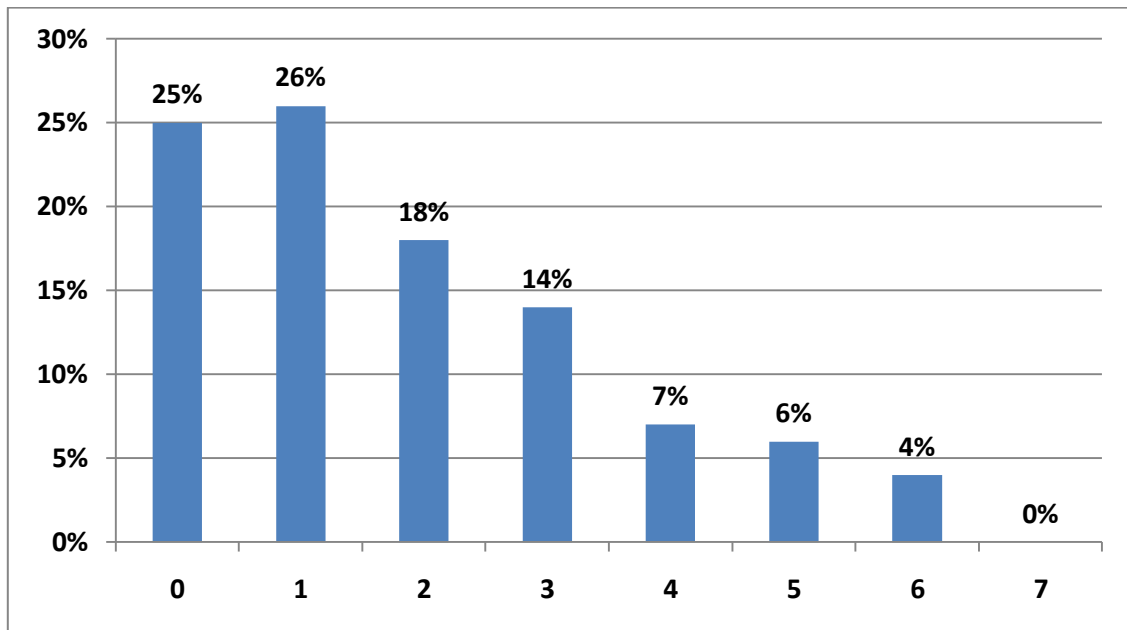


Obrázek 23: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 7.

V odpovědích na sedmou otázku dotazníku MBI popsalo intenzitu svých pocitů číslem nula 1 % dotázaných, dále pak možnost jedna zvolilo 4 %, možnost dvě 11 %, možnost tři 6 %, možnost čtyři 11 %, možnost pět 22 %, možnost šest 28 % a možnost sedm 17 % respondentů. Graficky znázorněno v obrázku 23.

Otázka číslo 8: Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce.

○ Možnosti: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

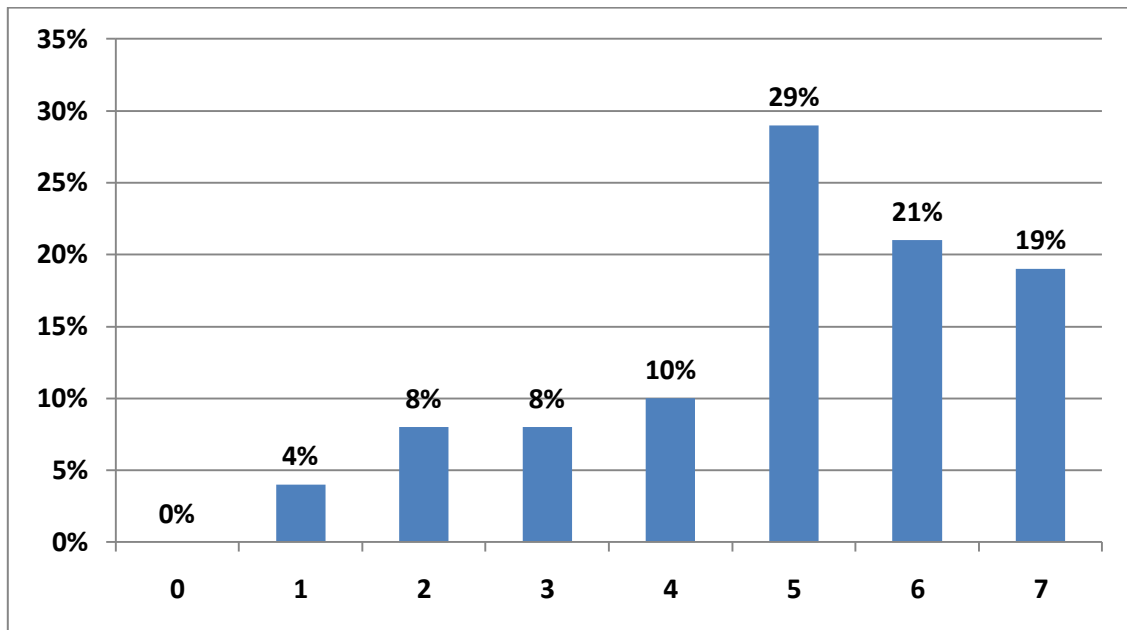


Obrázek 24: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 8.

V odpovědích na osmou otázku dotazníku MBI popsalo intenzitu svých pocitů číslem nula 25 % dotázaných, dále pak možnost jedna zvolilo 26 %, možnost dvě 18 %, možnost tři 14 %, možnost čtyři 7 %, možnost pět 6 % a možnost šest 4 % respondentů. Možnost sedm nezvolil žádný z dotázaných. Graficky znázorněno v obrázku 24.

Otázka číslo 9: Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a naladuju.

○ Možnosti: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

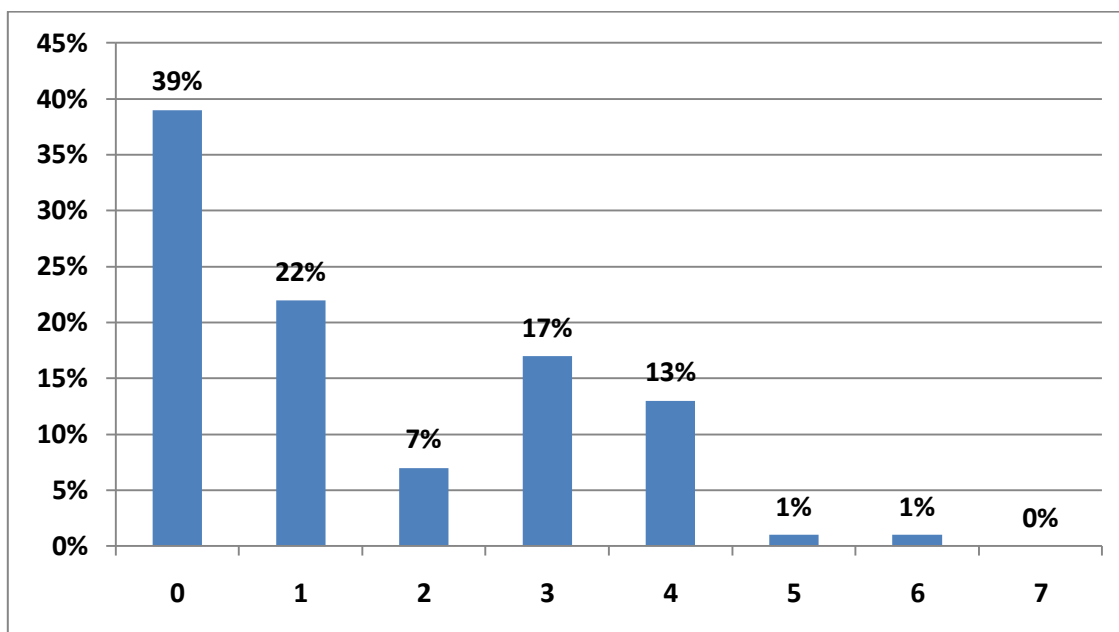


Obrázek 25: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 9.

V odpovědích na devátou otázku dotazníku MBI popsalo intenzitu svých pocitů číslem jedna 4 % dotázaných, dále pak možnost dvě zvolilo 8 %, možnost tři 8 %, možnost čtyři 10 %, možnost pět 29 %, možnost šest 21 % a možnost sedm 19 % respondentů. Možnost nula nezvolil žádný z dotázaných. Graficky znázorněno v obrázku 25.

Otázka číslo 10: Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem.

○ Možnosti: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

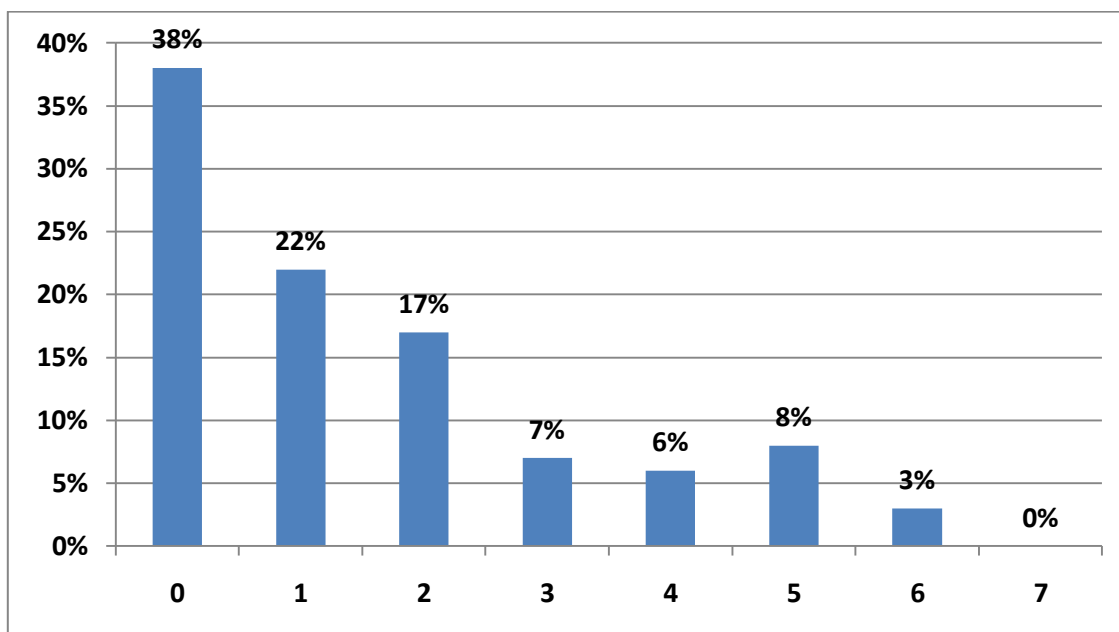


Obrázek 26: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 10.

V odpovědích na desátou otázku dotazníku MBI popsalo intenzitu svých pocitů číslem nula 39 % dotázaných, dále pak možnost jedna zvolilo 22 %, možnost dvě 7 %, možnost tři 17 %, možnost čtyři 13 %, možnost pět 1 % a možnost šest 1% respondentů. Možnost sedm nezvolil žádný z dotázaných. Graficky znázorněno v obrázku 26.

Otázka číslo 11: Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým.

○ Možnosti: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

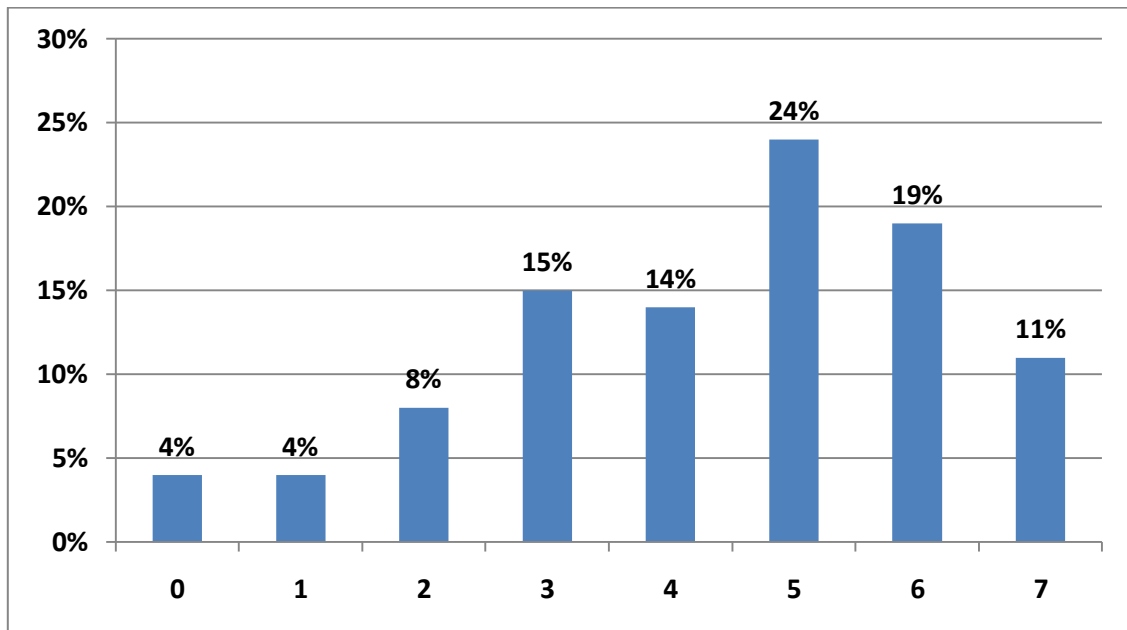


Obrázek 27: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 11.

V odpovědích na jedenáctou otázku dotazníku MBI popsalo intenzitu svých pocitů číslem nula 38 % dotázaných, dále pak možnost jedna zvolilo 22 %, možnost dvě 17 %, možnost tři 7 %, možnost čtyři 6 %, možnost pět 8 % a možnost šest 3% respondentů. Možnost sedm nezvolil žádný z dotázaných. Graficky znázorněno v obrázku 27.

Otázka číslo 12: Mám stále hodně energie.

○ Možnosti: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

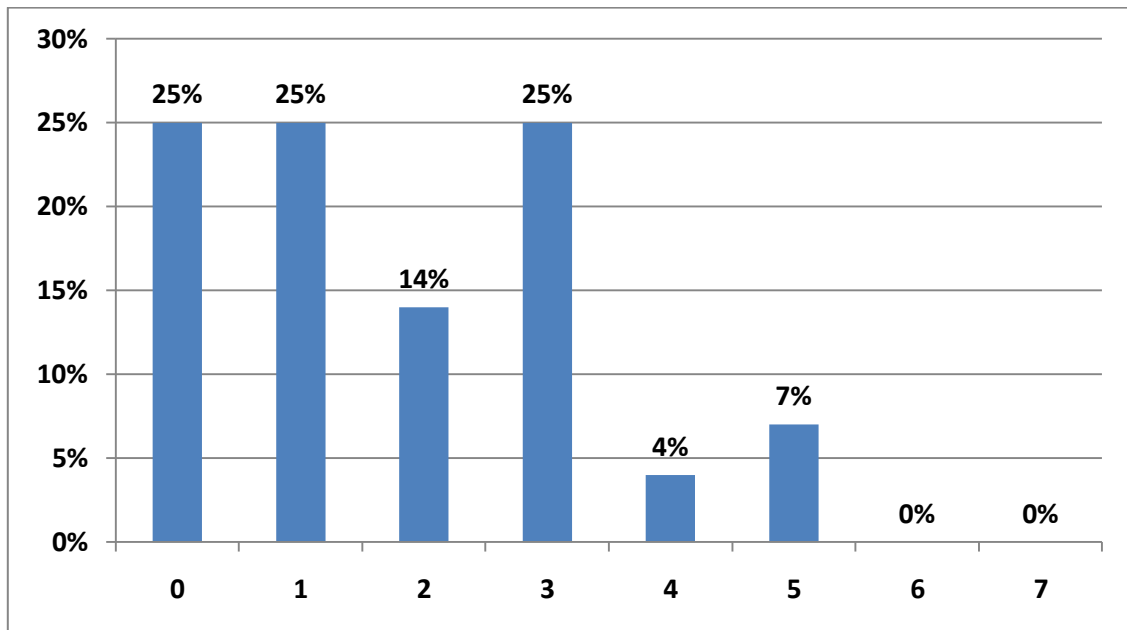


Obrázek 28: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 12.

V odpovědích na dvanáctou otázku dotazníku MBI popsalo intenzitu svých pocitů číslem nula 4 % dotázaných, dále pak možnost jedna zvolilo 4 %, možnost dvě 8 %, možnost tři 15 %, možnost čtyři 14 %, možnost pět 24 %, možnost šest 19 % a možnost sedm 11 % respondentů. Graficky znázorněno v obrázku 28.

Otázka číslo 13: Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení.

○ Možnosti: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

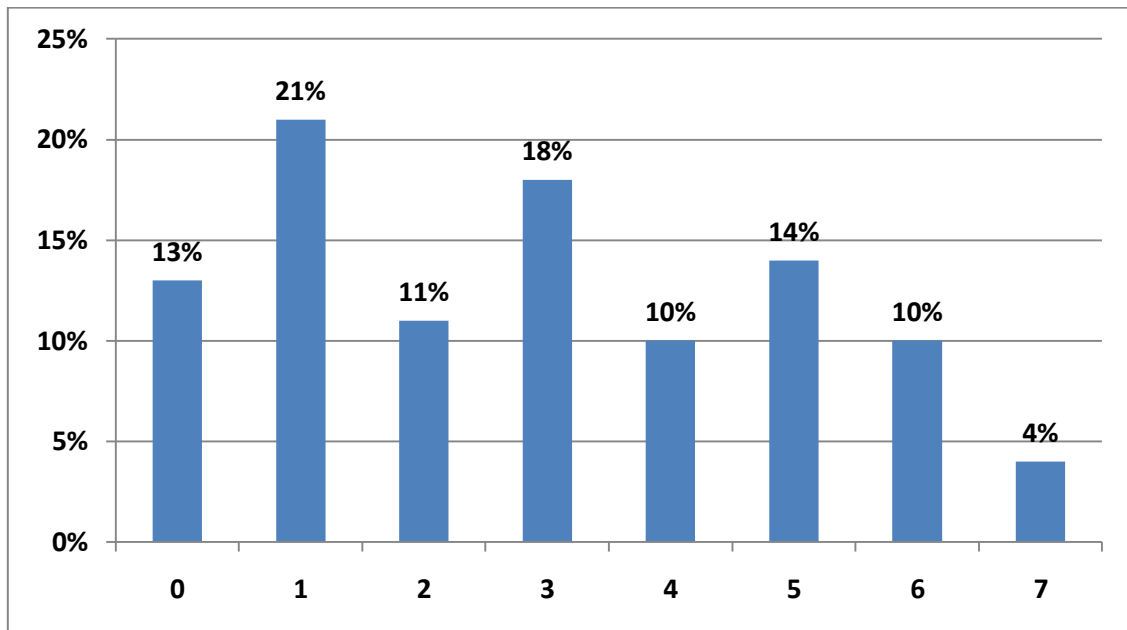


Obrázek 29: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 13.

V odpovědích na třináctou otázku dotazníku MBI popsalo intenzitu svých pocitů číslem nula 25 % dotázaných, dále pak možnost jedna zvolilo 25 %, možnost dvě 14 %, možnost tři 25 %, možnost čtyři 4 % a možnost pět 7 % respondentů. Možnost šest a sedm nezvolil žádný z dotázaných. Graficky znázorněno v obrázku 29.

Otázka číslo 14: Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává.

○ Možnosti: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

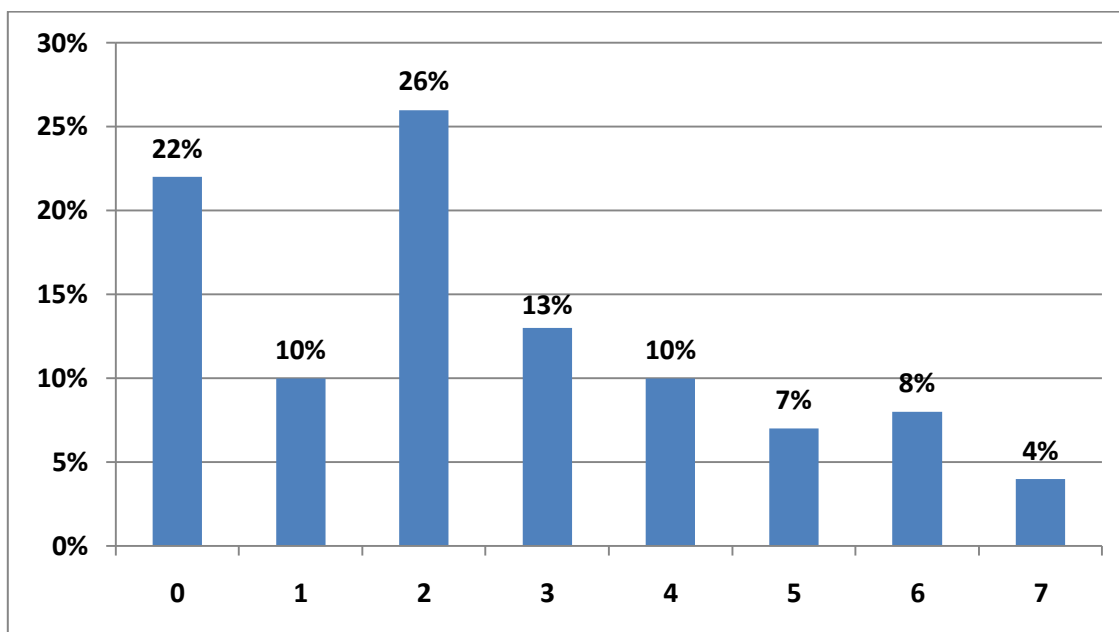


Obrázek 30: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 14.

V odpovědích na čtrnáctou otázku dotazníku MBI popsalo intenzitu svých pocitů číslem nula 13 % dotázaných, dále pak možnost jedna zvolilo 21 %, možnost dvě 11 %, možnost tři 18 %, možnost čtyři 10 %, možnost pět 14 %, možnost šest 10% a možnost sedm 4 % respondentů. Graficky znázorněno v obrázku 30.

Otázka číslo 15: Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty.

○ Možnosti: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

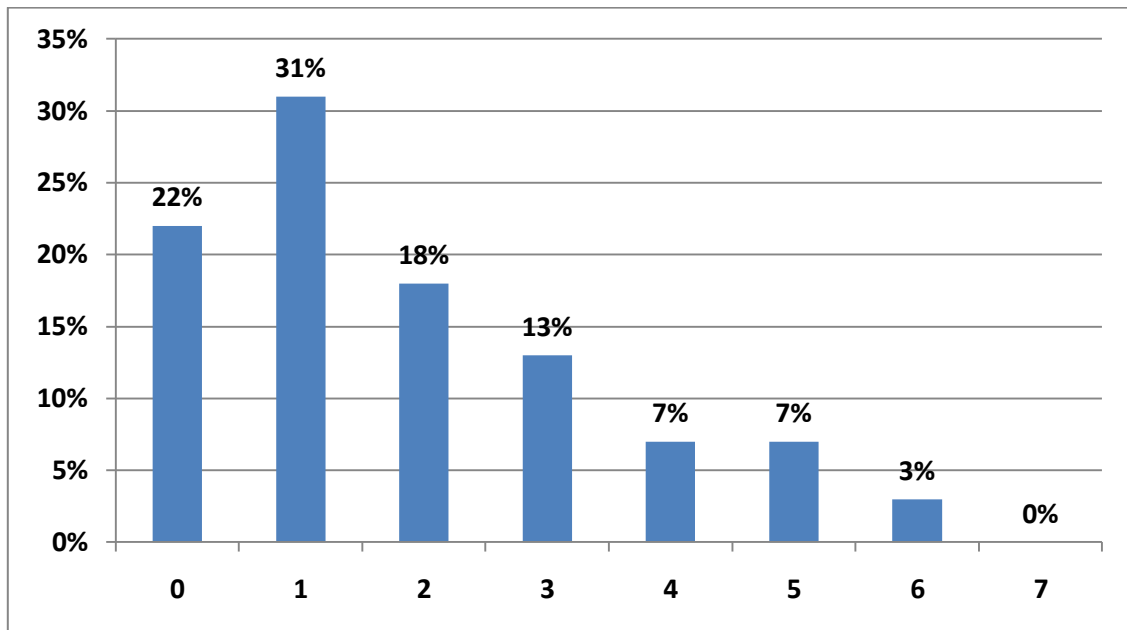


Obrázek 31: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 15.

V odpovědích na patnáctou otázku dotazníku MBI popsalo intenzitu svých pocitů číslem nula 22 % dotázaných, dále pak možnost jedna zvolilo 10 %, možnost dvě 26 %, možnost tři 13 %, možnost čtyři 10 %, možnost pět 7 %, možnost šest 8 % a možnost sedm 4 % respondentů. Graficky znázorněno v obrázku 31.

Otázka číslo 16: Práce s lidmi mi přináší silný stres.

○ Možnosti: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

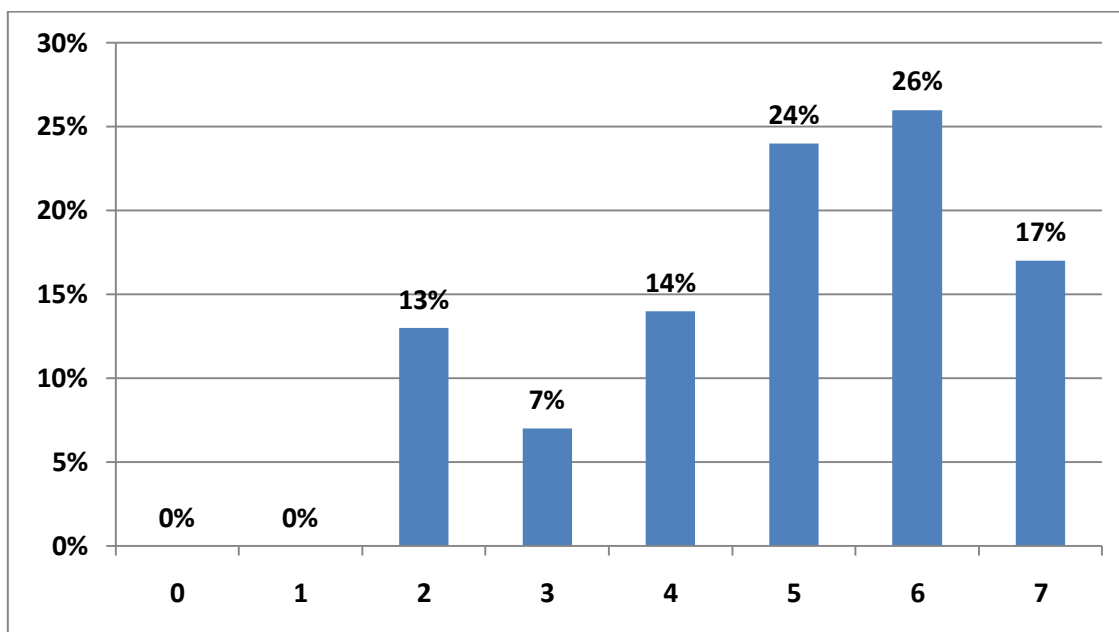


Obrázek 32: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 16.

V odpovědích na šestnáctou otázku dotazníku MBI popsalo intenzitu svých pocitů číslem nula 22 % dotázaných, dále pak možnost jedna zvolilo 31 %, možnost dvě 18 %, možnost tři 13 %, možnost čtyři 7 %, možnost pět 7 % a možnost šest 3 % respondentů. Možnost sedm nezvolil žádný z dotázaných. Graficky znázorněno v obrázku 32.

Otázka číslo 17: Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru.

○ Možnosti: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

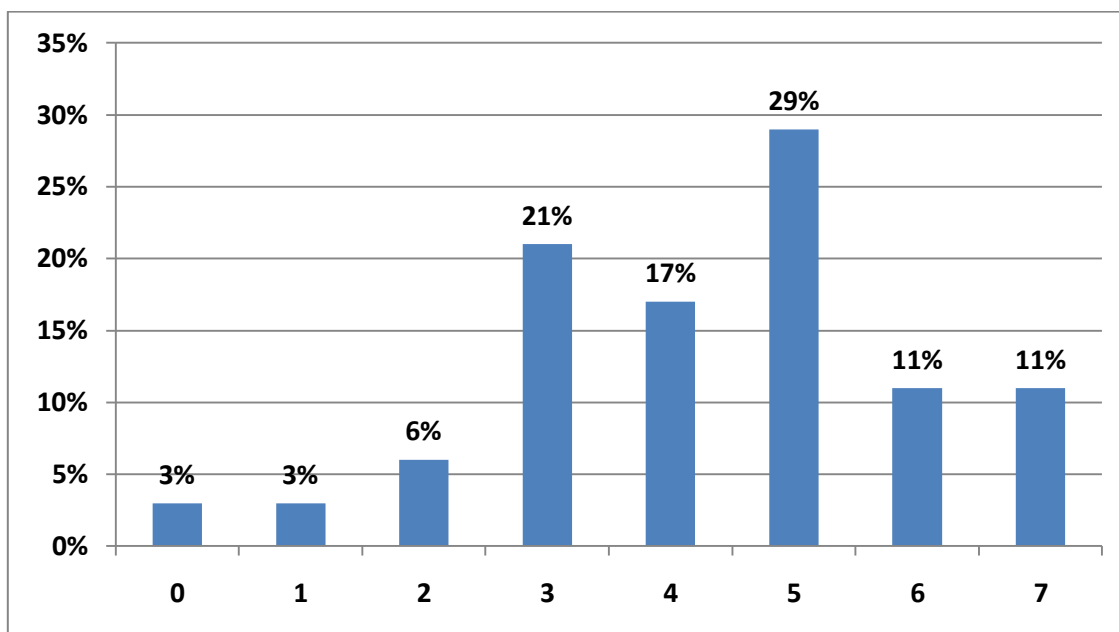


Obrázek 33: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 17.

V odpovědích na sedmnáctou otázku dotazníku MBI popsalo intenzitu svých pocitů číslem dvě 13 % dotázaných, dále pak možnost tři zvolilo 7 %, možnost čtyři 14 %, možnost pět 24 %, možnost šest 26 % a možnost sedm 17 % respondentů. Možnost nula a jedna nezvolil žádný z dotázaných. Graficky znázorněno v obrázku 33.

Otázka číslo 18: Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty.

○ Možnosti: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

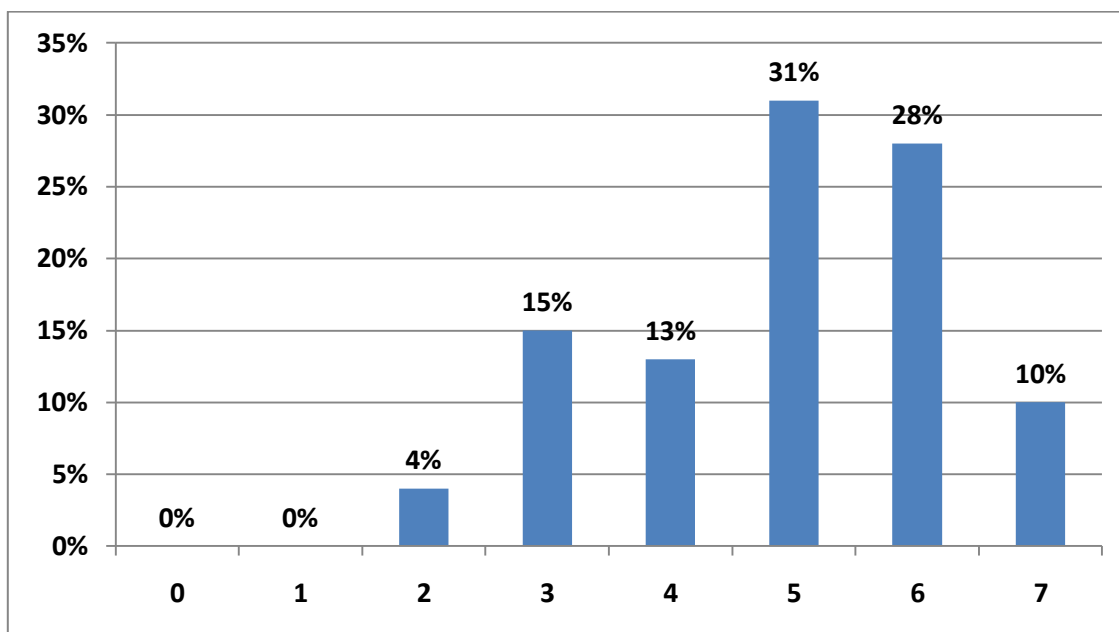


Obrázek 34: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 18.

V odpovědích na osmnáctou otázku dotazníku MBI popsalo intenzitu svých pocitů číslem nula 3 % dotázaných, dále pak možnost jedna zvolilo 3 %, možnost dvě 6 %, možnost tři 21 %, možnost čtyři 17 %, možnost pět 29 %, možnost šest 11 % a možnost sedm 11 % respondentů. Graficky znázorněno v obrázku 34.

Otázka číslo 19: Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého.

○ Možnosti: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

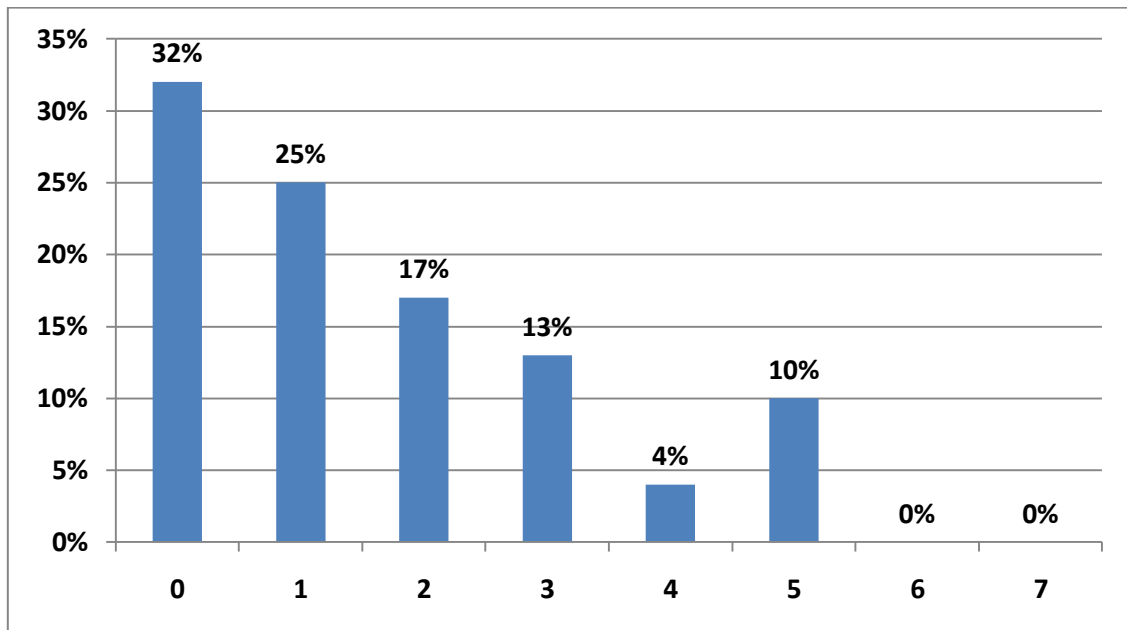


Obrázek 35: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 19.

V odpovědích na devatenáctou otázku dotazníku MBI popsalo intenzitu svých pocitů číslem dvě 4 % dotázaných, dále pak možnost tři zvolilo 15 %, možnost čtyři 13 %, možnost pět 31 %, možnost šest 28 % a možnost sedm 10 % respondentů. Možnost nula a jedna nezvolil žádný z dotázaných. Graficky znázorněno v obrázku 35.

Otázka číslo 20: Mám pocit, že jsem na konci svých sil.

○ Možnosti: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

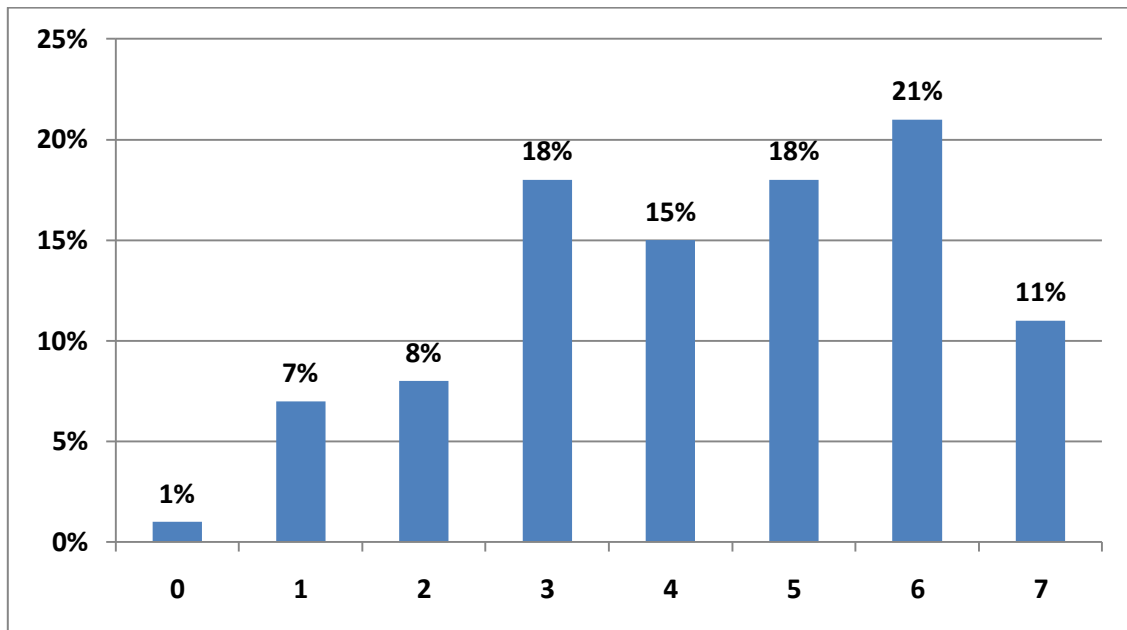


Obrázek 36: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 20.

V odpovědích na dvacátou otázku dotazníku MBI popsalo intenzitu svých pocitů číslem nula 32 % dotázaných, dále pak možnost jedna zvolilo 25 %, možnost dvě 17 %, možnost tři 13 %, možnost čtyři 4 % a možnost pět 10 % respondentů. Možnost šest a sedm nezvolil žádný z dotázaných. Graficky znázorněno v obrázku 36.

Otázka číslo 21: Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.

○ Možnosti: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

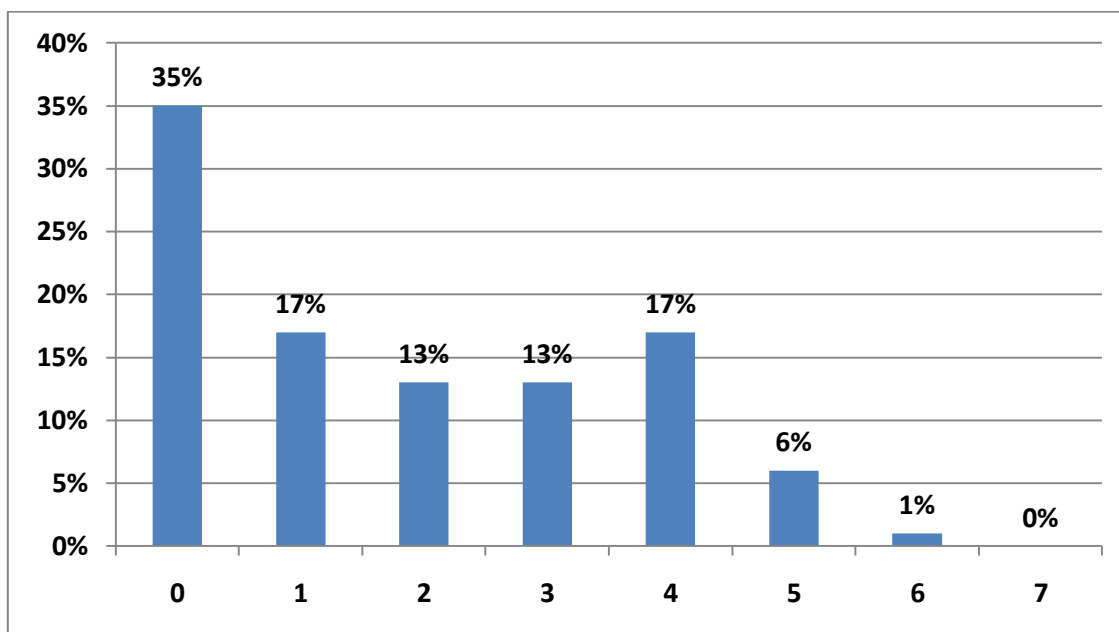


Obrázek 37: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 21.

V odpovědích na dvacátou první otázku dotazníku MBI popsalo intenzitu svých pocitů číslem nula 1 % dotázaných, dále pak možnost jedna zvolilo 7 %, možnost dvě 8 %, možnost tři 18 %, možnost čtyři 15 %, možnost pět 18 %, možnost šest 21 % a možnost sedm 11 % respondentů. Graficky znázorněno v obrázku 37.

Otázka číslo 22: Cítím, že klienti/pacienti mi přiřítají některé své problémy.

○ Možnosti: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně



Obrázek 38: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 22.

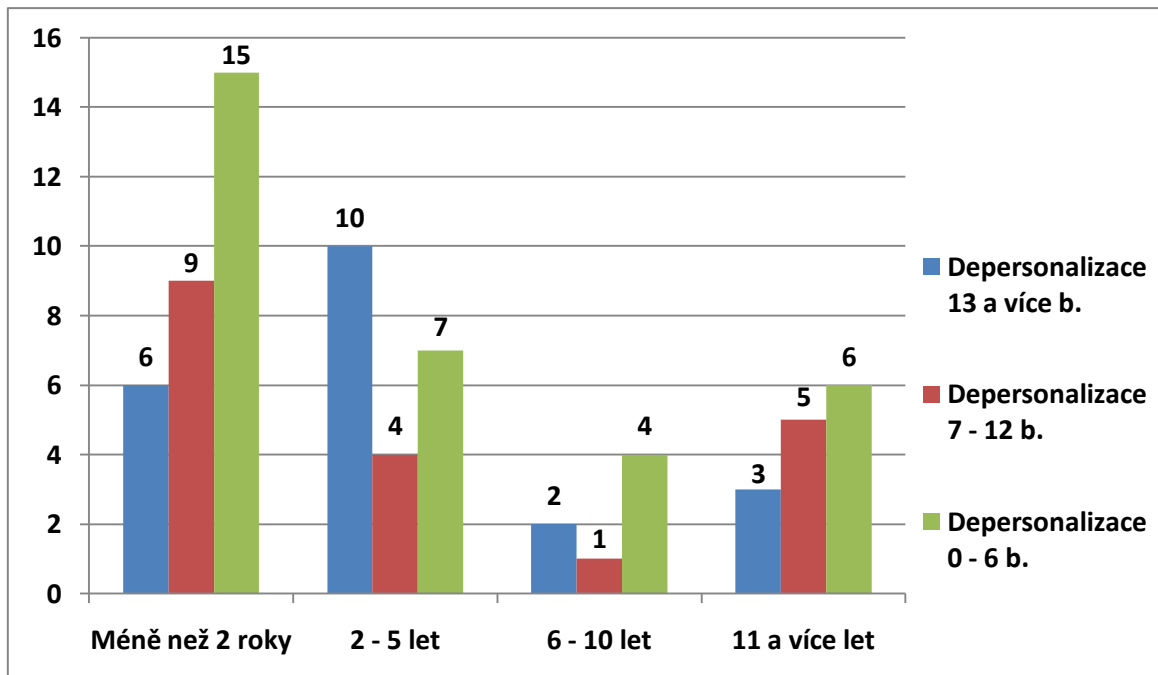
V odpovědích na dvacátou druhou otázku dotazníku MBI popsalo intenzitu svých pocitů číslem nula 35 % dotázaných, dále pak možnost jedna zvolilo 17 %, možnost dvě 13 %, možnost tři 13 %, možnost čtyři 17 %, možnost pět 6 % a možnost šest 1 % respondentů. Možnost sedm nezvolil žádný z dotázaných. Graficky znázorněno v obrázku 38.

4.8 Vyhodnocení hypotéz

4.8.1 Hypotéza č. 1

H_0 = Není žádná statisticky významná závislost mezi intenzitou depersonalizace a délkou praxe na pracovišti se zvýšenou psychickou zátěží.

H_A = Mezi intenzitou depersonalizace a délkou praxe na pracovišti se zvýšenou psychickou zátěží je statisticky významná závislost.



Obrázek 39: Grafické znázornění stupně depersonalizace v jednotlivých kategoriích, dle délky práce na daném oddělení.

Hypotéza číslo jedna zkoumá vztah mezi stupněm depersonalizace a délkou praxe na oddělení se zvýšenou psychickou zátěží. V kategorii nejvyššího stupně depersonalizace, tj. 13 a více bodů, pracuje 6 dotázaných na daném oddělení méně než dva roky, 10 dotázaných 2 až 5 let, 2 respondenti 6 až 10 let a 3 dotázaní 11 a více let. V kategorii středního rizika depersonalizace, tedy 7 až 12 bodů, se pohybuje 9 dotázaných, kteří pracují na oddělení méně než dva roky, 4 dotázaní 2 až 5 let, jeden respondent 6 až 10 let a 5 dotázaných 11 a více let. Do nejnižšího stupně depersonalizace, tedy 6 bodů a méně, náleží 15 dotázaných, kteří pracují na daném pracovišti méně než 2 roky, dále 7 dotázaných 2 až 5 let, 4 respondenti 6 až 10 let a 6 dotázaných 11 a více let. Graficky znázorněno v obrázku 39 a shrnuto v tabulce 1.

Tabulka 1: Skutečné absolutní četnosti výsledků vztahující se k hypotéze číslo 1.

Délka práce na oddělení v letech	Depersonalizace 13 a více bodů	Depersonalizace 7 až 12 bodů	Depersonalizace 0 až 6 bodů	Řádkové součty
Méně než 2	6	9	15	30
2 - 5	10	4	7	21
6 - 10	2	1	4	7
11 a více	3	5	6	14
Celkem	21	19	32	72

Tabulka 2: Očekávané absolutní četnosti výsledků vztahující se k hypotéze číslo 1.

Délka práce na oddělení v letech	Depersonalizace 13 a více bodů	Depersonalizace 7 až 12 bodů	Depersonalizace 0 až 6 bodů	Řádkové součty
Méně než 2	8,75000	7,91667	13,33333	30,00000
2 - 5	6,12500	5,54167	9,33333	21,00000
6 - 10	2,04167	1,84722	3,11111	7,00000
11 a více	4,08333	3,69444	6,22222	14,00000
Celkem	21,00000	19,00000	32,00000	72,00000

Hladina významnosti: 0,05 6 stupňů volnosti Tabulková kritická hodnota je 12,592

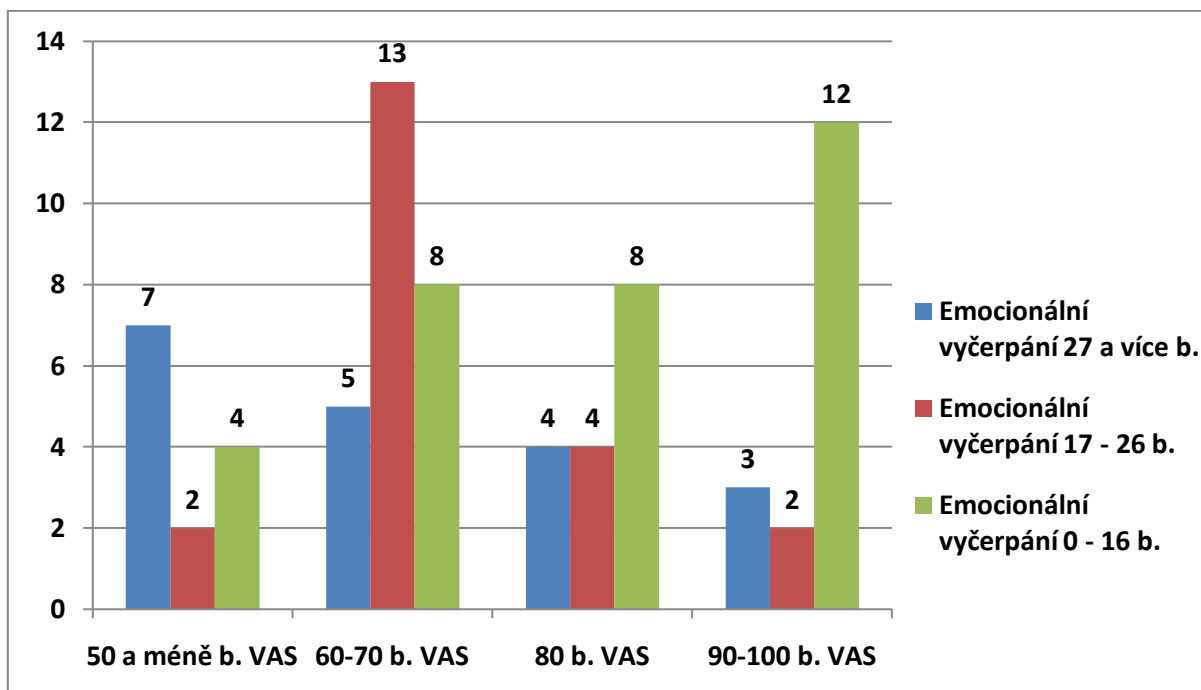
Paersonův chí –kvadrát : 6,084721

Podle vypočítaného pearsonova chí – kvadrátu je tabulková kritická hodnota vyšší než x^2 , přijímáme tedy $H_0 =$ **Není žádná statisticky významná závislost mezi intenzitou depersonalizace a délkou praxe na pracovišti se zvýšenou psychickou zátěží.**

4.8.2 Hypotéza č. 2

H_0 =Není statisticky významný vztah mezi spokojeností s prací a stupněm emocionálního vyčerpání u jednotlivých respondentů.

H_A = Mezi spokojeností s prací a stupněm emocionálního vyčerpání u jednotlivých respondentů je statisticky významný vztah.



Obrázek 40: Grafické vyjádření intenzity emocionálního vyčerpání a spokojenosti se zaměstnáním v kategoriích podle vizuální analogové škály 0 – 100.

Hypotéza číslo dvě zkoumá vztah mezi spokojeností s prací a stupněm emocionálního vyčerpání. V kategorii nejvyššího emocionálního vyčerpání, tedy 27 bodů a více je spokojeno 7 respondentů na 50 nebo méně bodů VAS, 5 dotázaných na 60 až 70 bodů, 4 na 80 bodů a 3 jsou spokojeni na 90 až 100 bodů ze 100 podle VAS. V kategorii středního rizika emocionálního vyčerpání odpověděli 2 dotázaní, že jsou spokojeni na 50 a méně bodů VAS, 13 na 60 až 70 bodů, 4 na 80 bodů a 2 jsou spokojeni na 90 až 100 bodů VAS. V nejnižší kategorii emocionálního vyčerpání jsou 4 dotázaní spokojeni se svou prací na 50 a méně bodů ze 100, 8 na 60 až 70 bodů, 8 na 80 bodů a 12 respondentů hodnotí svou spokojenost s prací na 90 až 100 bodů ze 100 VAS. Graficky znázorněno v obrázku 40 a shrnuto v tabulce 3.

Tabulka 3: Skutečné absolutní četnosti výsledků vztahující se k hypotéze číslo 2.

Spokojenost se zaměstnáním podle VAS	Emocionální vyčerpání 27 a více bodů.	Emocionální vyčerpání 17 až 26 bodů.	Emocionální vyčerpání 0 až 16 bodů.	Řádkové součty
80	4	4	8	16
50 a méně	7	2	4	13
60-70	5	13	8	26
90-100	3	2	12	17
Celkem	19	21	32	72

Tabulka 4: Očekávané absolutní četnosti výsledků vztahující se k hypotéze číslo 2.

Spokojenost se zaměstnáním podle VAS	Emocionální vyčerpání 27 a více bodů.	Emocionální vyčerpání 17 až 26 bodů.	Emocionální vyčerpání 0 až 16 bodů.	Řádkové součty
80	4,22222	4,66667	7,11111	16,00000
50 a méně	3,43056	3,79167	5,77778	13,00000
60-70	6,86111	7,58333	11,55556	26,00000
90-100	4,48611	4,95833	7,55556	17,00000
Celkem	19,00000	21,00000	32,00000	72,00000

Hladina významnosti: 0,05 6 stupňů volnosti Tabulková kritická hodnota je 12,592

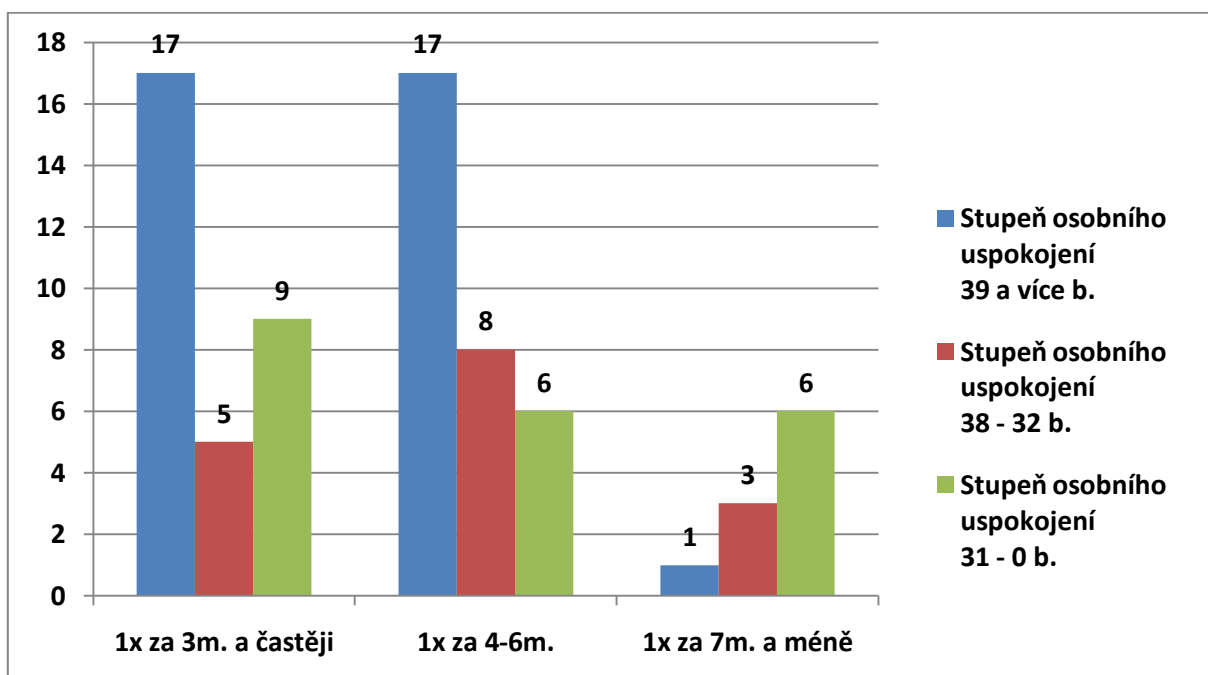
Pearsonův chí – kvadrát: 15,66526

Podle vypočítaného pearsonova chí – kvadrátu je tabulková kritická hodnota nižší než x^2 , přijímáme tedy $H_A =$ **Mezi spokojeností s prací a stupněm emocionálního vyčerpání u jednotlivých respondentů je statisticky významný vztah.**

4.8.3 Hypotéza č. 3

H_0 =Není statisticky významná závislost mezi intenzitou postgraduálního vzdělávání a stupněm osobního uspokojení.

H_A = Mezi intenzitou postgraduálního vzdělávání a stupněm osobního uspokojení je statisticky významná závislost.



Obrázek 41: Grafické vyjádření vztahu mezi osobním uspokojením v zaměstnání a frekvencí postgraduálního vzdělávání.

Hypotéza číslo tři zkoumá vztah mezi intenzitou celoživotního vzdělávání a stupněm osobního uspokojení. V kategorii nejvyššího osobního uspokojení, tedy 39 a více bodů, se pohybuje 17 dotázaných, kteří se věnují svému vzdělávání 1x za 3 měsíce nebo častěji. Dále 17 dotázaných se vzdělává 1x za 4 až 6 měsíců a 1 dotázaný 1x za 7 měsíců nebo méně často. Ve střední kategorii, 38 až 32 bodů, se 5 dotázaných vzdělává 1x za 3 měsíce a častěji, 8 respondentů 1x za 4 až 6 měsíců a 3 dotázaní 1x za 7 měsíců a méně často. V kategorii nejnižšího osobního uspokojení, tedy 31 až 0 bodů, udává 9 dotázaných, že se vzdělává 1x za 3 měsíce a častěji, 6 dotázaných 1x za 4 až 6 měsíců a 6 dotázaných 1x za 7 měsíců a méně často. Graficky znázorněno v obrázku 41 a tabulce 5.

Tabulka 5: Skutečné absolutní četnosti výsledků vztahující se k hypotéze číslo 3.

Frekvence vzdělávání	Stupeň osobního uspokojení 39 a více bodů.	Stupeň osobního uspokojení 38 až 32 bodů.	Stupeň osobního uspokojení 31 až 0 bodů.	Řádkové součty
1x za 3m. a častěji	17	5	9	31
1x za 4-6m.	17	8	6	31
1x za 7m. a méně	1	3	6	10
Celkem	35	16	21	72

Tabulka 6: Očekávané absolutní četnosti výsledků vztahující se k hypotéze číslo 3.

Frekvence vzdělávání	Stupeň osobního uspokojení 39 a více bodů.	Stupeň osobního uspokojení 38 až 32 bodů.	Stupeň osobního uspokojení 31 až 0 bodů.	Řádkové součty
1x za 3m. a častěji	15,06944	6,88889	9,04167	31,00000
1x za 4-6m.	15,06944	6,88889	9,04167	31,00000
1x za 7m. a méně	4,86111	2,22222	2,91667	10,00000
Celkem	35,00000	16,00000	21,00000	72,00000

Hladina významnosti: 0,05 4 stupně volnosti Tabulková kritická hodnota je 9,483

Pearsonův chí – kvadrát: 8,813779

Podle vypočítaného pearsonova chí – kvadrátu je tabulková kritická hodnota je vyšší než χ^2 , přijímáme tedy H_0 = **Není statisticky významná závislost mezi intenzitou postgraduálního vzdělávání a stupněm osobního uspokojení.**

4.9 Diskuze

V této části diplomové práce shrnuji odpovědi a porovnávám je s předem stanovenými výzkumnými cíli. Dále komentuji některé zajímavé poznatky, které z výzkumu vplynuly. V závěru diskuze porovnávám některé výsledky svého výzkumu s jiným autorem.

Výzkumný cíl číslo 1: Zjistit souvislosti mezi věkem, délkou práce na jednotlivých odděleních a mírou psychické zátěže.

K tomuto cíli se vztahuje vyhodnocení hypotézy číslo 1 a dále vyhodnocení otázek číslo 1, 2 a 5. Ze statistického vyhodnocení hypotézy číslo 1 vyplývá, že není žádná statisticky významná závislost mezi intenzitou depersonalizace a délkou praxe na pracovišti se zvýšenou psychickou zátěží (zobrazeno v obrázku 39 a v tabulce 1).

Dále při vyhodnocení odpovědí na otázku 1 bylo zjištěno, že celých 42 % dotázaných je mladších 30 let, což může poukazovat na náročnost práce na těchto odděleních, proto zde pracují spíše mladší ročníky (zobrazeno v obrázku 1). S tímto výsledkem souvisí také výsledky odpovědí na otázku číslo 5, kde 40 % dotázaných udává, že pracuje na svém pracovišti méně než dva roky a dále 31 % dotázaných uvádí jako délku své práce na daném oddělení 2 – 5 let (zobrazeno v obrázku 5).

Výzkumný cíl číslo 2: Objasnit vliv vzdělání na prevenci syndromu vyhoření.

K tomuto cíli se vztahuje vyhodnocení hypotézy číslo 3 a dále vyhodnocení odpovědí na otázky číslo 13 a 14. Ze statistického vyhodnocení hypotézy číslo 3 vyplývá, že není statisticky významná závislost mezi intenzitou postgraduálního vzdělávání a stupněm osobního uspokojení (zobrazeno v obrázku 41 a tabulce 5).

Dále při vyhodnocení otázky číslo 13 vyplývá, že 53 % dotázaných se nadále vzdělává ze svého zájmu, a jsou tedy pravděpodobně motivováni potřebou prohlubovat vlastní znalosti. Dalších 35 % respondentů uvádí, že se vzdělává, ale jen proto, že musí a 13 % tvrdí, že se dalších vzdělávacích akcí neúčastní (zobrazeno v obrázku 13). Z odpovědí na otázku 14, která zkoumá frekvenci návštěv kurzů, přednášek nebo školení, je zřejmé, že nejvíce dotázaných se účastní přednášek 1x za 4 – 6 měsíců (43 %) a 1x za 2 – 3 měsíce (39 %). Dále se 1x měsíčně nebo častěji vzdělávají 3 % dotázaných a 10 % respondentů 1x za 7 – 12 měsíců. Pouze 6 % respondentů se účastní přednášek, školení nebo kurzů méně často (zobrazeno v obrázku 14).

Výzkumný cíl číslo 3: Ověřit vliv spokojenosti se zaměstnáním a pracovním kolektivem na výsledky testu MBI.

K tomuto cíli se vztahuje vyhodnocení hypotézy číslo 2 a dále vyhodnocení odpovědí na otázky číslo 8, 9 a 12. Ze statistického vyhodnocení hypotézy číslo 2 vyplývá, že mezi spokojeností s prací a stupněm emocionálního vyčerpání u jednotlivých respondentů je statisticky významný vztah.

Z výsledků odpovědí na otázku 8 vyplývá, že se svou prací je spokojeno 28 % dotázaných na 70 bodů, 22 % dotázaných na 80 bodů a 19 % respondentů na 90 bodů ze 100. Dále je patrné, že 15 % dotázaných je spokojeno na 50 bodů, 8 % na 60 bodů a 4 % na 100 bodů ze 100. Pod 50 bodů ze 100 udává svou spokojenost s prací pouze 2 % dotázaných (zobrazeno v obrázku 8). Z těchto odpovědí je patrné, že až na výjimky jsou se svou prací všichni převážně spokojeni.

Podobné výsledky můžeme najít i při vyhodnocení otázky 9, kdy dotazovaní z pracoviště 1 označili odpověď A ve 21 % a odpověď B v 79 %. Dotazovaní z pracoviště 2 využili v 8 % odpověď A, ve 38 % B a v celých 54 % C. Dotazovaní z pracoviště 3 označili shodně v 50 % možnosti A i B. Dále 23 % respondentů z pracoviště 4 označilo odpověď A, 62 % odpověď B a 15 % odpověď C. Na žádném z pracovišť nemají, podle odpovědí dotazovaných, špatné vztahy a nikdo neoznačil odpověď D. Ovšem podle odpovědí je zřejmé, že nejhorší vztahy v rámci výzkumu mají dotazovaní na pracovišti 2 (zobrazeno v obrázku 9).

Při interpretaci odpovědí na otázku 12, která zkoumala, jestli chodí respondenti do práce rádi, zjišťujeme, že odpověď ano označilo celých 46 % a odpověď spíše ano 44 % dotázaných, což dohromady tvoří 90 %. Dále odpovědělo 6 % dotázaných, že spíše ne, ale odpověď ne neoznačil žádný z dotázaných (zobrazeno v obrázku 12).

Výzkumný cíl číslo 4: Zjistit metody prevence psychické zátěže na jednotlivých pracovištích.

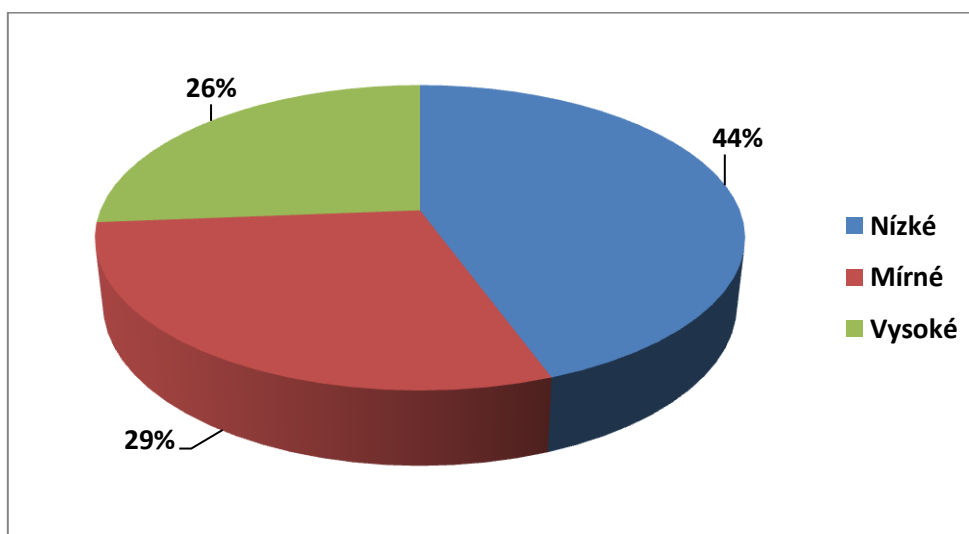
K tomuto cíli se vztahuje především otázka číslo 15.

V odpovědích na otázku číslo 15 bylo zjištěno, že téměř všichni respondenti udávají, že na jejich pracovišti se žádá forma duševní hygieny, práce se stresem a prevence syndromu vyhoření neprovádí. Pouze dotazovaní z pracoviště 1 uvádí v 11 %, že se u nich provádí takováto péče 1x za 6 měsíců, ale 74 % dotázaných naopak tvrdí, že u nich žádná taková setkání nejsou a 16 % uvádí, že jsou méně často než 1x za 6 měsíců (znázorněno v obrázku 15).

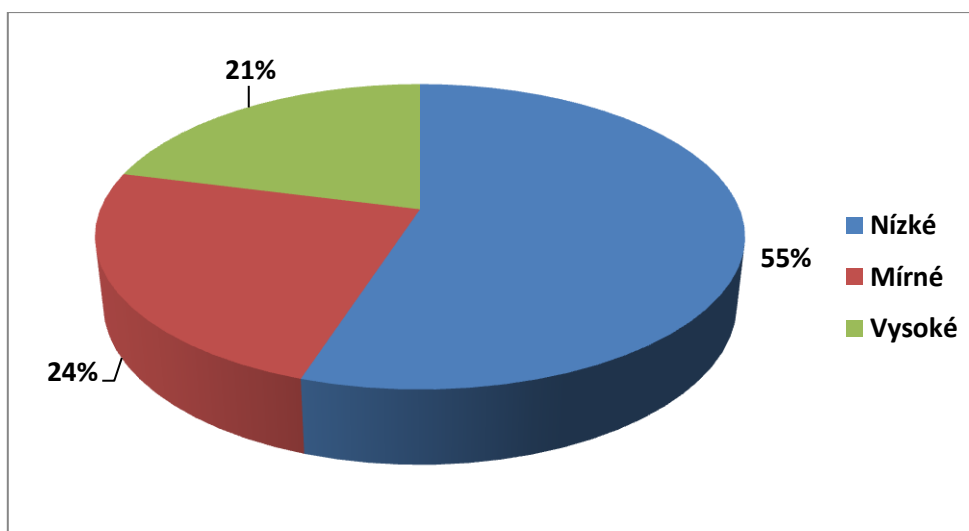
Z těchto výsledků je zřejmé, že na většině pracovišť se o psychické zdraví zaměstnanců příliš nepečuje. Vzhledem k tomu, že většina všech dotázaných z různých pracovišť tvrdí, že se u nich žádná preventivní setkání neprovádějí, domnívám se, že ostatní, kteří odpověděli ano, se účastní prevence duševní hygieny pouze neorganizovaně a dobrovolně, nebo došlo ke zkreslení odpovědí.

4.9.1 Porovnání výsledků

Výsledky testu MBI porovnávám s výzkumem Manové z roku 2009, která zkoumala syndrom vyhoření v práci zdravotních sester se seniory v okrese Kladno.

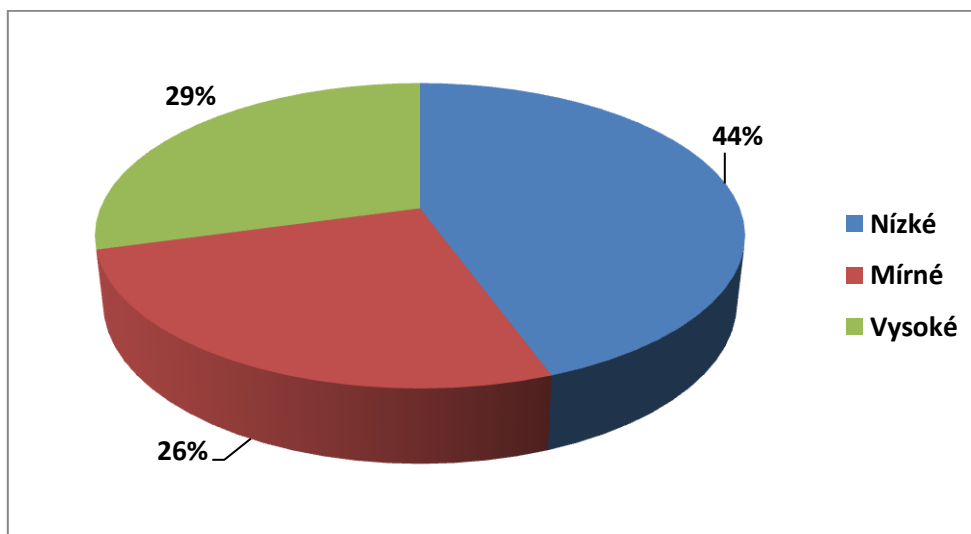


Obrázek 42: Relativní četnosti respondentů podle stupně emocionálního vyčerpání celého mého výzkumného souboru.

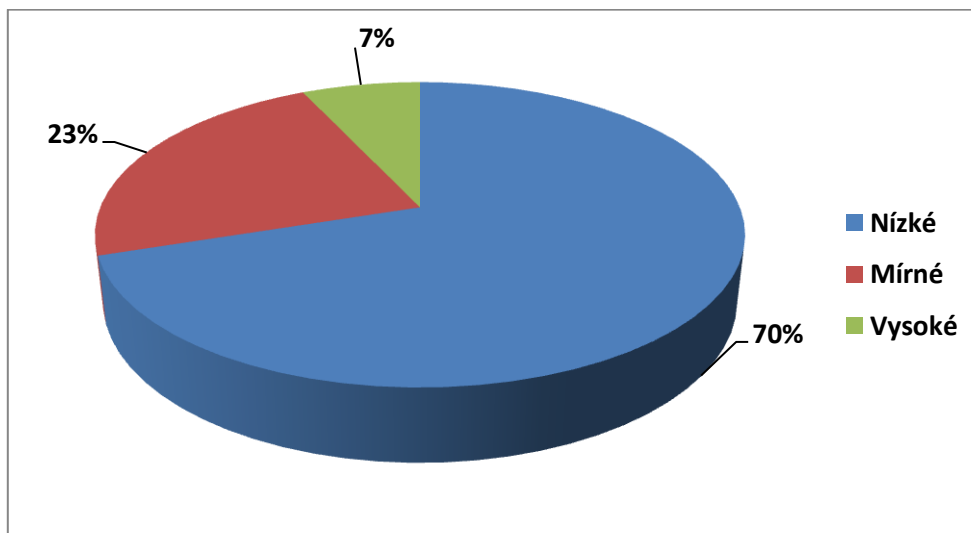


Obrázek 43: Relativní četnosti respondentů podle stupně emocionálního vyčerpání výzkumného souboru Manové (Manová, 2009).

Z porovnání vyplývá, že se hodnoty rozcházejí především v rámci nízkého a mírného stupně emocionálního vyčerpání. Rozdíly nejsou příliš vysoké a pohybují se převážně v hodnotách do 10 %. Graficky vyjádřeno v obrázcích 42 a 43.



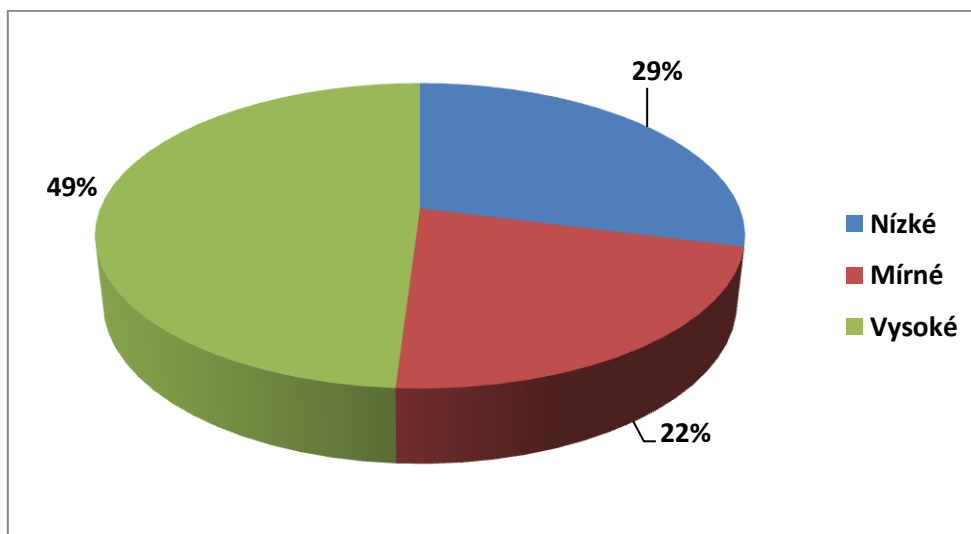
Obrázek 44: Relativní četnosti respondentů podle stupně depersonalizace celého mého výzkumného souboru.



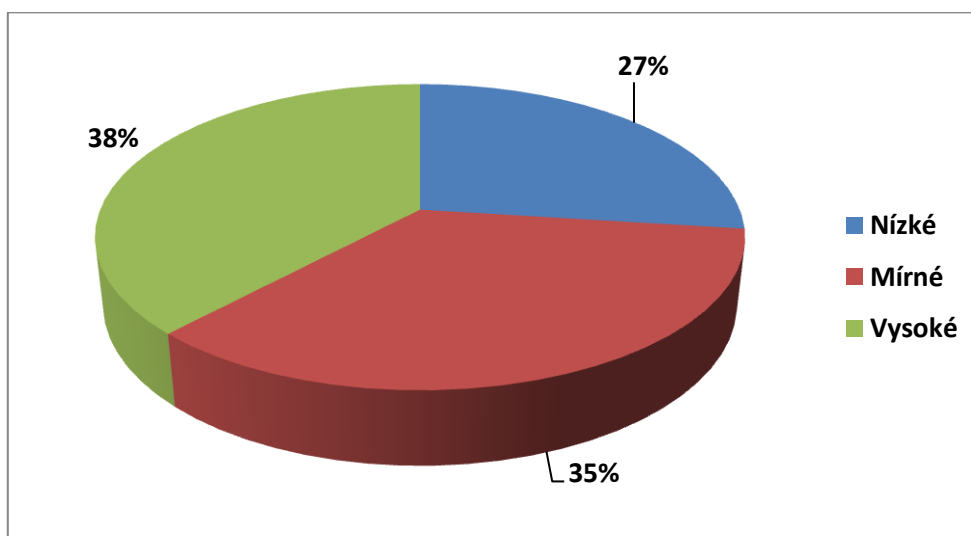
Obrázek 45: Relativní četnosti respondentů podle stupně depersonalizace výzkumného souboru Manové (Manová, 2009).

Při porovnání obou výzkumů je zřejmé, že ve výzkumu Manové je celých 70 % respondentů na úrovni nízkého stupně depersonalizace a pouze 23 % respondentů má mírný stupeň a 7 % dotázaných vysoký stupeň depersonalizace. V mém výzkumném souboru se mírný stupeň depersonalizace liší o 26 %. Mírný stupeň depersonalizace má 26 % respondentů a vysoký stupeň až 29 % dotázaných (zobrazeno v obrázcích 44 a 45).

Rozdíly v hodnotách jsou pravděpodobně z důvodu vyšší psychické zátěže na oddělení onkologicky nemocných a na hospicovém pracovišti, než na oddělení pečující o seniory. Druhou alternativou je příčina v nižším souboru respondentů.



Obrázek 46: Relativní četnosti respondentů podle stupně osobního uspokojení celého mého výzkumného souboru.



Obrázek 47: Relativní četnosti respondentů podle stupně osobního uspokojení výzkumného souboru Manové (Manová, 2009).

Při porovnání četnosti respondentů rozdělených podle stupně osobního uspokojení je zřejmé, že se hodnoty v kategorii nízkého osobního uspokojení liší jen o 2 %. V kategorii středního osobního uspokojení je v mém výzkumu 22 % dotázaných a ve výzkumu Manové 35 % respondentů. Vysokou míru uspokojení udávalo v mém výzkumu 49 % respondentů a ve výzkumu Manové 38 % dotázaných (zobrazeno v obrázku 46 a 47).

Z celkového porovnání výsledků vyplývá, že dotazovaní z mého výzkumného souboru sice udávali vyšší míru depersonalizace, ale také měli vyšší míru osobního uspokojení, které funguje v roli ochranného faktoru pro vyrovnání se s psychickou zátěží.

5 Závěr

Tématem mé práce je „Psychická zátěž zdravotnických pracovníků pečujících o těžce a terminálně nemocné.“ Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Cílem teoretické části bylo definovat základní pojmy týkající se psychiky zdravotnických pracovníků, teorie stresu, syndromu vyhoření a výklad pojmů související s paliativní péčí. Dále jsem se zabýval popisem příznaků, diagnostiky, projevů a průběhu nadměrného pracovního stresu, který je jedním z příčin syndromu vyhoření a možných psychosomatických onemocnění. Také jsem se věnoval dopady těchto obtíží na práci zdravotnických pracovníků a na možnosti prevence a léčby těchto poruch.

Pro praktickou část jsem si stanovil čtyři výzkumné cíle a tři hypotézy. Prvním cílem bylo zjistit souvislosti mezi věkem, délkou práce na jednotlivých odděleních a mírou psychické zátěže. K tomuto cíli se vztahuje hypotéza číslo 1. Při vyhodnocení dat jsem zjistil, že celých 42 % dotázaných je mladších 30 let, což může poukazovat na náročnost práce na těchto odděleních, proto zde pracují spíše mladší ročníky. Dále je z výsledků patrné, že 40 % dotázaných udává, že pracuje na svém pracovišti méně než dva roky a dále 31 % dotázaných uvádí jako délku své práce na daném oddělení 2 – 5 let. Tento cíl jsem splnil.

Druhým cílem bylo objasnit vliv vzdělání na prevenci syndromu vyhoření. K tomuto cíli se vztahují výsledky hypotézy číslo 3. Dále při vyhodnocení otázky číslo 13 vyplývá, že 53 % dotázaných se nadále vzdělává ze svého zájmu, a jsou tedy pravděpodobně motivováni potřebou prohlubovat vlastní znalosti. Domnívám se, že tento cíl byl splněn.

Třetím cílem bylo ověřit vliv spokojenosti se zaměstnáním a pracovním kolektivem na výsledky testu MBI. K tomuto cíli se vztahuje vyhodnocení hypotézy číslo 2. Z výsledků odpovědí na otázku 8 vyplývá, že se svou prací je spokojeno 28 % dotázaných na 70 bodů, 22 % dotázaných na 80 bodů a 19 % respondentů na 90 bodů ze 100. Dále je patrné, že 15 % dotázaných je spokojeno na 50 bodů, 8 % na 60 bodů a 4 % na 100 bodů ze 100. Domnívám se, že tento cíl byl splněn.

Čtvrtým cílem bylo zjistit metody prevence psychické zátěže na jednotlivých pracovištích. Při vyhodnocování odpovědí, které se vztahovaly k tomuto výzkumnému cíli, jsem zjistil, že se prevence nadměrného pracovního stresu a syndromu vyhoření na žádném oddělení běžně neprovádí. Což je podle mého názoru negativní zjištění a myslím si, že alespoň v nižší míře, například po konfliktech nebo vypjatých situacích na oddělení, by se měla provádět nějaká forma duševní hygieny.

Jestliže se nějaká forma dušení hygieny, prevence nadměrného stresu a syndromu vyhoření na odděleních organizovaně neprovádí, je především na jednotlivcích, jestli se něčemu takovému ve svém volném čase věnují. Proto jsem se rozhodl vytvořit doporučení pro prevenci syndromu vyhoření a nadměrnému pracovnímu stresu pro zaměstnance ve zdravotnictví (příloha 3).

Soupis bibliografických citací

Literární zdroje

1. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 86 s. ISBN 80-701-3439-9.
2. BYSTRICKÝ, Z. *O organizaci paliativní péče: Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům*. Praha : Cesta domů, 2004.
3. CLEGG, B. *Stress management*. 1. vyd. Překlad Jana Kalová. Brno : CP Books, 2005, 111 s. ISBN 80-251-0617-9.
4. DANZER, G. *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001, 244 s. ISBN 80-717-8456-7.
5. FALEIDE, A. O.; LIAN, L. B.; FALEIDE, E. K. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. 1. vyd. Praha : Grada, 2010, 240 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4728-643.
6. GULÁŠOVÁ, I. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. Martin : Osveta, 2009, 99 s. ISBN 978-808-0633-059.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života - líc smrti*. 1. vyd. Praha : Orbis, 1975, 176 s.
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie : Nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vyd. Praha : Galén, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
9. HRONOVSKÁ, L. LIGA PROTI RAKOVINĚ. *Paliativní onkologická terapie*. Praha, 2010.
10. CHROMÝ, K.; HONZÁK, R. *Somatizace a funkční poruchy*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005, 216 s. ISBN 80-247-1473-6.
11. JEKLOVÁ, M.; REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 32 s. ISBN 80-869-9174-1
12. KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. 1. vyd. Překlad Petr Babka. Praha : Portál, 2007, 139 s. ISBN 978-807-3672-997.

13. KALVACH, Z. *Respektování lidské důstojnosti: Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně sociálních oborů*. Praha : Cesta domů, 2004.
14. KALVACH, Z.; SLÁMA., O. *Vzdělávání v paliativní péči: Návrh vzdělávacích programů pro pregraduální a postgraduální přípravu lékařů*. Praha : Cesta domů, 2004.
15. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha : Academia, 2005, 261 s. ISBN 80-200-1307-5.
16. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha : Grada, 1998, 131 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-716-9551-3.
17. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie moudrosti a dobrého života*. 1. vyd. Praha : Grada, 2009, 138 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4723-624.
18. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
19. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha : Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-717-8774-4.
20. KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
21. KŘIVOHLAVÝ, J.; PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004, 78 s. Sestra. ISBN 80-247-0784-5.
22. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
23. LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. doplň. vyd. Příbram : Grada Publishing, 2008. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
24. MACHAČOVÁ, H. *Behavioural prevention of stress*. 1st ed. Prague : Karolinum Press, 1999, 190 s. ISBN 80-718-4821-2.
25. MARKOVÁ, A. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. Praha : Cesta domů, 2009. ISBN 978-80-254-4552-5.

26. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
27. MENTZOS, S. *Dynamika duševní nemoci*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005, 127 s. Spektrum (Portál). ISBN 80-717-8992-5.
28. NAKONEČNÝ, M. *Psychologie: přehled základních oborů*. 1. vyd. Praha : Triton, 2011, 863 s. ISBN 9788073874438.
29. O'CONNOR, M. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha : Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
30. PLAMÍNEK, J. *Sebezpoznání, sebeřízení a stres: praktický atlas sebezvládnutí*. 2. aktualiz. a doplň. vyd. Praha : Grada, 2008, 178 s. ISBN 978-80-247-2593-2.
31. PONĚŠICKÝ, J. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. 1. vyd. Praha : Triton, 2002, 120 s. Psychologická setkávání, sv. 1. ISBN 80-725-4216-8.
32. RICHARDS, M. *Stres*. 1. vyd. Praha : Portál, 2006, 110 s. Management do kapsy, 5. ISBN 80-736-7082-8.
33. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. přeprac. vyd. Praha : Portál, 2004. 392 s. ISBN 80-7178-829-5.
34. SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000, 171 s. ISBN 80-717-8312-9.
35. SKÁLA, B. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011 : [novelizace 2011]*. Praha : Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2011, 20 s. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0 (BROŽ.).
36. SLÁMA, O et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2007, 362 s. ISBN 978-807-2625-055.
37. SLÁMA, O.; ŠPINKA, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha : Cesta domů, 2004, 43 s. ISBN 80-239-4330-8.
38. STOCK, Ch. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha : Grada, 2010, 103 s. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
39. STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Jiří Krejčí. 1. vyd. Praha : Portál,

1999. 319 s. ISBN 80-7178-274-2.
40. SVOBODNÝ, P.; HLAVÁČKOVÁ, L. *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha : Triton, 2004, 247 s. ISBN 80-725-4424-1.
41. ŠOLCOVÁ, I. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. 1. vyd. Praha : Grada, 2009, 102 s. ISBN 978-80-247-2947-3.
42. ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š. *Standardy domácí paliativní péče: podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. Praha : Cesta domů, 2004, 35 s. ISBN 80-239-4329-4.
43. VACÍNOVÁ, M.; TRPIŠOVSKÁ, D.; FARKOVÁ, M. *Psychologie*. 2. rozšíř. vyd. Praha : Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, 240 s. ISBN 978-80-7452-008-2.
44. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000, 528 s. ISBN 80-717-8308-0.
45. VENGLÁŘOVÁ, M, et al. *Sestry v nouzi : Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
46. VORLÍČEK, J.; ADAM,Z.; POSPÍŠILOVÁ,Y. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. a doplň. vyd. Praha : Grada-Avicenum, 2004, 537 s. ISBN 80-247-0279-7.
47. VÝROST, J.; SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2. přeprac. a rozšíř. vyd. Havlíčkův Brod : Grada Publishing, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
48. *Cancer management: a multidisciplinary approach : medical, surgical*. 4th ed. Pazdur, R.; Coia, R. L.; Hoskins, J. W.; Wagman, D. L. Melville, NY (USA) : PRR, 2000, 1014 s. ISBN 18-914-8305-6.
49. *Psychosomatický přístup k člověku*. 1. vyd. Editor Růžička J. Praha : Triton, 2006, 316 s. Psyché (Triton), sv. č. 39. ISBN 80-725-4750-X.
50. *Stres zdravotníků 1998: [sborník symposia], Karlovy Vary, 6.-7. února 1998*. 1. vyd. Praha : Galén, 1998, 148 s. ISBN 80-858-2474-4.

Online zdroje

1. HALBESLEBEN, J. R. B. a E. DEMEROUTI. The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work* [online]. 2005, roč. 19, č. 3, s. 208-220 [cit. 2012-02-18]. ISSN 0267-8373. DOI: 10.1080/02678370500340728. Dostupné z: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02678370500340728>>

2. MANOVÁ, Jitka. Syndrom vyhoření v práci sester se seniory v regionu Kladno [online]. 4.4.2009 [cit. 2012-03-25]. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/258536/lf_m/Bc._JITKA_MANOVA__SYNDROM_VYHORENI.pdf> Diplomová. Masarykova Univerzita Lékařská fakulta. Vedoucí práce Marie Macková.
3. SVOBODA, M. Citáty slavných osobností: Výroky, myšlenky, přísloví a aforismy. *Http://citaty.net* [online]. 2012 [cit. 2012-02-19]. Dostupné z: <<http://citaty.net/autori/hans-selye/>>
4. *Zemřelí v roce: 2000-2010* [online]. 2011, 104 s.[cit. 2012-04-04]. ISBN 1210-9967. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli>>
5. ŽÍDKOVÁ, Z. Maslach Burnout Inventory. [online]. 5 s. [cit. 2012-03-18]. Dostupné z: <www.psvz.cz/zidkova/doc/mbi.rtf>

Seznam tabulek

Tabulka 1: Skutečné absolutní četnosti výsledků vztahující se k hypotéze číslo 1.	86
Tabulka 2: Očekávané absolutní četnosti výsledků vztahující se k hypotéze číslo 1.	86
Tabulka 3: Skutečné absolutní četnosti výsledků vztahující se k hypotéze číslo 2.	88
Tabulka 4: Očekávané absolutní četnosti výsledků vztahující se k hypotéze číslo 2.	88
Tabulka 5: Skutečné absolutní četnosti výsledků vztahující se k hypotéze číslo 3.	90
Tabulka 6: Očekávané absolutní četnosti výsledků vztahující se k hypotéze číslo 3.	90

Seznam obrázků

Obrázek 1: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 1.	47
Obrázek 2: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 2.	48
Obrázek 3: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 3.	49
Obrázek 4: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 4.	50
Obrázek 5: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 5.	51
Obrázek 6: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 6.	52
Obrázek 7: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 7.	53
Obrázek 8: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 8.	54
Obrázek 9: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 9.	55
Obrázek 10: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 10.	56
Obrázek 11: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 11.	57
Obrázek 12: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 12.	58
Obrázek 13: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 13.	59
Obrázek 14: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 14.	60
Obrázek 15: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 15.	61
Obrázek 16: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku číslo 16.	62
Obrázek 17: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 1.	63
Obrázek 18: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 2.	64
Obrázek 19: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 3.	65
Obrázek 20: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 4.	66
Obrázek 21: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 5.	67

Obrázek 22: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 6.....	68
Obrázek 23: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 7.....	69
Obrázek 24: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 8.....	70
Obrázek 25: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 9.....	71
Obrázek 26: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 10.....	72
Obrázek 27: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 11.....	73
Obrázek 28: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 12.....	74
Obrázek 29: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 13.....	75
Obrázek 30: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 14.....	76
Obrázek 31: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 15.....	77
Obrázek 32: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 16.....	78
Obrázek 33: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 17.....	79
Obrázek 34: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 18.....	80
Obrázek 35: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 19.....	81
Obrázek 36: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 20.....	82

Obrázek 37: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 21.....	83
Obrázek 38: Grafické znázornění relativních četností odpovědí na otázku dotazníku MBI číslo 22.....	84
Obrázek 39: Grafické znázornění stupně depersonalizace v jednotlivých kategoriích, dle délky práce na daném oddělení.	85
Obrázek 40: Grafické vyjádření intenzity emocionálního vyčerpání a spokojenosti se zaměstnáním v kategoriích podle vizuální analogové škály 0 – 100.	87
Obrázek 41: Grafické vyjádření vztahu mezi osobním uspokojením v zaměstnání a frekvencí postgraduálního vzdělávání.	89
Obrázek 42: Relativní četnosti respondentů podle stupně emocionálního vyčerpání celého mého výzkumného souboru.	93
Obrázek 43: Relativní četnosti respondentů podle stupně emocionálního vyčerpání výzkumného souboru Manové (Manová, 2009).	93
Obrázek 44: Relativní četnosti respondentů podle stupně depersonalizace celého mého výzkumného souboru.....	94
Obrázek 45: Relativní četnosti respondentů podle stupně depersonalizace výzkumného souboru Manové (Manová, 2009).	94
Obrázek 46: Relativní četnosti respondentů podle stupně osobního uspokojení celého mého výzkumného souboru.....	95
Obrázek 47: Relativní četnosti respondentů podle stupně osobního uspokojení výzkumného souboru Manové (Manová, 2009).	95

Seznam zkratek

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
b.	bodů
BM	Burnout Measure
BQ	index vyhaslosti
č.	číslo
DP	depersonalizace
EE	emotional exhaustion
m.	měsíc
MBI	Maslach Burnout Inventory
PA	personal accomplishment
PhDr.	doktor filozofie
s.	stránka
tj.	to je
VAS	vizuální analogová škála

Seznam příloh

1. Použitý dotazník.....	110
2. Klíč k dotazníku MBI.....	114
3. Doporučení pro zaměstnance ve zdravotnictví.....	volně vloženo

Přílohy

1 Použitý dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Vít Blanař a jsem studentem Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Jsem ve druhém ročníku navazujícího magisterského studia v oboru Ošetřovatelství. Rád bych Vás touto cestou poprosil o vyplnění tohoto dotazníku, který bude součástí výzkumu v mé diplomové práci na téma „Psychická zátěž zdravotnických pracovníků pečujících o těžce a terminálně nemocné“. Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou zveřejněny pouze v mé práci. Prosím viditelně označte pouze jednu odpověď, pokud v zadání není uvedeno jinak. Případné další poznámky a názory prosím napište na druhou stranu tohoto dotazníku. Předem děkuji, za Vaši spolupráci.

1. Jaký je Váš věk?

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

2. Jak dlouho jste zaměstnán/a ve zdravotnictví?

- Méně než 5 let
- 5 – 10 let
- 11 – 20 let
- 21 – 30 let
- 31 a více let

3. V jakém zařízení pracujete?

- Onkologická klinika nemocnice fakultního typu
- Onkologická klinika nemocnice krajského typu
- Soukromé zařízení onkologické léčby
- Hospicové zařízení

4. Na jakém typu oddělení pracujete?

- Lůžkové oddělení
- Ambulantní oddělení
- Vyšetřovací nebo intervenční pracoviště (ozařovny, radiologie apod.)

5. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?

- Méně než 2 roky
- 2 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 20 let
- 21 – 30 let
- 31 a více let

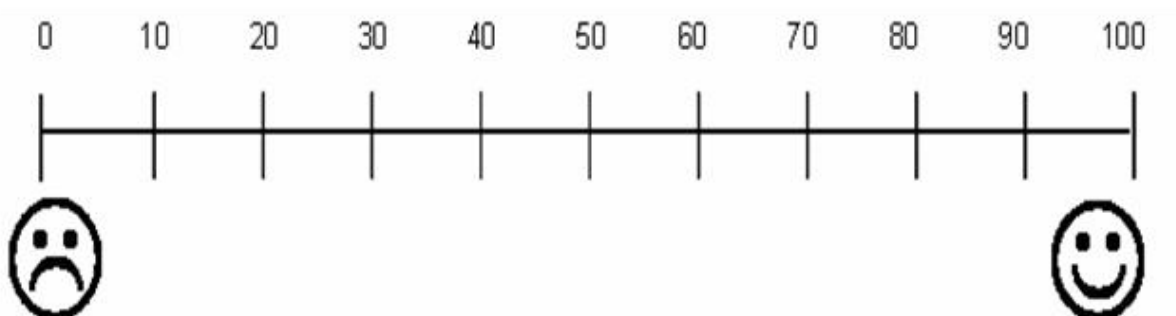
6. Jaké je Vaše pracovní zařazení?

- Zdravotnický asistent
- Všeobecná sestra
- Staniční nebo vrchní sestra
- Lékař

7. Jak často se setkáváte s úmrtím pacienta?

- 3x za týden nebo častěji
- 1 – 2x týdně
- 2x – 3x za měsíc
- Méně často

8. Označte na škále, jak moc jste se svou prací spokojen/a?



9. Jak byste popsal/a Vaše vztahy na pracovišti?

- Máme kladné vztahy, rád/a se všemi spolupracuji, můžeme se na sebe spolehnout.
- Máme smíšené vztahy, rád/a pracuji s většinou ostatních zaměstnanců, ale můžu se spolehnout na všechny.
- Máme horší vztahy, mám užší okruh lidí, se kterými spolupracuji rád/a, vždy si raději vše překontroluji nebo udělám sám/a.
- Máme mezi sebou špatné vztahy, s většinou ostatních spolupracuji jen z nutnosti, na ostatní se nemohu spolehnout.

10. Myslíte si, že Vás ostatní správně hodnotí?

- Ano, hodnotí mě objektivně.
- Ne, spíše mě podceňují.
- Ne, spíše mě přeceňují.

11. Myslíte si, že někteří z Vašich spolupracovníků jeví známky pracovního přetížení, chronického stresu nebo syndromu vyhoření?
- Ano
 - Spíše ano
 - Nevím
 - Spíše ne
 - Ne
12. Chodíte do práce rád/ráda?
- Ano
 - Spíše ano
 - Nevím
 - Spíše ne
 - Ne
13. Zajímáte se aktivně o další vzdělávání ve Vašem oboru?
- Ano, protože mám osobní zájem.
 - Ano, protože musím.
 - Ne
14. Jak často navštěvujete vzdělávací kurzy, přednášky, školení?
- 1x měsíčně a častěji
 - 1x za 2 – 3 měsíce
 - 1x za 4 – 6 měsíců
 - 1x za 7 – 12 měsíců
 - Méně často
15. Jak často jsou na Vašem pracovišti setkání pracovníků za účelem duševní hygieny, práce se stresem, prevence syndromu vyhoření?
- 3x za měsíc a častěji
 - 1 – 2x za měsíc
 - 1 – 2x za 3 měsíce
 - 1x za 6 měsíců
 - Méně často
 - Nejsou
16. Kolikrát za den si vzpomenete na práci ve chvílích vašeho volna?
- Méně než 2x
 - 3x – 4x
 - 5x – 6x
 - 7x a více

MBI

V tomto dotazníku doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení čísla, označující sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

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

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

2 Klíč k dotazníku MBI

Maslach Burnout Inventory

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

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

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

Převod tohoto známého dotazníku, který je v literatuře velmi často užíván k výzkumům v oblasti stresu a pracovních problémů, je uveden níže. U nás se s tímto dotazníkem pracuje málo, převážně ve výzkumných pracích studentů, případně ve zdravotnictví, proto nejsou k dispozici žádné české normy. Dotazník proto slouží pouze jako ukázkou pro zájemce o pomůcky v této oblasti.

MBI

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

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

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

MBI – Jednotlivé dimenze dotazníku

EE = Emocionální vyčerpání (Emotional Exhaustion)

DP = Depersonalizace

PA = Osobní uspokojení (Personal Accomplishment)

(PE Některí autoři, viz japonská studie (2) vyčleňují ještě - Fyzické vyčerpání (Physical Exhaustion), většina je započítává do EE

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

Vyhodnocení dotazníku

Syndrom vyhoření je složitým psychologickým konstruktem, proto jsou sub-škály kombinovány tak, aby postihly více oblastí a nezjišťuje se celkový skór. Protože pocity vyhoření jsou vnímány jako kontinuum, MBI měří na každé škále úroveň vyhoření ve třech stupních – vysoký, mírný, nízký. Pro emocionální vyhoření a depersonalizaci korespondují vysoké hodnoty s vysokým stupněm vyhoření, naopak u osobního uspokojení korespondují s vyhořením nízké hodnoty.

Vyhodnocení spočívání v součtu všech bodových hodnocení v jednotlivých sub-škálách.

Stupeň emocionálního vyčerpání EE

Nízký	0 - 16	průměrná hodnota = 19,0
Mírný	17 - 26	
Vysoký	27 a více = vyhoření!	vzorek1 22,0 % , vzorek2 21,8 %

Stupeň depersonalizace DP

Nízký	0 - 6	průměrná hodnota = 6,6
Mírný	7 - 12	
Vysoký	13 a více = vyhoření!	vzorek1 8,0 % , vzorek2 13,7 %

Stupeň osobního uspokojení PA

Vysoký	39 a více	
Mírný	38 - 32	průměrná hodnota = 36,8
Nízký	31 - 0 = vyhoření!	vzorek1 34 % , vzorek2 45,8 %

Normativní (průměrné) hodnoty uvedené v tabulce jsou získány ze studie: Publisher, Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, CA 94303 from MBI-Human Services Survey by Christina Maslach and Susan E. Jackson. Copyright 1996 by Consulting Psychologists Press,

Vzorek1 = česky vzorek 50 osob (z osobních referencí)
Vzorek2 = vzorek ze zahraniční studie (1)
(procento osob se syndromem vyhoření v daném faktoru)

Literatura:

(1) <http://www.lib.niu.edu/ipo/ip010725.html>

(2) Higashiguchi K. a kol.: Burnout and Related Factors among Hospital Nurses. J.Occup Health,1999,41,215 - 224