

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Syndrom vyhoření u vybraných zdravotnických pracovníků
v urgentní a intenzivní péči

Klára Hynková, DiS.

Bakalářská práce

2014

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Klára Hynková**
Osobní číslo: **Z11155**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Syndrom vyhoření u vybraných zdravotnických pracovníků
v urgentní a intenzivní péči**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

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

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

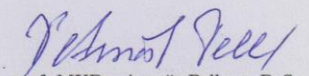
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:


1. **BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-701-3439-9.**
2. **JANÁČKOVÁ, Laura. Základy zdravotnické psychologie. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-807-3871-796.**
3. **KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Hořet, ale nevyhořet. 2., přeprac. vyd. V KNA 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. ISBN 978-807-1955-733.**
4. **STOCK, Christian. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3553-5.**
5. **VENGLÁŘOVÁ, Martina. Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4731-742.**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jana Kaššová**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2012**
Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2014**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 28. ledna 2014

Prohlašuji:

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

Byla jsem seznámena 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 Pardubicích dne 5. 5. 2014

.....

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Janě Kaššové za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat všem oslovených zdravotníkům z nemocnice a kolegům ze zdravotnické záchranné služby, za jejich ochotu a spolupráci. Zvláštní poděkování patří mému manželovi a synovi za trpělivost a podporu.

ANOTACE

Bakalářská práce má název - Syndrom vyhoření u vybraných zdravotnických pracovníků v urgentní a intenzivní péči. Práce je složena z teoretické a praktické části. Teoretická část je věnována definicím, příznakům, rizikovým faktorům, diagnostice, léčbě a prevenci. Pro praktickou část byla zvolena metoda dotazníkového šetření, která se skládá z nestandardizované části a standardizovaného dotazníku Burnout Measure. Dotazníky byly distribuovány na oddělení akutní péče nemocnice oblastního typu a na zdravotnickou záchrannou službu.

KLÍČOVÁ SLOVA

Syndrom vyhoření, zdravotnický pracovník, stres, akutní péče, zdravotnická záchranná služba

TITLE

Burnout of selected health workers in emergency and intensive care.

ANNOTATION

The thesis is composed of both a theoretical and a practical part. The theoretical part is dedicated to the definitions, symptoms, risk factors, diagnostics, treatment and prevention of Burnout Syndrome. For the practical part, the method of a questionnaire was chosen, which consists of a non-standardized part and the use of a standardized survey entitled Burnout Measure. Questionnaires were distributed in the urgent care departments of a regional hospital and in emergency medical services.

KEYWORDS

Burnout, medical worker, stress, urgent care, emergency medical services

OBSAH

ÚVOD	12
CÍLE PRÁCE	13
I. TEORETICKÁ ČÁST	14
1 SYNDROM VYHOŘENÍ	14
1.1 Definice syndromu vyhoření	14
1.1.1 Vyhoření nebo nemoc?	15
1.2 Stadia vyhoření	15
1.3 Syndrom vyhoření a další negativní psychické jevy	16
1.3.1 Stres	16
1.3.2 Deprese	17
1.3.3 Únava	17
1.3.4 Odcizení	17
1.4 Rizikové faktory	18
1.4.1 Osobnostní charakteristiky	18
1.4.2 Odolnost k zátěži	19
1.4.3 Pracovní podmínky	19
1.5 Dopady na práci s lidmi	19
1.6 Profese s rizikem vzniku syndromu vyhoření.....	20
1.6.1 Zdravotnický pracovník	20
1.6.2 Všeobecná sestra.....	20
1.6.3 Zdravotnický záchranář	21
2 PŘÍČINY A PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ	22
2.1 Psychické vyčerpání	22
2.2 Tělesné – fyzické vyčerpání	23
2.3 Sociální vyčerpání.....	23

3	DIAGNOSTIKA A LÉČBA SYNDROMU VYHOŘENÍ	24
3.1	Diagnostické nástroje.....	24
3.1.1	Orientační dotazník.....	24
3.1.2	MBI (Maslach Burnout Inventory)	24
3.1.3	BM (Burnout Measure – „míra vyhoření“).	25
3.1.4	Další dotazníky a jiné metody	25
3.2	Léčba syndromu vyhoření	26
3.2.1	Kam se obrátit o pomoc	26
4	PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	28
4.1	Prevence na úrovni jedince	28
4.2	Prevence na úrovni zaměstnavatele	30
4.3	Sociální podpora	31
4.4	Týmová spolupráce.....	31
4.5	Supervize ve zdravotnictví.....	31
II.	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	32
5	CÍLE VÝZKUMNÉ ČÁSTI.....	32
5.1	Výzkumné otázky	32
6	METODIKA.....	33
6.1	Volba metodiky.....	33
6.2	Výzkumná metoda	33
6.3	Kritéria pro volbu výzkumného vzorku.....	34
6.4	Pilotní šetření	34
6.5	Distribuce dotazníků	34
7	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	35
7.1	Vyhodnocení dotazníků	35
8	DISKUZE	49

9 ZÁVĚR	53
10 POUŽITÁ LITERATURA.....	54
11 SEZNAM PŘÍLOH.....	56

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1	Graf – Pohlaví respondentů	35
Obrázek 2	Graf – Věkové rozložení respondentů	36
Obrázek 3	Graf – Délka praxe ve zdravotnictví.....	37
Obrázek 4	Graf – Rodinný stav respondentů	38
Obrázek 5	Graf – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	39
Obrázek 6	Graf – Zaměstnání	40
Obrázek 7	Graf – Pracovní zařazení.....	41
Obrázek 8	Graf – Syndrom vyhoření nejlépe vystihuje	42
Obrázek 9	Graf – Rizika syndromu vyhoření	43
Obrázek 10	Graf – Máte pocit, že trpíte syndromem vyhoření?	44
Obrázek 11	Graf – Jak předcházet syndromu vyhoření	45
Obrázek 12	Graf – Syndromem vyhoření je nejvíce ohrožen zdravotník na:	46
Obrázek 13	Graf – Vyhodnocení standardizovaného dotazníku BM.....	48

SEZNAM ZKRATEK

- AROanesteziologicko-resuscitační oddělení
- BMBurnout Measure (dotazník psychického vyhoření)
- GASGeneral Adaptation Syndrome (všeobecný – generalizovaný – adaptační syndrom)
- JIPjednotka intenzivní péče
- MBI.....Maslach Burnout Inventory (dotazník pro identifikaci syndromu vyhoření u exponovaných profesí pracujících s lidmi)
- PSA.....Personal Subjective Analysis
- ZZSzdravotnická záchranná služba

ÚVOD

*„Tajemství krásy je v moudrosti,
tajemství moudrosti je v rovnováze.“*

M. Bejar

(Venglářová, 2011, s. 23)

Na vzniku a rozvoji syndromu vyhoření se podílí dlouhodobé působení zatěžujících, stresových situací, vysoké požadavky na jedince a leckdy malé uznání a ocenění vykonané práce. Vyhořením jsou více ohroženi velmi ambiciózní jedinci, kteří do pracovního procesu vstupují plni očekávání, kladou si vysoké cíle, jsou zapálení pro práci a za každou cenu chtějí ostatním pomáhat (Bartošíková, 2006, s. 20-21).

Důležitou součástí je prevence vyhoření, která by měla být dodržována ze strany jednotlivce, ale i zaměstnavatele, který by měl o své zaměstnance pečovat a starat se o ně. Měl by se snažit o zajištění vhodných pracovních podmínek, adekvátní ohodnocení vykonané práce, ale měl by pečovat i o psychickou stránku svých podřízených (Morávková, 2013, s. 35).

Bakalářská práce je teoreticko-výzkumná. Téma, které se zabývá syndromem vyhoření, jsem si vybrala z jednoho jediného důvodu. A tím bylo pozorování počínajících příznaků vyhoření u některých kolegů pracujících v přednemocniční péči. Tyto příznaky se ale objevovali i u zdravotních sester na odděleních poskytujících akutní péči, se kterými se v rámci výjezdu, respektive při předávání pacientů v akutním ohrožení života dnes a denně setkávám. Teoretická část se zabývá problematikou syndromu vyhoření. Pro výzkumnou část práce byla jako nejvhodnější metoda zvolena forma dotazníkového šetření s použitím dotazníku složeného z části nestandardní a části, kde byl použit standardizovaný dotazníku Burnout Measure. Výzkum probíhal na odděleních akutní péče v nemocnici oblastního typu a na zdravotnické záchranné službě, kde byla vytipována dvě výjezdová střediska.

CÍLE PRÁCE

Cíl teoretické části

Cíl 1: popsat a shrnout problematiku syndromu vyhoření na základně dostupných literárních zdrojů.

Cíle praktické části

Cíl 1: zjistit znalost respondentů o syndromu vyhoření (VO1).

Cíl 2: zjistit, do jaké míry dochází u vybraných nelékařských pracovníků v urgentní a intenzivní péči k syndromu vyhoření (VO 2).

Cíl 3: zjistit, zda je míra vyhoření vyšší u pracovníků na zdravotnické záchranné službě než u zdravotních sester v akutní péči (VO3).

Cíl 4: zjistit dle standardizovaného dotazníku, jakou mírou vyhoření trpí dotazovaní nelékařští zdravotničtí pracovníci (VO4).

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SYNDROM VYHOŘENÍ

1.1 Definice syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření (také burnout syndrom, syndrom vyprahnutí, vypálení) poprvé použil americký psychoanalytik Hendrich Freudenberger v roce 1974 (Křivohlavý, 2012, s. 58).

Popsal ho takto:

„U někoho jsou pocity únavy a exhauce (vyčerpání), neschopnost setřást pocit chladu, pocit fyzické vyčerpání, 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 zamklá. Objevuje se psychická únava, nuda, rezignace, ale také zvýšená iritabilita (podrážděnost), ostře až nespravedlivě kritické postoje a další změny“ (Venglářová, 2011, s. 23-24).

Postupně se tento fenomén stává jednou z nejkoumanějších oblastí při studiu dopadu pracovního stresu na člověka.

O tuto problematiku se zajímá celá řada autorů. Ayala M. Pinesová a Elliot Aronson ji definovali následovně:

„Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, jež jsou emocionálně těžké (náročné). Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací velkého očekávání a chronických situačních stresů“ (Křivohlavý, 2012, s. 66).

Maslachová a Jacksonová definovaly syndrom vyhoření takto:

„Burnout je syndromem emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobního výkonu. Dochází k němu tam, kde lidé pracují s lidmi, tj. tam, kde se lidé věnují potřebným lidem. Burnout může vést ke snížení kvality i kvantity práce nebo služby, která je lidem poskytována“ (Křivohlavý, 2012, s. 66-67).

V literatuře najdeme velkou řadu definic, avšak všechny mají řadu společných znaků. Jsou to například:

- Negativní emocionální příznaky, které jsou specifické pro stavy únavy, deprese a emocionální vyčerpání.

- Syndrom vyhoření je uváděn v souvislosti s výkonem určitého typu povolání (pomáhající profese).
- Příznaky se vyskytují u lidí, kteří nemají jiné psychické obtíže.
- Snížená výkonnost při práci, negativistický postoj (Křivohlavý, 2012, s. 68).

To burn – anglické sloveso v překladu znamená hořet, ve spojení burn-out pak vyhořet, dohořet, vyhasnout (Novák, 2010, s. 42).

1.1.1 Vyhoření nebo nemoc?

Vyhoření není klasifikováno jako nemoc. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace je zařazeno do doplňkové kategorie diagnóz. Můžeme zde najít známou diagnózu – neurastenie. Vyznačuje se únavou, vyčerpáním, ale příznaky typické pro burnout syndrom zahrnuje pouze z části (Stock, 2010, s. 14).

1.2 Stadia vyhoření

Syndrom vyhoření není popisován jako stav, ale jako neustále se vyvíjející proces, který probíhá v čase. V literatuře je nejčastěji uváděn čtyřfázový model Christiny Maslachové.

První fáze zahrnuje velké nadšení, spoustu ideálů a zaujetí, postupně dochází k přetěžování. Ve druhé fázi se objevuje vyčerpání, a to jak psychické, tak i fyzické. Třetí fáze je projevem dehumanizace druhých lidí, odcizení a zaujímaní obranných postojů. Poslední, čtvrtá fáze se již projevuje vyčerpáním, lhostejností a negativistickým postojem. Jde o tzv. terminální stadium, kdy se syndrom vyhoření projevuje v celé své pestrosti (Bartošíková, 2006, s. 29; Křivohlavý, 1998, s. 61).

V literatuře zabývající se problematikou vyhoření můžeme najít i náročnější členění. Autoři Golembiewski, Munzenride a Stevenson popsali osmifázový model psychického vyhoření. Nejčlenitější, dvanáctifázový model publikoval a popsal J. W. James (Křivohlavý, 2012, s. 83-84).

1.3 Syndrom vyhoření a další negativní psychické jevy

Mezi negativní jevy, které jsou svými projevy velmi podobné syndromu vyhoření, můžeme zařadit např. stres, únavu, deprese, odcizení, pesimismus a existenciální neurózu. Je velmi obtížné stanovit přesné hranice syndromu vyhoření od těchto stavů, které mají negativní dopad na jedince (Křivohalvý, 2012, s. 69-73).

1.3.1 Stres

Stres je nescifickou obranou reakcí organismu na zátěž. V literatuře je uváděna celá řada definic. Všechny mají jedno společné, dochází při nich k narušení vnitřní rovnováhy jedince.

Rozlišujeme dva druhy stresu.

Eustres – příjemný, radostný, dodává nám energii. Mezi situace, které mohou vyvolat eustres můžeme zařadit např. narození dítěte.

Distres – nepříjemný, ve větší míře působí na jedince škodlivě, vede v přetížení.

Negativní životní faktory jsou stresory. Je to vše, co člověka zatěžuje. Opakem jsou salutory, což jsou pozitivní životní faktory, které člověka posilují a dodávají mu sílu. Ideálním stavem je rovnováha mezi stresory a salutory, tzn. rovnováha mezi tím, co se od nás očekává a tím co pro to můžeme dělat (Venglářová, 2011, s. 48-53).

Stres se stal slovem užívaným a módním, mnohdy zneužívaným a používaným nesprávně. Do 30. let 20. století označoval nadměrný nebo zvýšený tlak ve smyslu fyzikálním. Nový význam tomuto pojmu dal Hans Selye, rodák z Komárna, který působil v Kanadě. Označil jím nescifické změny biologického systému, které jsou vyvolány nejrůznějšími škodlivinami, mezi které můžeme zahrnout např. horko, chlad, námahu, intoxikaci, infekci atd. (Janáčková, 2008, s. 78, Venglářová, 2011, s. 48).

Do určité míry jde o ohraničenou fázi procesu, kterou Hans Selye nazval GAS – General Adaptation Syndrome, „*obecný soubor příznaků procesu vyrovnávání se s těžkostmi*“. Proces dle Selyeho má tři fáze. První fáze se zaměřuje na působení stresu. Druhá fáze se projevuje zvýšenou rezistencí a ve třetí fázi dochází k vyčerpání sil a obranných mechanismů. Do této poslední fáze zařazujeme průběh syndromu vyhoření (Křivohlavý, 2012, s. 81-82).

Stres a syndrom vyhoření jsou mnohdy používány jako synonyma. Syndrom vyhoření je projevem nadměrného stresu. Stres může ovládnout každého z nás, ale syndrom vyhoření se objevuje u lidí, kteří jsou velmi intenzivně zapálení pro svou práci, kladou si vysoké cíle a očekávání. U jedinců, kde vysoké nadšení chybí, se může projevit stres, ne však vyhoření (Merg a Knödler, 2007, s. 47; Křivohlavý, 2012, s. 69).

1.3.2 Deprese

Deprese patří mezi jedno z nejčastějších onemocnění. Projevem je ztráta zájmu a nálady, plačtivost, unavitelnost i při malé zátěži. Dalšími příznaky jsou poruchy spánku, zhoršení koncentrace, pesimistický postoj, sebeobviňování atd. U vážnějších stavů deprese se mohou objevit myšlenky až pokusy o sebevraždu (Bedrnová a kol., 2009, s. 115-116).

Může se vyskytnout jako vedlejší symptom vyhoření, ale může se objevit i nezávisle na něm. Deprese má často vztah k negativním prožitkům z mládí. Dobře ji můžeme léčit farmakoterapeuticky, kdežto u syndromu vyhoření se to dosud nepodařilo. Oba stavy jsou ve velmi úzkém vztahu (Křivohlavý, 2012, s. 70).

1.3.3 Únava

Únava patří mezi další negativní prožitky velmi podobné vyhoření. Oproti vyhoření má úzký vztah k tělesné námaze. Z fyzické námahy se lze zotavit odpočinkem, což u burnout syndromu není možné (Křivohlavý, 2012, s. 70).

1.3.4 Odcizení

Pojem odcizení můžeme chápat jako postupnou ztrátu ideálů, zájmů a cílevědomosti. Slábne prvotní pracovní nasazení a nastupuje cynismus. Klient je vnímán jako zátěž, nadřízení jako zdroj ohrožení. Pracovní nasazení dříve velmi snaživého a pracovitého jedince se snižuje na minimum. Objevují se u něho na jedné straně pocity zklamání a frustrace, na straně druhé je vyčerpaný a nemůže již dál (Stock, 2010, s. 20-21).

1.4 Rizikové faktory

Na vzniku syndromu vyhoření se podílí celá řada faktorů. Patří mezi ně neustále rostoucí tempo a nároky na jedince v civilizované společnosti, příslušnost k profesi, kontakt s lidmi, zvládání chronického stresu, vysoké požadavky na výkon, vysoké pracovní nasazení, empatie, zájem o druhé, odpovědnost, rutina, neschopnost říci „ne“ (Stock, 2010, s. 42-44; Herman a Doubek, 2008, s. 47).

Na jeho vzniku se může podílet i nedostatečná zpětná vazba, nejasně rozdělené kompetence a úkoly, konkurence, špatné pracovní podmínky a jednotvárná stereotypní práce (Kallwass, 2007, s. 43).

1.4.1 Osobnostní charakteristiky

K vyhoření přispívá nejen pracovní stres, ale i osobnostní charakteristika jedince. Povahové faktory a vnější podmínky hrají stejnou roli při vzniku syndromu vyhoření. Osobnostní typy, které mohou být postiženy tímto syndromem, můžeme rozdělit na typ chování A a typ chování B (Stock, 2010, s. 42).

Typ chování A - tento typ chování vykazují jedinci se silně vyvinutým smyslem pro povinnost a vysokými ambicemi. Vyznačují se soutěživostí, perfekcionalismem a sklonem k agresivitě. Typická je pro ně vznětlivost, podrážděnost a spěch. Zprvu jsou tito lidé velmi úspěšní. Pro svou netrpělivost a bojovnost často způsobují spory mezi lidmi. Následkem toho se dostávají do izolace, utvrzují se v názoru, že vše musí dělat sami. Vědomě se vystavují stresorům o vysoké délce trvání a intenzitě. Dochází k nerovnováze mezi uvolněním a napětím, mezi aktivitou a odpočinkem. Tito lidé nepocítují žádné zdravotní obtíže, neuvědomují si vliv nedostatečné regenerace a nevyváženosti.

Typ chování B - lidé s tímto typem chování se vyznačují větší trpělivostí, uvolněností a klidem, nižší mírou agresivity a soutěživosti. Při nízké iniciativě, motivacích a cílech může dojít k nespokojenosti jak v zaměstnání, tak i v osobním životě. Nedochází ovšem k rozvoji vyhoření (Stock, 2010, s. 42-44).

1.4.2 Odolnost k zátěži

Každý jedinec na zátěžovou situaci reaguje jiným způsobem. Odolnost je dána konstitučně, vývojovými faktory, ale je možné ji trénovat. Závisí to také na mnoha okolnostech jako je například zkušenost s danou zátěží, současným zdravotním stavem nebo souběhem několika zátěží najednou.

Bartošíková (2006) uvádí, že: „... člověk vystavený stresujícím vlivům není jen jejich pasivním příjemcem, ale je jejich aktivním zpracovatelem. Z toho se také odvíjí šance vědomě vyhodnotit zátěžové situace a přisoudit jim takovou míru závažnosti, jakou skutečně mají“ (Bartošíková, 2006, s. 26-27).

1.4.3 Pracovní podmínky

Mezi nejvíce riziková pracoviště patří bezesporu ta, kde zaměstnanci pracují s vysokým emočním a osobním nasazením a dostává se jim velmi malého uznání a ocenění. Pracovat v pomáhající profesi nám na jedné straně může energii dodávat, ovšem z druhé strany může docházet k jejímu odčerpávání. Dlouhodobá negativní energetická bilance vede k rozvoji syndromu vyhoření (Bartošíková, 2006, s. 28).

1.5 Dopady na práci s lidmi

Zdravotník často pacienty kritizuje, vyjadřuje se o nich ironicky nebo velmi necitlivě, chová se chladně, odtažitě, může se vyskytnout odmítavá až agresivní reakce. Pacient se stává pouze předmětem péče. Negativistický postoj k pacientům se začíná promítat i do vztahů ke spolupracovníkům a do osobního života (Bartošíková, 2006, s. 28-29).

Herman a Doubek (2008) ve své knize charakterizují syndrom vyhoření u zdravotníků „jako ztrátu schopnosti vnímat osobní identitu lidí, o které se má starat a pacient je následně vnímán jako agregát problémů“ (Herman a Doubek, 2008, s. 47).

1.6 Profese s rizikem vzniku syndromu vyhoření

Na vznik a rozvoj burnout syndromu mají velký vliv nejen vnější stresory, kam bezesporu můžeme zařadit působení dlouhodobého stresu, ale i osobnostní charakteristiky jedince, mezi které můžeme například zahrnout perfekcionalismus, workoholismus, potlačování vlastních zájmů atd. (Andršová, 2012, s. 14-15).

Tento syndrom se nejčastěji vyskytuje u tzv. pomáhajících profesí, pro které je charakteristická vysoká pracovní náročnost, velmi častý kontakt s lidmi a mnohdy nízké ohodnocení (Bartošíková, 2006, s. 20).

Mezi nejvíce ohrožené povolání patří např.: lékaři, nelékařští zdravotničtí pracovníci, sociální pracovníci, policisté, ale i duchovní, pedagogové, pracovníci v oblasti sociální péče, pracovníci v nápravných zařízeních, vedoucí pracovníci, manažeři atd.

Postiženými se velmi často stávají i osoby, které si pomáhající profesi nevybraly dobrovolně, ale byli k ní donuceni okolnostmi. Jsou to příbuzní, kteří pečují o těžce nemocné ve své rodině (Janáčková, 2008, s. 78).

1.6.1 Zdravotnický pracovník

Práce zdravotníků je spojena s vyšší stresovou zátěží. Nadměrné zatížení zvyšuje riziko chybného výkonu, špatného rozhodnutí, pracovního úrazu a rozvoj psychosomatických onemocnění. Od zdravotnických pracovníků se vyžaduje neustálé vzdělávání a adaptace na nové postupy, metody, používání nových pomůcek a materiálů. V náplni práce mají celou řadu úkolů, které musí tvořivě a flexibilně plnit. Upřednostňují potřeby druhých lidí před svými. Mohou se objevit pocity viny a výčitky z nedostatku času stráveného s vlastní rodinou. Dochází k narůstání napětí a hromadění nevyřešených problémů (Bartošíková, 2006, s. 10-14).

1.6.2 Všeobecná sestra

Zdravotní sestry si velmi často stěžují na únavu a vyčerpání, které bývají spojeny s narušením pravidelného nočního odpočinku spolu s nedostatečným spánkem. Pocity bezmoci se objevují převážně u sester, které pečují o pacienty v terminálním stadiu onemocnění. Zdravotní sestra je prakticky celou pracovní dobu v kontaktu s pacientem. Často jsou klientům nápomocny

v některých úkonech zasahujících i do oblasti intimní zóny. Při některých výkonech se dostávají až za hranice těla – např. aplikace injekcí, infuzí atd. (Bartošíková, 2006, s. 10-14).

1.6.3 Zdravotnický záchranář

K vyhoření u zdravotnických záchranářů může docházet velmi často. Je to z důvodu stresujícího obsahu práce, vysoké zátěže a to jak psychické, ale v některých situacích i fyzické. Při práci v terénu dochází k působení rušivých vlivů, objevuje se nedostatečné uznání, malá až skoro žádná zpětná vazba mezi výjezdovými skupinami záchranné služby a nemocnicemi o dalším vývoji zdravotního stavu pacientů. Samozřejmě může docházet i ke konfliktům s pacienty, jejich rodinnými příslušníky, ale i mezi kolegy navzájem.

Šeblová a Kebza (2005) ve výsledcích studie o stresu a syndromu vyhoření na zdravotnické záchranné službě uvádějí, že riziko burnout syndromu u záchranářů vzniká až při delší praxi na záchranné službě. Záchranáři, vzhledem k variabilní a akční práci, vyhoří za delší dobu (Andršová, 2012, s. 14).

2 PŘÍČINY A PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření je psychosomatické onemocnění, které se projevuje vyčerpáním organismu po stránce fyzické, emocionální a psychické. Bývá projevem nahromaděného dlouhotrvajícího stresu (Venglářová, 2011, s. 24-25).

Mezi hlavní příznaky syndromu vyhoření patří dle Andršové (2012) odcizení, vyčerpání a pokles výkonnosti (Andršová, 2012, s. 15).

Křivohlavý (2001) ve svých knihách dělí příznaky burnout syndromu na subjektivní a objektivní. Subjektivní příznaky se projevují velkou únavou, sníženým sebehodnocením a sebeoceněním. Zařazuje sem i problémy s koncentrací, iritabilitou, negativismem a příznaky stresových stavů bez organického onemocnění. Objektivní příznaky zahrnují dlouhodobě sníženou celkovou výkonnost, která je velmi často zjištěna spolupracovníky a příjemci služeb – např. pacientem, zákazníkem, studentem. Rozsah příznaků není u všech klientů stejný. Záleží na osobnostní charakteristice, která může vyhoření umožňovat, nebo mu zabránit. Svůj podíl na tom má také druh činností, u některých se problémy objevují dříve u některých se zpožděním (Křivohlavý, 2001, s. 114 -115).

Prvními varovnými příznaky u nelékařských zdravotnických pracovníků jsou pocity nevladatelnosti práce, zpochybnování významu a smysluplnosti. Navenek pracovníci působí podrážděným, nespokojeným a nervózním dojmem. Velmi často se objevují problémy se spánkem, bolesti zad, ztuhlost krční páteře, bolesti břicha, velmi časté jsou bolesti hlavy, kolísání váhy a řada dalších obtíží (Venglářová, 2011, s. 24).

Příznaky můžeme rozdělit do tří oblastí, v nichž se projevují:

2.1 Psychické vyčerpání

Velmi často bývá prvotním příznakem syndromu vyhoření. Objevují se negativní postoje k sobě a k jiným, změny životních postojů, převažují depresivní nálady, pocity beznaděje, smutku, frustrace. Člověk je negativistický, cynický, pesimistický, nepřijímá nic nového, žádné změny, objevuje se zapomnětlivost, poruchy soustředění, sebelítost, mizí tvořivost. Zaměstnání a život přestává mít smysl, mohou se objevit i suicidiální myšlenky (Kebza a Šolcová, 2003, s. 9-10; Venglářová, 2011, s. 24-25).

2.2 Tělesné – fyzické vyčerpání

Doplňuje psychické obtíže, příznaky mohou působit dojem jiného onemocnění. Objevují se stavy celkové únavy organismu, nedostatek energie, rychlá unavitelnost, apatie, zvýšená potřeba spánku, nekvalitní spánek, nespecifikované bolesti hlavy, bolesti svalů, poruchy krevního tlaku. Z vegetativních obtíží se objevují změny srdečního rytmu, stenokardie, zažívací obtíže, poruchy dýchání. Při vyšetřeních ovšem není nalezena žádná somatická příčina popisovaných obtíží (Kebza a Šolcová, 2003, s. 9-10; Venglářová, 2011, s. 24-25).

2.3 Sociální vyčerpání

Dotváří celkový obraz vyhoření. Objevují se pocity citového „vysátí“, ztráta empatie, beznaděj, bezmocnost, pocity prázdna, uzavření do sebe. Vznikají problémy v zaměstnání – vyloučení z kolektivu. Sociální izolace se přenáší i do osobního života (Kebza a Šolcová, 2003, s. 9-10; Venglářová, 2011, s. 24-25).

3 DIAGNOSTIKA A LÉČBA SYNDROMU VYHOŘENÍ

Diagnostika syndromu vyhoření je velmi obtížná. Je potřeba k této problematice přistupovat komplexně. Postižený jedinec si mnohdy ani neuvědomuje, že by syndromem vyhoření mohl trpět. Základem vyšetření by měl být i sběr anamnestických údajů včetně subjektivního vnímání jednotlivých symptomů.

3.1 Diagnostické nástroje

Nejběžnějšími a nejpoužívanějšími metodami pro diagnostiku jsou dotazníková šetření.

3.1.1 Orientační dotazník

Křivohlavý (1998) ve své knize „Jak neztratit nadšení“ uvádí tzv. orientační dotazník od autorů D. Hawkinse, F. Miniritha, P. Maiera a Ch. Thursmana. Vhodná a jednoduchá metoda pro praxi sloužící k rozpoznání stavu psychického vyhoření. Jde o typ diagnostické samoobsluhy, která je vhodná pro všechny zájemce, kteří si chtějí zjistit, jak jsou na tom s vyhořením. Respektuje vyhoření jako proces a ne jako momentální statický stav, což je její velké pozitivum. Dotazník obsahuje dvacet čtyři otázek, na které klient odpovídá buď „ano“ nebo „ne“. Pokud převládají kladné odpovědi, může se jednat o syndrom vyhoření zachycený v počáteční fázi a dotazovaný jedinec by svůj problém měl začít řešit (Křivohlavý, 1998, s. 33), (viz příloha A).

3.1.2 MBI (Maslach Burnout Inventory)

Autorkami dotazníku jsou Christina Maslachová a Susan E. Jacksonová. Tento typ dotazníkového šetření diagnostikuje emocionální exhausti, depersonalizaci a snížený pracovní výkon. Metoda MBI zjišťuje tři faktory:

EE – emocionální vyčerpání, nejspolehlivější ukazatel přítomnosti vyhoření,

DP – depersonalizace,

PA – osobní uspokojení.

Dotazník je složen z 22 otázek rozdělených do tří skupin. 9 dotazů je zaměřeno na EE, 5 otázek na DP a 8 otázek na PA. U každé otázky je možné vyjádření odpovědi na sedmistupňové škále, při čemž hodnocení 0 znamená pocitovou hodnotu „nikdy“. Oproti tomu hodnota 7 vyjadřuje „neustále“ se opakující pocity (viz příloha B).

Tento dotazník má dvě verze. V první jsou všechny složky posuzovány ve dvou dimenzích a na dvou škálách. Hodnotí se z hlediska četnosti výskytu posuzovaných prožitků a z hlediska jejich intenzity. Ve druhé verzi došlo ke zjednodušení. Autorky vypustily škálu intenzity. S odstupem 10 let (1996) byla publikována třetí verze dotazníku, která prošla zásadními změnami, díky kterým byly vytvořeny tři subškály (Bartošíková, 2006, s. 69-70; Křivohlavý, 2012, s. 54-56).

3.1.3 BM (Burnout Measure – „míra vyhoření“)

Autory jsou Ayaly M. Pinesová a Elliot Aronson. Dotazník BM určuje míru vlastního psychického vyčerpání. Je zaměřen na jediný psychický jev a to celkové vyčerpání, které zkoumá ze tří různých aspektů – pocity fyzického, emocionálního a psychického vyčerpání. Dotazník BM je tvořen 21 otázkami. Ke každému dotazu se klient vyjadřuje odpovědí na sedmistupňové hodnotící škále, při čemž hodnota 1 znamená vyjádření „nikdy“, oproti tomu hodnota 7 je vyjádřena slovem „vždy“. Pomocí výpočtu jednotlivých odpovědí získáme výsledek, který ukazuje míru vyhoření (Křivohlavý, 2012, s. 49-53).

Dotazník BM byl přeložen Prof. PhDr. Jarem Křivohlavým, CSc., který jej uveřejnil se souhlasem autorů ve své knize „Jak neztratit nadšení“, která byla vydána roku 1998 nakladatelstvím Grada (Bartošíková, 2006, s. 70), (viz příloha C).

3.1.4 Další dotazníky a jiné metody

Výše jsou uvedeny nejpoužívanější dotazníková šetření. Křivohlavý (2012) ve své knize „Hořet, ale nevyhořet“ uvádí jako další např. dotazník autorů D. Hawkinse, F. Minirtha, P. Maiera, Ch. Thursmana z roku 1990 (Křivohlavý, 2012, s. 56).

Syndrom vyhoření nezjišťujeme pouze dotazníkovým šetřením. Existují i jiné metody. K diagnostice syndromu vyhoření můžeme využít tzv. subjektivní hodnocení vlastní situace pomocí PSA – personal subjective analysis, což v překladu znamená „rozbor osobního vnitřního stavu“ (Křivohlavý, 2012, s. 56).

3.2 Léčba syndromu vyhoření

Pokud se dostaneme do stavu vyhoření, vždy to v nás zanechá nějaké „stopy“. Může se ale jednat i pozitivní zisk. *Vědomí, že máme tendenci propadat stavům nadšení, že nás snadno práce zaujme více než je zdravé.* Velmi záleží na jednotlivci, jak se s danou situací vypořádá (Venglářová, 2011, s. 38-39).

U zdravotníků vede vyhoření k dehumanizaci postojů k pacientům. Zdravotničtí pracovníci by proto měli mít na paměti, že pacienti vnímají vše okolo sebe. Obzvláště v období nemoci jsou více citliví a zranitelní (Venglářová, 2011, s. 38-39).

Janáčková (2008) ve své knize uvádí, že samoléčba je neefektivní. Zdravotníci mají snadněji přístupnou celou škálu psychofarmak, která většinou velmi rychle vedou k rozvoji závislosti. Nejčastěji jsou zneužívána anxiolytika nebo stimulancia. Taková samoléčba a její nežádoucí účinky vedou k dalším komplikacím. Anxiolytikum pro velkou skupinu lidí představuje i jídlo a sladkosti. Destruktivním postupem je stažení do izolace. Neproduktivním výsledkem bývá autoagresivní postoj a sebelítost. Důležité je uklidnění interpersonální situace. Udržování dobrých sociálních vztahů jak v rodině, tak i na pracovišti. Pokud dojde k uskutečnění těchto cílů, musí pak postižený jedinec začít sám u sebe a zaujmout k sobě kladný postoj (Janáčková, 2008, s. 82).

Terapeutické a preventivní strategie se opírají o psychoterapeutické zdroje.

3.2.1 Kam se obrátit o pomoc

Někteří lidé mají velký problém o pomoc vůbec požádat. Hlavní úlohu v procesu rekonvalescence má bezesporu rodina a přátelé. Dále můžeme pomoc hledat ve svém pracovním týmu, u svých kolegů, zejména pokud pracujeme v dobrém kolektivu, kde panují dobré mezilidské vztahy a vzájemná pomoc. Spolupracovníci se dobře znají, pomáhají si a tak velmi rychle poznají, že není něco pořádku. Pokud dojde k selhání veškerých doporučení, mezi která například patří změna životního stylu, zlepšení vztahů, jak v soukromém životě, tak i na pracovišti, dochází k rozvoji příznaků, které mohou vyvolat psychosomatické onemocnění nebo závislosti. V těchto případech je nezbytné vyhledat odbornou pomoc u psychologa nebo psychoterapeuta, který posoudí stav jedince a navrhne další řešení (Venglářová, 2011, s. 38-39).

Daseinsanalýza

Tato metoda pomáhá pacientovi najít cestu k pochopení jeho existence. Klade důraz na jedinečnost a neopakovatelnost individuality klienta. Nejde ani o to, jakým byl člověkem v minulosti, ale jde spíše o to, jaký je nyní a především, jakým směrem se bude ubírat do budoucna. „*Cílem je pochopení a naplnění vlastní existence, ovládnutí umění, být sám sebou*“. Terapeut dává pouze doporučení, nikoli však pokyny nebo příkazy (Kebza a Šolcová, 2003, s. 18 -19).

Logoterapie

Pomáhá pacientovi nalézt vlastní životní styl v souladu s jeho osobností a životem. Logoterapie má za cíl pomoci klientovi najít řešení v situacích existenciální frustrace. Hlavním terapeutickým prostředkem je nalezení smyslu života objevením a naplněním hodnot. Pro klienty s rozvinutým syndromem vyhoření může být tato pomoc velice důležitá a podstatná, protože jejich život přestal dávat smysl a zhroutil se jim celý svět.

Další postupy, které se mohou uplatnit v psychoterapii, vycházejí např. z kognitivně-behaviorální terapie. Účinek je zaměřen spíše na dílčí problematiku než na podstatu problému (Kebza a Šolcová, 2003, s. 19).

4 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Základním úkolem každého jedince, který je ohrožen vznikem burnout syndromu by měla být preventivní opatření. O prevenci by se měl zajímat ale i zaměstnavatel, který zaměstnává pracovníky ohrožené vyhořením (Morávková, 2013, s. 31).

Hlavním faktorem, jak předcházet vyhoření je žít smysluplný život. Důležité je uspořádat a stanovit si priority od nejdůležitějších věcí až po hodnoty nedůležité, které lze oželeť. Dalším neméně důležitým faktorem je zájem o rovnováhu mezi stresory a salutory, tzn. mezi tím, co nás zatěžuje, a tím co nám dodává sílu. O zatěžující události se starat nemusíme, přináší nám je sám život. Usilovat ovšem musíme hlavně o to, co nám dodává sílu a radost (Křivohlavý a Pečenková, 2004, s. 28).

Autoři zabývající se syndromem vyhoření řeší prevenci různými způsoby. Někteří rozdělují postupy přímo na jednotlivé aktivity nebo dávají konkrétní rady, jiní například Křivohlavý rozděljuje postupy na externí a interní (Morávková, 2013, s. 32).

4.1 Prevence na úrovni jedince

Bartošíková (2006) ve své knize uvádí, že prevence na osobní úrovni znamená především starat se o smysluplný, příjemný a aktivní život mimo zaměstnání v pomáhající profesi. Pokud se nedokážeme postarat sami o sebe, můžeme se opravdu dobře starat a pečovat o své pacienty? Pokud nebudeme v pořádku my sami, tak se našim klientům nedostane kvalitní péče, kterou potřebují (Bartošíková, 2006, s. 42).

Péče o sebe sama - sám sebe přijímat a mít se rád by mělo být podmínkou u všech lidí, kteří pracují v pomáhajících profesích. Ten, kdo se nemá rád, nestará se o sebe, energii pouze vydává, ale už ji nepřijímá nazpět. Do péče o sebe sama patří i řada dalších věcí jako například udělat si radost, dopřát si masáž, kosmetiku, kulturní vyžití, odpočinout si a myslet na své potřeby. Také je důležité nezapomínat na odměňování sama sebe pokud jsme toho názoru, že si odměnu a ocenění zasloužíme (Bartošíková, 2006, s. 44).

Rodina a záliby - důležitou roli v prevenci vyhoření hraje zázemí, které nám poskytuje rodina a přátelé. Lidé nás zde mají rádi, je to místo, kam se rádi vracíme a můžeme z něho čerpat naši životní energii. Rodina a přátelé pro nás mají pochopení a dokáží vyslechnout naše

starosti a problémy. Koníčky a záliby také vnáší do našeho života radost a uspokojení. „Člověk, který se věnuje svým zájmům, je také tolerantní k zájmům druhých.“ Koníčky a zájmy velmi obohacují náš život a jsou pro nás zdrojem energie a pozitivních emočních prožitků. Není dobré se jich vzdávat kvůli nedostatku času (Venglářová, 2011, s. 36-37).

Životospráva a tělesná kondice - základními a velmi často opakujícími se doporučeními jsou dodržování životosprávy, mezi které patří zejména dodržování pravidelného denního režimu, dostatek spánku, ale i sport a nebo další pohybové aktivity, například turistika, jóga nebo relaxační cvičení (Venglářová, 2011, s. 37).

Každý by měl aktivně přistupovat k životu a zodpovídat za vlastní zdraví. Omezit škodlivé zvyky, zejména kouření, přejídání se, nadbytečný příjem alkoholických nápojů a osvojit si zdravý, životní styl (Bartošíková, 2006, s. 46).

Vzdělávání – Schmitbauer (2008) ve své knize uvádí větu: „*Kdo se může profesně vyvíjet, tak nevyhoří.*“ Vzdělávání a profesní rozvoj působí preventivně proti stereotypnímu vnímání zaměstnání, ale také zvyšuje odbornou kvalifikaci zdravotníka. Důležité je využít teoretických poznatků, které jedinec získal ve škole, na kurzech nebo si informace vyhledal v literatuře nebo na internetu. Význam má i hledání a nacházení poučení ve své praxi a použití získaných poznatků ve svém profesním životě. Pokud je člověk schopen svoji profesi vnímat jako zajímavou a pestrou, je u něho nižší riziko rozvoje vyhoření, než u jedince, který práci vykonává automaticky, zaměstnání vnímá pouze jako opakující se stereotypní činnost, nad kterou nepřemýšlí (Schmitbauer, 2008, s. 225; Morávková, 2013, s. 32-33).

Desatero anglických sester - Změnu, kterou můžeme pro sebe udělat? Držet se tzv. „desatera“ anglických sester, které pracují v hospicové péči, což jsou pracoviště s velmi vysokým rizikem vzniku burnout syndromu.

Doslovná citace „desatera“ z knihy Radkina Honzáka „Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření“ (2013, s. 217).

*Buď sama k sobě laskavá a vlídná.
Uvědom si, že tvým úkolem je pomáhat změnám, ne násilně měnit druhé.
Najdi si své „útočiště“- místo klidu.
Buď druhým oporou, neboj se pochválit, nauč se to přijímat od nich.
Uvědom si, že v situaci, v níž jsi, jsou zcela oprávněné občasné pocity bezmoci.
Snaž se obměňovat své pracovní postupy.
Najdi rozdíl mezi naříkáním, které přináší úlevu, a naříkáním, které tě ničí.
Když jdeš domů, soustřeď se na dobré věci.*

*Snaž se sama sebe povzbuzovat a posilovat.
Využívej posilujících prvků přátelství.
Ve volném čase nehovoř o práci.
Plánuj si chvíle oddechu a odpočinku.
Nauč se říkat „rozhodla jsem se“ namísto „musím“.
Nauč se říkat NE; zač stojí každé tvé ano, když nikdy neumíš říct NE?
Netečnost a rezervovanost ve vztahu k druhým lidem je nebezpečnější než připustit si
myšlenku, že se nedá už víc dělat.
Raduj se, směj se, hraj si.*

4.2 Prevence na úrovni zaměstnavatele

Každý zaměstnavatel by se měl zabývat prevencí problematiky vyhoření a zajímat se o své zaměstnance. Syndrom vyhoření se promítá do postojů a chování, které jsou úzce spjaty s výkonem pracovní činnosti, má ale i ekonomické dopady. Zejména v oblasti zdravotnictví je důležité mít stabilizovaný a stálý počet pracovníků. Přijímání nových zaměstnanců bez zkušeností může pozvolna ohrožovat kvalitu péče (Bartošíková, 2006, s. 50-51).

Zaměstnavatel by měl vyvinout snahu o zajištění vhodného pracovního prostředí, dobrou pracovní atmosféru, přiměřené požadavky na zaměstnance a bezesporu i přiměřenou odměnu za odvedenou práci. Na vzniku vyhoření se podílí také pracovní kolektiv, spolupracovníci, podřízení ale i nadřízení pracovníci. Velmi důležité je vymezení kompetencí a dodání vhodných pomůcek pro vykonávání dané práce, předcházení stereotypním a monotónním činnostem při výkonu povolání (Morávková, 2013, s. 35).

Pro prevenci vyhoření mohou velmi mnoho udělat vedoucí pracovníci. Zdůrazňuje se hlavně vliv sociální opory. V zájmu organizací je v současné době rozvoj programů, které se zaměřují na výcvik profesních dovedností, osobní rozvoj zaměstnanců, týmovou spolupráci atd. (Kebza a Šolcová, 2003, s. 19).

Venglářová (2011) ve své knize „Sestry v nouzi“ uvádí, že velmi důležitou součástí prevence vyhoření jsou osvětlení zaměstnavatelé, kteří dokáží ohodnotit dobře vykonanou práci, „*nešetří pochvalou, podporují účast svých zdravotníků na vzdělávacích i společenských setkáních*“ (Venglářová, 2011, s. 35).

4.3 Sociální podpora

Nejúčinnější opora je poskytována zejména spolupracovníky na stejné pracovní pozici. Měli by dokázat spolu otevřeně hovořit o problémech a těžkostech, ale i o prvotních příznacích vyhoření. Ohroženým jedincům je nutné poskytnout dostatečné množství sociální podpory. Ze strany zaměstnavatele je to možnost čerpání dovolené, odpočinku mezi jednotlivými směny, ale i například přechod na jinou pracovní pozici (Berdnová, 2009, s. 244).

4.4 Týmová spolupráce

K základním podmínkám kvalitní a efektivní ošetrovatelské péče patří týmová spolupráce zdravotnických pracovníků. Výsledkem je kolektivní důvěra a pocity sounáležitosti. Kvalitní týmový přístup vede ke zvyšování výkonu, přináší radost, která uvolňuje energii a stává se dalším zdrojem motivace pro celý tým. Mezi důležité charakteristiky týmu můžeme zařadit: spolehlivost a smysl pro závazky, vzájemnou důvěru a respekt, společnou vizi a cíle práce. Důležitá je otevřená komunikace mezi spolupracovníky a jasné stanovení zodpovědnosti a kompetencí. Každý tým musí mít vedení, které za něj zodpovídá. Nedílnou součástí pro týmovou spolupráci je také angažovanost a nadšení pro danou věc (Bartošíková, 2006, s. 51-52).

4.5 Supervize ve zdravotnictví

„Supervize je setkávání za účelem reflexí zážitků a zkušeností z práce s pacienty. Slouží k podpoře profesního růstu zaměstnanců. Poskytuje prostor pro sdělování zkušeností, ventilaci emocí, hledání nových pohledů a nápadů. Etickým kritériem je prospěch pacienta.“

Supervize se zaměřuje na týmy, skupiny a jednotlivce, kteří se setkávají se supervizorem, který nabízí pohled zvenčí a přináší své zkušenosti a doporučení. Supervize je zaměřena na podporu pracovního růstu zaměstnance, zlepšení organizace práce a pracovní atmosféry. Supervizi můžeme rozdělit na týmovou, která se zaměřuje na spolupráci v týmu, je určena pro všechny členy daného týmu a jejím cílem je zlepšení efektivity práce a komunikaci. Další formou je skupinová supervize, jejímž cílem je setkávání pracovníků, kteří pracují v podobných zařízeních a pečují o podobné klienty. Poslední, individuální forma supervize se zaměřuje na pracovní problematiku zaměstnance. Probíhá formou rozhovoru pouze mezi jedním zaměstnancem a supervizorem (Venglářová, 2011, s. 153-155).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

5 CÍLE VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Cíl 1: zjistit znalost respondentů o syndromu vyhoření (VO1).

Cíl 2: zjistit, do jaké míry dochází u vybraných nelékařských pracovníků v urgentní a intenzivní péči k syndromu vyhoření (VO2).

Cíl 3: zjistit, zda je míra vyhoření vyšší u pracovníků na zdravotnické záchranné službě než u zdravotních sester v akutní péči (VO3).

Cíl 4: zjistit dle standardizovaného dotazníku jakou mírou vyhoření trpí dotazovaní nelékařští zdravotničtí pracovníci (VO4).

5.1 Výzkumné otázky

VO 1: Předpokládám, že všichni dotazovaní mají vědomosti o problematice syndromu vyhoření.

VO 2: Předpokládám, že míra vyhoření bude u NLZP pracujících v urgentní a intenzivní péči vysoká.

VO 3: Předpokládám, že míra vyhoření je vyšší u pracovníků na zdravotnické záchranné službě, než u sester pracujících v intenzivní péči.

VO 4: Předpokládám, že míra vyhoření zjištěná standardizovaným dotazníkem bude mezi hodnotami 2-3.

6 METODIKA

Tato kapitola se zaměřuje na volbu metodiky, strukturu použitého dotazníku a stanovení výzkumného vzorku.

6.1 Volba metodiky

Před volbou výzkumné metody byla provedena rešerše dostupné odborné literatury. Po prostudování odborných publikací a stanovení cílů byla zvolená forma dotazníkového šetření jako nejvhodnější metodika výzkumné části. Cílem této metody bylo v co nejkratším časovém úseku získat dostatečné informace od oslovených respondentů.

6.2 Výzkumná metoda

Dotazník je tvořen čtyřmi stranami (viz příloha D). Úvod je věnován informacím pro respondenty, tématu a pokynům k vyplnění dotazníku. Vlastní dotazník je složen ze dvou odlišných částí. První část tvoří nestandardizovaný dotazník, který je sestaven z dvanácti uzavřených otázek. U každé otázky respondent zakřížkuje pouze jednu variantu odpovědi. Otázky 1–7 jsou věnovány anamnestickým údajům, položky 8–12 sledují vědomosti o syndromu vyhoření.

Druhou část tvoří standardizovaný dotazník BM – Burnout Measure, který je zaměřen na míru vyhoření. Je složen z 21 otázek, kde respondent hodnotí sílu pocitů na stupnici od jedné do sedmi, při čemž hodnota jedna znamená „nikdy“ a naopak hodnota sedm „vždy“. Respondenti v této části hodnotili sílu pocitů za období posledního měsíce.

6.3 Kritéria pro volbu výzkumného vzorku

Pro stanovení výzkumného vzorku byla použita následující kritéria:

- nelékařský zdravotnický pracovník - všeobecná sestra, zdravotnický záchranář
- zaměstnanec nemocnice oblastního typu; zaměstnanec zdravotnické záchranné služby
- zaměstnanci na odděleních akutní péče (JIP, ARO) a zdravotnické záchranné službě
- ochota respondenta spolupracovat při vyplňování dotazníku

6.4 Pilotní šetření

Před vlastní distribucí dotazníku bylo provedeno pilotní šetření, jehož cílem bylo zjistit, zda použité otázky jsou srozumitelné a jsou vhodně zvoleny a formulovány. V rámci předvýzkumu bylo rozdáno osm dotazníků. Vybraní respondenti dotazník ve velmi krátké době vyplnili a odevzdali bez připomínek. Cíl pilotního šetření byl naplněn a bylo zahájeno vlastní výzkumné šetření.

6.5 Distribuce dotazníků

Výzkum probíhal v období listopad až prosinec 2013. Dotazníky byly po předchozím projednání s vedením nemocnice oblastního typu a zdravotnické záchranné služby distribuovány nelékařským zdravotnickým pracovníkům na vybraná oddělení a stanoviště. Výzkum probíhal na odděleních akutní péče – anesteziologicko – resuscitační oddělení, neurologická, chirurgická a interní jednotka intenzivní péče. Ze zdravotnické záchranné služby byla vybrána dvě výjezdová stanoviště. Celkem bylo distribuováno 84 dotazníků, z toho 40 dotazníků mezi zdravotnické záchranáře a 44 dotazníků mezi všeobecné sestry pracující na odděleních akutní péče. Z celkového počtu 84 kusů byla návratnost validních dotazníků 69, což je 82,1 %. Z akutních lůžek byla návratnost 34 dotazníků, což je 77,27 %, ze zdravotnické záchranné služby byla návratnost 35 dotazníků, což je 87,5 %.

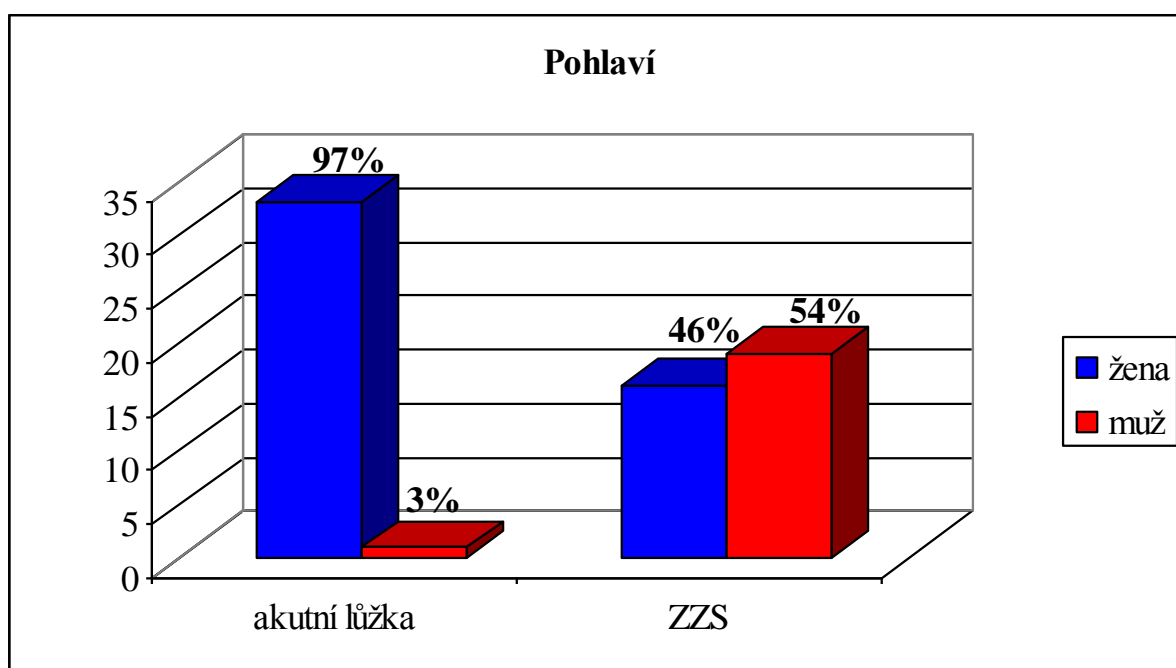
Dotazníky na jednotlivá oddělení a střediska záchranné služby byli distribuovány za pomoci staničních sester. Vyplněné dotazníky byly vloženy do obálek, aby byla zachována anonymita.

7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Pro zpracování výsledků bylo použito 69 správně a úplně vyplněných dotazníků, což je 100 %, které byly vyhodnocovány a zpracovány v počítačových programech Microsoft Office Word 2003 a Microsoft Office Excel 2003.

7.1 Vyhodnocení dotazníků

Otázka č. 1 – Pohlaví



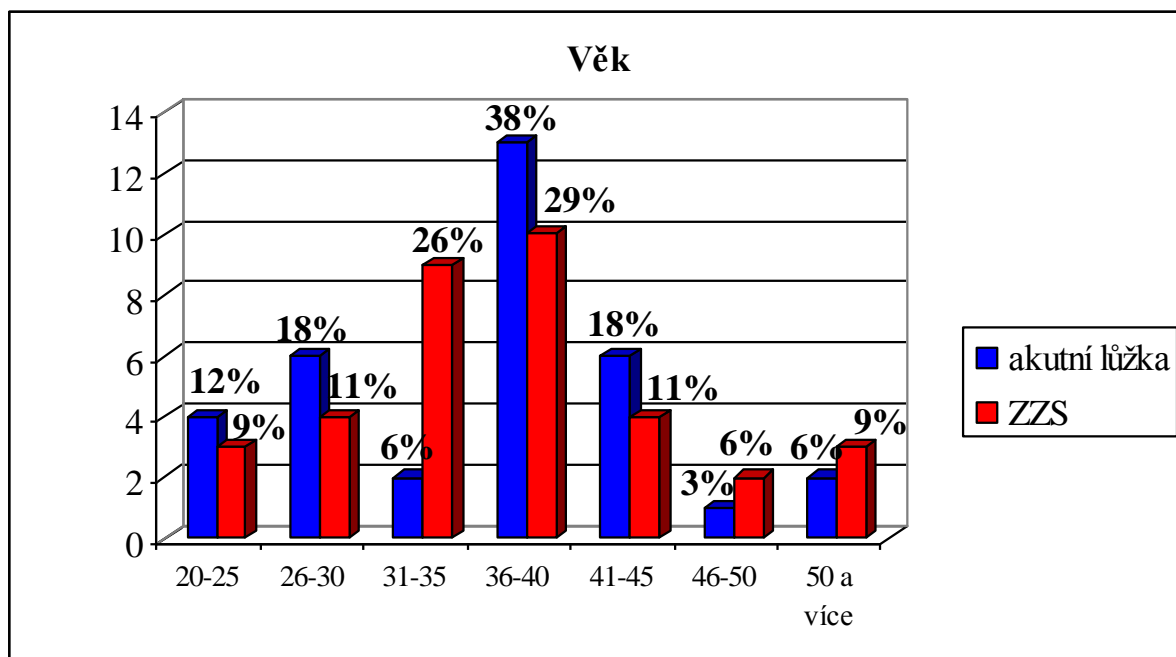
Obrázek 1 Graf – Pohlaví respondentů

Interpretace:

Na akutních lůžkách převládá zastoupení ženského pohlaví, z celkového počtu 34 respondentů je 33 žen (97 %) a pouze 1 muž (3 %).

Na zdravotnické záchranné službě převažuje zastoupení mužského pohlaví, z celkového počtu 35 dotazovaných respondentů je 19 mužů (54 %) a 16 žen (46 %).

Otázka č. 2 - Váš věk



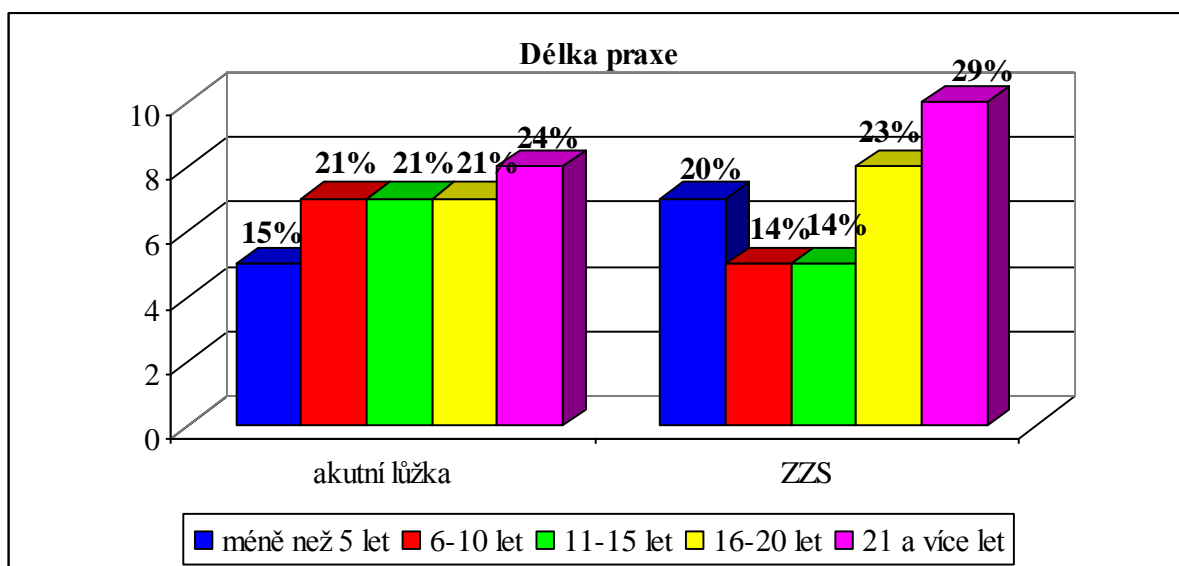
Obrázek 2 Graf – Věkové rozložení respondentů

Interpretace:

Na akutních lůžkách převažuje věkové zastoupení 36-40, což je 13 (38 %) z celkového počtu 34 respondentů. Následují respondenti ve věku 26-30 v počtu 6 dotazovaných (18 %), shodně je zastoupena i věková skupina 41-45 v počtu 6 dotazovaných (18 %). Dále je rozděleno zastoupení 4 (12 %) dotazovaných ve věkové skupině 20-25. Skupiny věkového rozložení 31-35 a 50 a více jsou shodně zastoupeny 2 (6 %) respondenty. Nejméně je zastoupena věková skupina 46-50 a to pouze 1 (3 %) respondentem.

Na zdravotnické záchranné službě je nejvíce zastoupena věková skupina 36-40, a to 10 (29 %) dotazovanými. Následují respondenti ve věku 31-35 v počtu 9 (26 %) dotazovaných. Věkové skupiny 26-30, a 41-45 jsou shodně zastoupeny 4 (11 %) respondenty. 3 (9 %) dotazovaných mají opět shodně dvě skupiny a to 20-25, a 50 let a více. Nejméně je ve zkoumaném vzorku zastoupena věková skupina 46-50, a to pouze 2 (3 %) dotazovanými.

Otázka č. 3 – Délka vaší praxe ve zdravotnictví



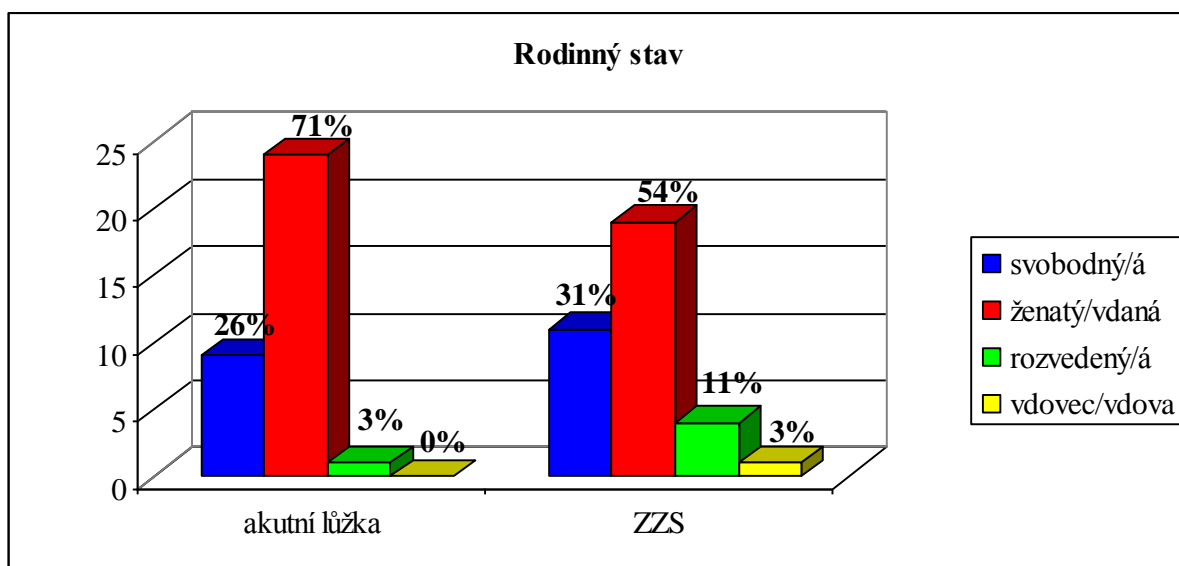
Obrázek 3 Graf – Délka praxe ve zdravotnictví

Interpretace:

Na akutních lůžkách je největší zastoupení 8 (24 %) respondentů s délkou praxe ve skupině 21 a více let. Shodně mají skupiny 6-10 let, 11-15 let a 16-20 let, a to vždy po 7 (21 %) dotazovaných. Nejméně je zastoupena skupina s délkou praxe do 5 let, a to pouze 5 (15 %) respondenty.

Na zdravotnické záchranné službě je opět nejpočetnější skupina s délkou praxe 21 a více let. Tvoří ji 10 (29 %) respondentů. Dále následuje skupina s délkou praxe 16-20 let, která zahrnuje 8 (23 %) dotazovaných. 7 (20 %) dotazovaných pracuje ve své profesi méně než 5 let. Shodně mají skupiny 6-10 let a 11-15 let, a to vždy po 5 (14 %) respondentech.

Otázka č. 4 – Rodinný stav



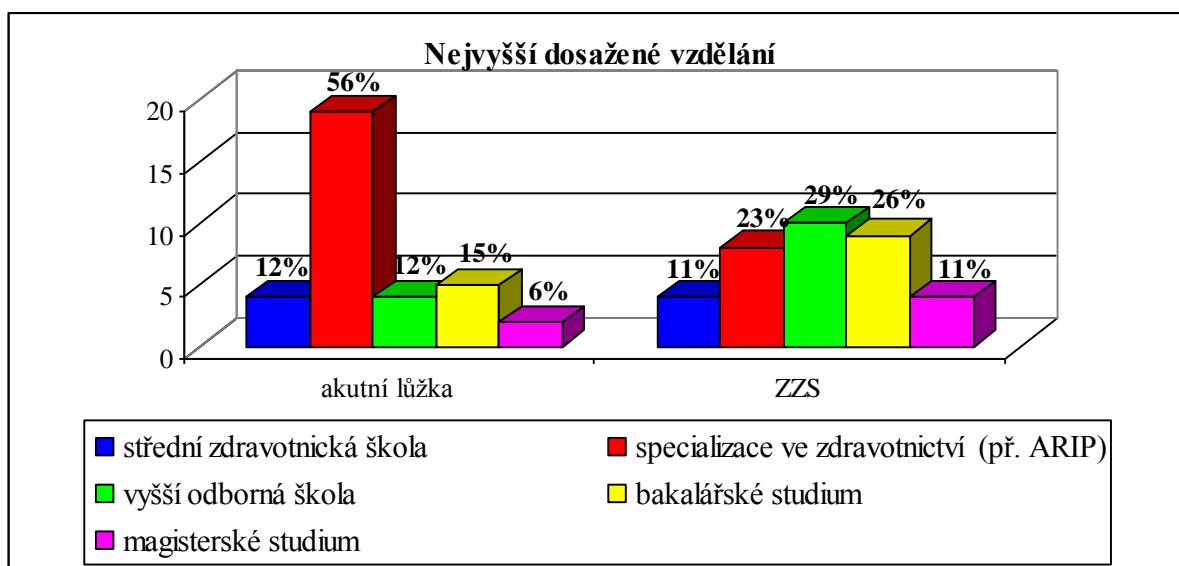
Obrázek 4 Graf – Rodinný stav respondentů

Interpretace:

Na akutních lůžkách 24 (71 %) respondentů uvedlo jako rodinný stav vdaná nebo ženatý. Svobodných je z celkového počtu 34 dotazovaných 9 (26 %) a 1 (3 %) respondent uvedl, že je rozvedený.

Na zdravotnické záchranné službě opět převažuje nejvíce respondentů 19 (54 %), s rodinným stavem vdaná nebo ženatý. 11 (31 %) dotazovaných je svobodných. Rozvedení jsou 4 (11 %) respondenti a 1 (3 %) dotazovaný uvedl, že je vdovec nebo vdova.

Otázka č. 5 – Nejvyšší dosažené vzdělání



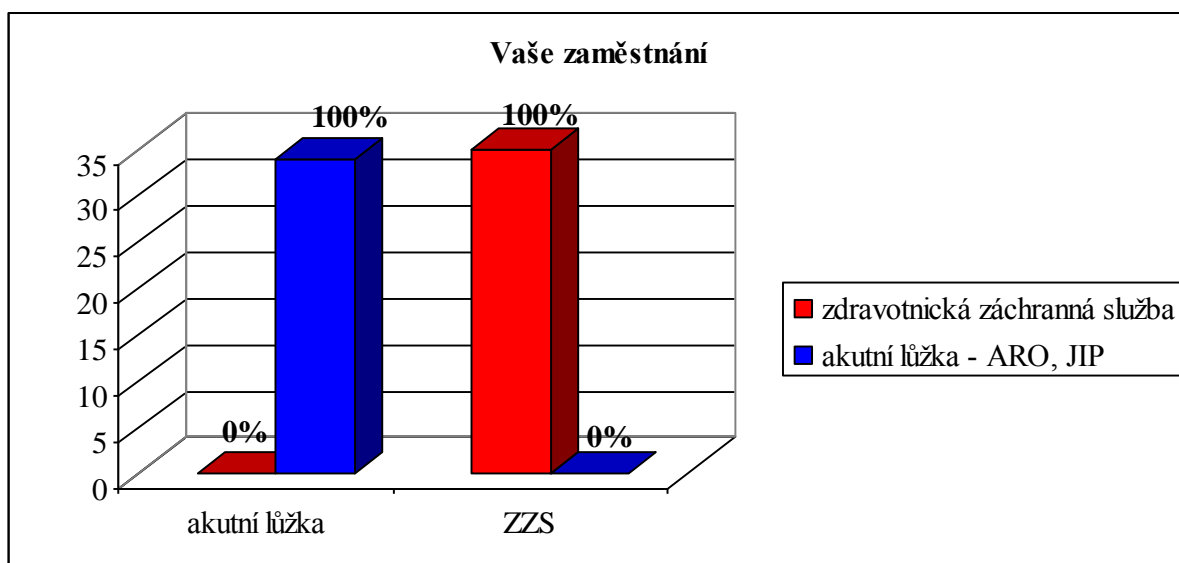
Obrázek 5 Graf – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Interpretace:

Na akutních lůžkách je ve zkoumaném vzorku nejvíce zastoupeno 19 (56 %) respondentů se specializací ve zdravotnictví. Bakalářské studium má 5 (15 %) dotazovaných. Střední zdravotnickou školu a vyšší odbornou školu uvedli shodně 4 (12 %) respondenti. Nejmenší zastoupenou skupinou je magisterské studium, kterou uvedli 2 (6 %) dotazovaní.

Na zdravotnické záchranné službě je nejvyšší zastoupení absolventů vyšší odborné školy. Celkový počet činní 10 (29 %) dotazovaných. Druhou nejvyšší skupinu tvoří bakalářské studium, které ukončilo 9 (26 %) oslovených. Specializaci ve zdravotnictví uvedlo 8 (23 %) dotazovaných. Shodný počet respondentů, a to vždy 4 (11 %) je u skupiny s nejvyšším dosaženým vzdělání, na střední zdravotnické škole a u magisterského studia.

Otázka č. 6 – Vaše zaměstnání

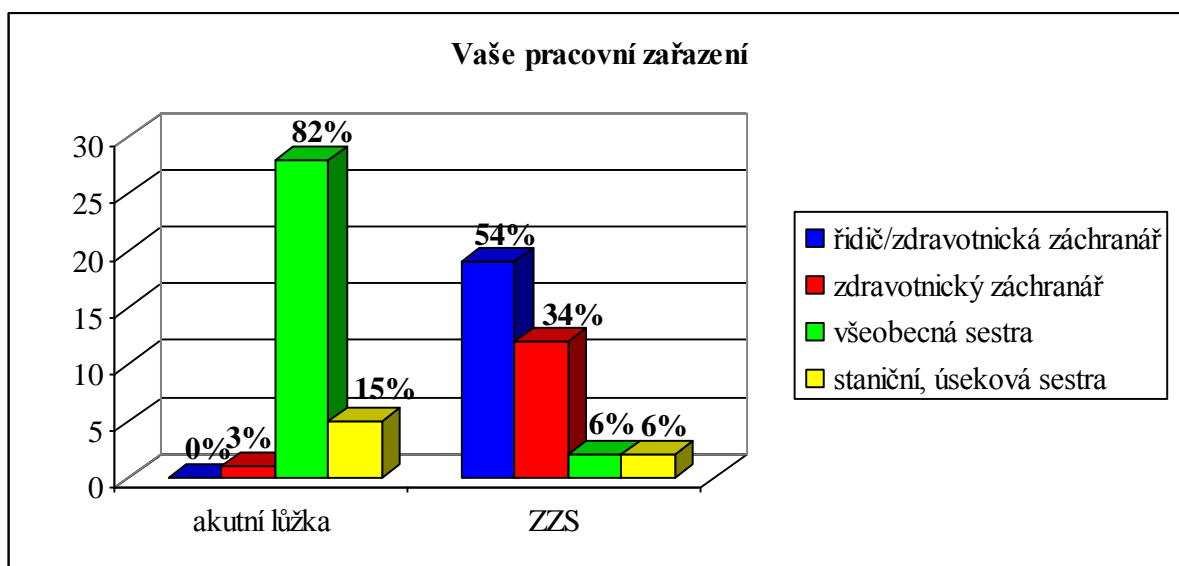


Obrázek 6 Graf – Zaměstnání

Interpretace:

Z celkového počtu 69 dotazovaných pracuje na akutních lůžkách 34 a na záchranné službě 35 respondentů.

Otázka č.7 – Vaše pracovní zařazení



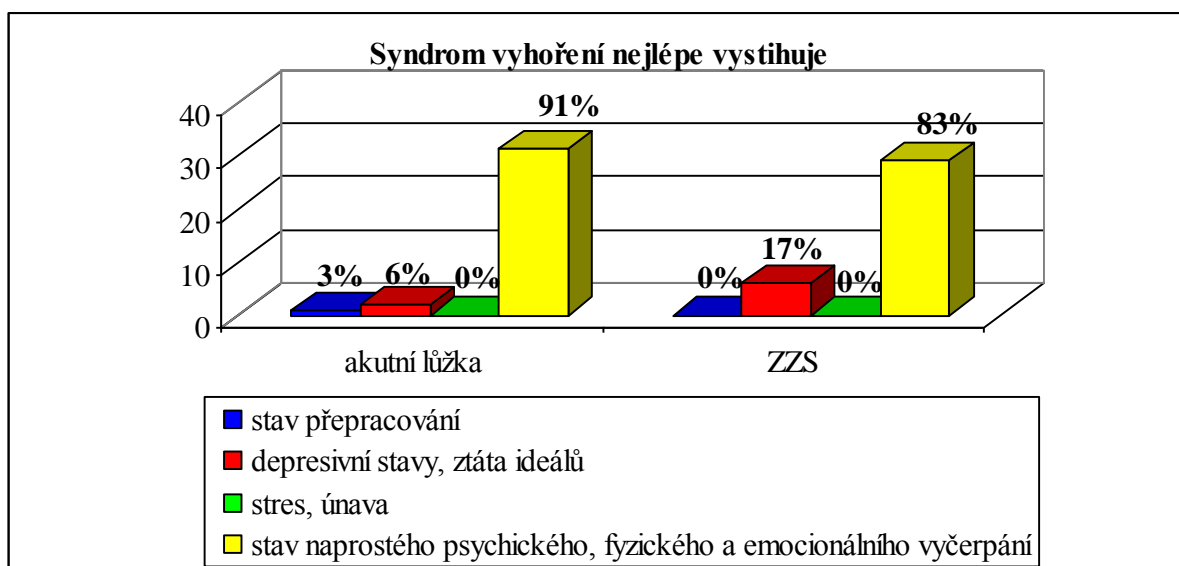
Obrázek 7 Graf – Pracovní zařazení

Interpretace:

Na akutních lůžkách pracuje nejvyšší počet 28 (82 %) na pozici všeobecné sestry. 5 (15 %) oslovených uvedlo své pracovní zařazení jako staniční nebo úseková sestra. 1 (3 %) dotazovaný uvedl, jako své pracovní zařazení zdravotnického záchranáře.

Na zdravotnické záchranné službě 19 (54 %) dotazovaných uvedlo své zařazení na pozici řidič/zdravotnický záchranář. Zařazení na pozici zdravotnického záchranáře uvedlo 12 (34 %) respondentů. Shodný počet respondentů, celkem 2 (6 %), uvedl své pracovní zařazení na pozici všeobecné sestry a staniční nebo úsekové sestry.

Otázka č. 8 – Pojem syndrom vyhoření nejlépe vystihuje



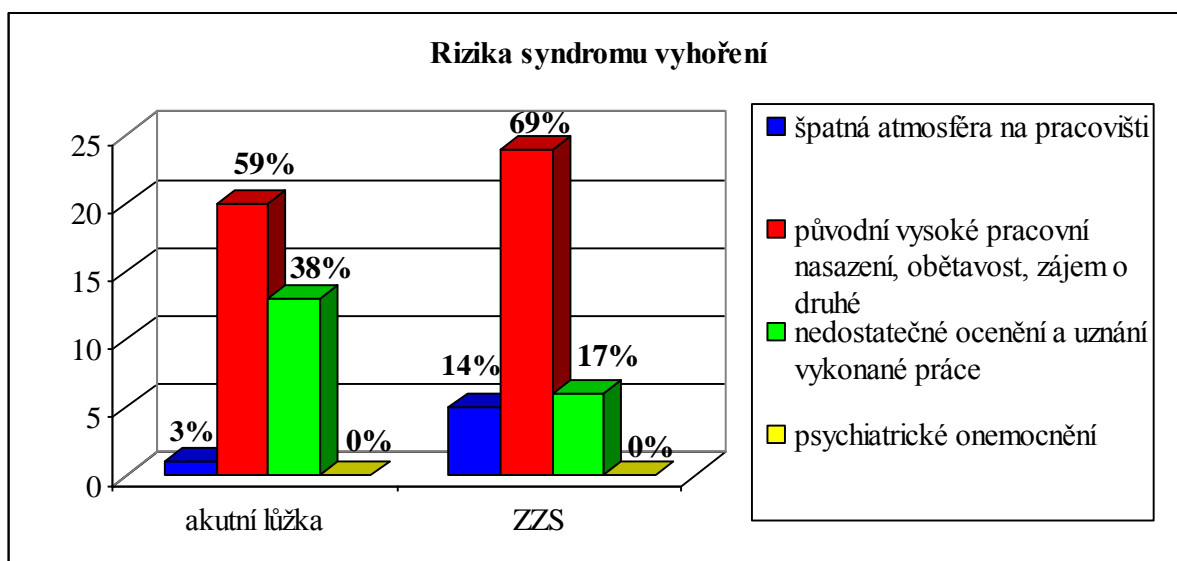
Obrázek 8 Graf – Syndrom vyhoření nejlépe vystihuje

Interpretace:

Syndrom vyhoření je stav naprostého psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání. Tuto správnou odpověď na odděleních akutní péče uvedlo 31 (91 %) dotazovaných. 2 (6 %) respondenti uvedli, že se jedná o depresivní stavy a ztrátu ideálu. Tato odpověď není správná. Chybné tvrzení je i stav přepracování, což uvedl 1 (3 %) oslovený.

Na zdravotnické záchranné službě správnou odpověď uvedlo 29 (83 %) dotazovaných. Odpověď, že se jedná o depresivní stavy a ztrátu ideálů uvedlo 6 (17 %) respondentů. Tato odpověď není správná.

Otázka č.9 – Mezi rizika syndromu vyhoření patří



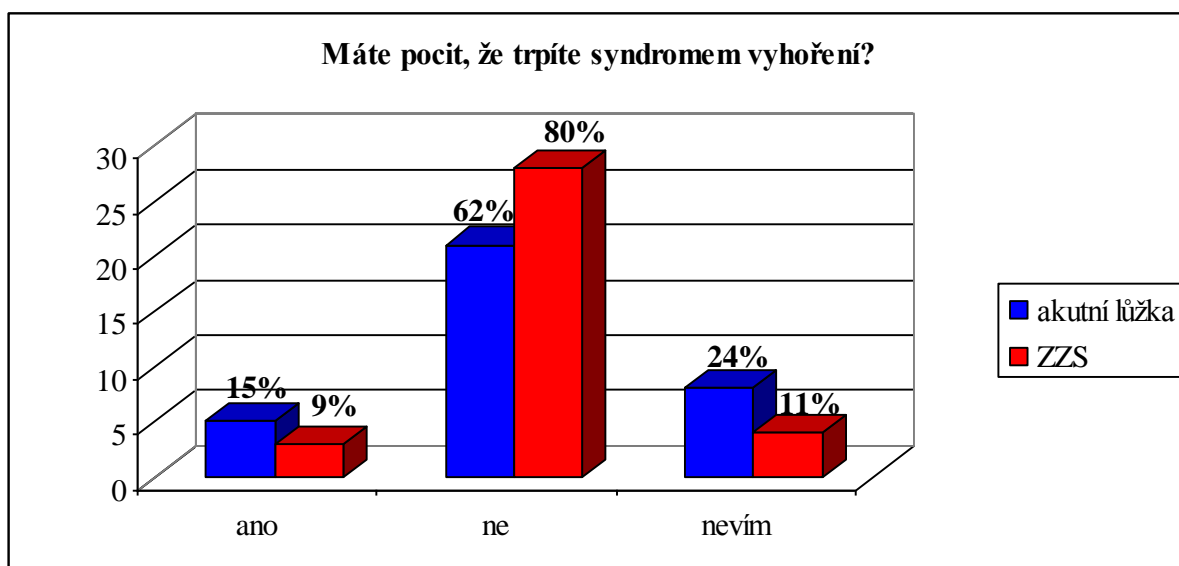
Obrázek 9 Graf – Rizika syndromu vyhoření

Interpretace:

Na akutních lůžkách 20 (59 %) dotazovaných uvedlo jako riziko syndromu vyhoření původní vysoké pracovní nasazení, obětavost, zájem o druhé. 13 (38 %) respondentů uvedlo jako riziko nedostatečné ocenění a uznání práce. 1 (3 %) dotazovaný uvádí, že rizikem je špatná atmosféra na pracovišti.

Na zdravotnické záchranné službě nejčastěji dotazovaní udávali jako riziko syndromu vyhoření původní vysoké pracovní nasazení, obětavost, zájem o druhé. Tuto variantu odpovědi zvolilo 24 (69 %) dotazovaných. 6 (17 %) respondentů zvolilo jako riziko vyhoření odpověď nedostatečného ocenění a uznání vykonané práce. 5 (14 %) dotazovaných zvolilo jako nejčastější riziko vzniku syndromu vyhoření špatnou atmosféru na pracovišti.

Otázka č. 10 – Máte pocit, že trpíte syndromem vyhoření?



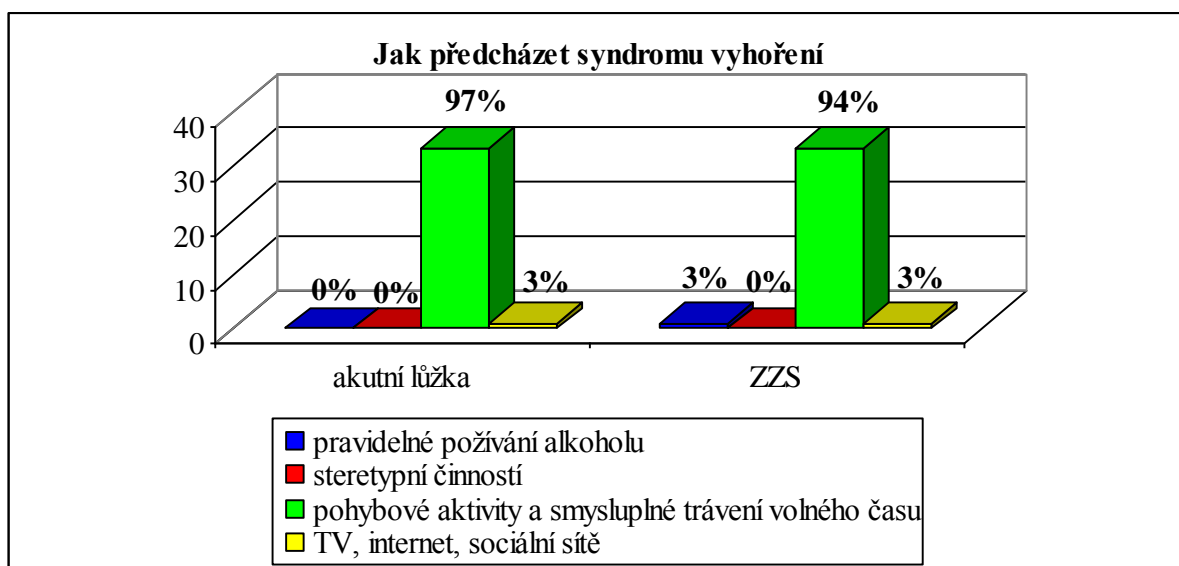
Obrázek 10 Graf – Máte pocit, že trpíte syndromem vyhoření?

Interpretace:

V akutní péči 21 (62 %) dotazovaných udává, že nemá subjektivní pocit syndromu vyhoření. 8 (24 %) respondentů neví, zda trpí symptomy syndromu vyhoření. 5 (15 %) respondentů subjektivně uvádí, že se u nich vyskytly příznaky syndromu vyhoření.

Na zdravotnické záchranné službě 28 (80 %) dotazovaných nepocítuje žádné příznaky syndromu vyhoření. 4 (24 %) respondenti neví, zda pocítují tyto symptomy. 3 (9 %) dotazovaní uvádí výskyt příznaků vyhoření.

Otázka č. 11 – Jak předcházet syndromu vyhoření



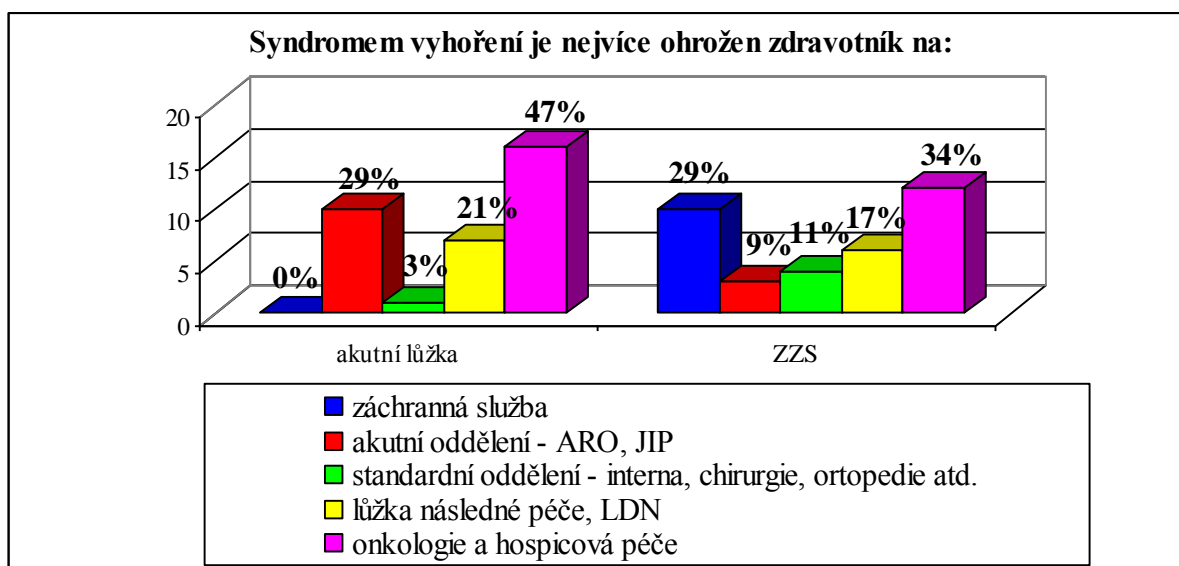
Obrázek 11 Graf – Jak předcházet syndromu vyhoření

Interpretace:

Na akutních lůžkách 33 (97 %) respondentů uvedlo, že nejvhodnější prevencí syndromu vyhoření jsou pohybové aktivity a smysluplné trávení volného času. Pouze 1 (3 %) dotazovaný uvedl jako prevenci televizi, internet a sociální sítě. Tato odpověď není správná.

Na zdravotnické záchranné službě 33 (94 %) dotazovaných uvedlo nejvhodnější prevencí vyhoření opět pohybové aktivity a smysluplné trávení volného času. Odpovědi pravidelné požívání alkoholu a televize, internet a sociální sítě měli vždy po 1 (3 %) respondentovi.

Otázka č. 12 – Syndromem vyhoření je nejvíce ohrožen zdravotník na:



Obrázek 12 Graf – Syndromem vyhoření je nejvíce ohrožen zdravotník na:

Interpretace:

Na oddělení akutní péče si NLZP nejčastěji myslí, že syndromem vyhoření je ohrožen zdravotník na onkologickém oddělení a hospicové péči. Tuto variantu odpovědi použilo 16 (47 %) dotazovaných. Další oddělení, kde jsou zdravotníci ohroženi vyhořením, jsou dle dotazovaných, 10 (29 %) akutní oddělení – ARO, JIP. 7 (21 %) dotazovaných uvedlo, že syndromem vyhoření jsou ohroženi pracovníci na lůžkách následné péče a LDN. Pouze 1 (3 %) respondent uvedl, že ohroženi jsou zdravotníci na standardních odděleních. Podle pracovníků v akutní péči zdravotníci na záchrané službě ohroženi vyhořením nejsou.

Na zdravotnické záchrané službě byla nejčastěji použita odpověď, že syndromem vyhoření je nejvíce ohrožen zdravotník onkologického oddělení a hospicové péče. Tuto variantu odpovědi použilo 12 (34 %) dotazovaných. 10 (29 %) respondentů uvedlo, že nejvíce je ohrožen zdravotník na záchrané službě, 6 (17 %) dotazovaných uvedlo lůžka následné péče a LDN, 4 (11 %) respondenti zvolili standardní oddělení. Nejméně, dle pracovníků na záchrané službě, jsou syndromem vyhoření ohroženi zdravotníci pracující na odděleních akutních - ARO, JIP. Tuto odpověď použili pouze 3 (9 %) dotazovaní.

Otázka č. 13 – standardizovaný dotazník Burnout Measure

Vyhodnocení dotazníku BM (Burnout Measure) – dotazník psychického vyhoření, autorů Ayaly M. Pinesové,PhD. a Elliota Aronsona,PhD.

Tento dotazník byl přeložen Jarem Křivohlavým a uveřejněn se souhlasem autorů.

Míru psychického vyčerpání vypočítáme z řádně vyplněného dotazníku

Vyhodnocení dotazníku BM.

Vypočítejte položku – **A** tím, že sečtete hodnoty, které respondenti uvedli u otázek číslo: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21. **A =**

Dále vypočítejte položku – **B**, tak, že sečtete hodnoty, které respondenti uvedli u otázek číslo: 3, 6, 19, 20. **B =**

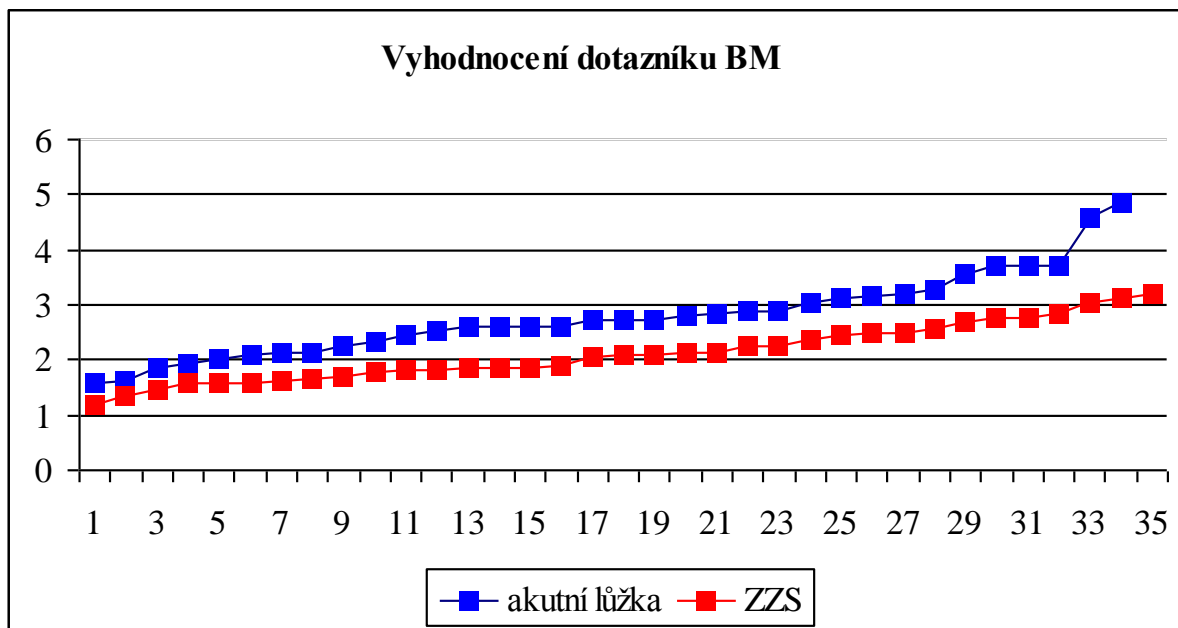
Nyní vypočítejte položku – **C**, a to tak, že odečtete od hodnoty 32 položku B tj. **C = 32-B**

Vypočítejte položku – **D**, a to tak, že sečtete hodnoty A a C tj. **D = A+C**

Vypočítejte celkové skóre **BQ** a to tak, že hodnotu D vydělíte číslem 21, tj. **BQ = D : 21**. BQ je hodnota psychického vyhoření změřená metodou BM.

Interpretace výsledků dotazníku BM

- Je-li výsledná hodnota BM = 2 a nižší – celkový výsledek z hlediska psychologie zdraví můžeme hodnotit jako **dobrý**.
- Je-li výsledná hodnota BM = až 3 – je možno výsledek hodnotit jako **uspokojivý**.
- Je-li výsledná hodnota BM mezi 3,0 a 4,0 pak se doporučuje zamyšlení nad stylem a smysluplností života. Doporučuje se ujasnit si žebříček hodnot.
- Je-li výsledná hodnota BM mezi 4,0-5,0 pak můžeme považovat přítomnost syndromu psychického vyčerpání za prokázanou. V tomto případě je dobré obrátit se na psychoterapeuta.
- Je-li výsledek BM vyšší než 5,0 jde o akutní krizi. Důležité je rychle jednat a na nic nečekat. Obrátit se na klinického psychologa nebo psychoterapeuta (Křivohlavý, 1998, s. 37-39).



Obrázek 13 Graf – Vyhodnocení standardizovaného dotazníku BM

Interpretace:

Hodnoty jsou seřazeny od nejnižší až po nejvyšší. Byly získány výpočtem standardizovaného dotazníku Burnout Measure.

Na akutních lůžkách je průměrná hodnota 2,79, minimální hodnota je 1,57, maximální hodnota je 4,86.

Na zdravotnické záchranné službě je průměrná hodnota 2,12, minimální hodnota je 1,19, maximální hodnota je 3,19.

8 DISKUZE

Bakalářskou práci jsem věnovala problematice syndromu vyhoření. Teoretická část je věnována definicím, příznakům, rizikovým faktorům, diagnostice, léčbě a prevenci syndromu vyhoření. Pro praktickou část byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Anonymní dotazníky byly distribuovány na oddělení akutní péče v nemocnici oblastního typu a na zdravotnickou záchrannou službu. Dotazník byl rozdělen na dvě části. První část byla změřena na získání anamnestických údajů a zjištění, zda respondenti mají povědomí o této problematice. Pro druhou část byl použit standardizovaný dotazník Burnout Measure autorů Ayaly M. Pinesové a Elliota Aronsona.

Dotazník byl distribuován mezi nelékařské zdravotnické pracovníky v urgentní a akutní péči. Z celkového počtu 69 respondentů, což je 100 %, v urgentní péči pracuje 35 (51 %) dotazovaných, na oddělení akutní péče 34 (49 %) respondentů. Výzkumu se z celkového počtu 69 zúčastnilo 49 (71 %) žen a 20 (29 %) mužů. Nejvíce dotazovaných respondentů bylo ve věkové skupině 36-40, z celkového počtu tuto skupinu označilo 23 (33 %) dotazovaných. Nejvíce respondentů, 18 (26 %), uvedlo délku praxe 21 a více let.

Výzkumná otázka č. 1 – předpokládám, že všichni dotazovaní mají vědomosti o problematice syndromu vyhoření.

60 (87 %) dotazovaných ví, že syndrom vyhoření je stav naprostého psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání. 44 (64 %) respondentů uvedlo, že tento stav vyvolává původní vysoké pracovní nasazení, obětavost a zájem o druhé. Většina respondentů (96 %) zná vhodné metody prevence syndromu vyhoření.

Výzkumná otázka byla potvrzena. Většina respondentů má dostatečné vědomosti o syndromu vyhoření a jeho prevenci.

Morávková (2013) ve své diplomové práci uvádí, že všichni dotazovaní respondenti na otázku „Znáte pojem syndrom vyhoření?“ uvedli ano. Ovšem v dalších otázkách, které se tímto pojmem zabývali, již odpovědi nepotvrdili předchozí výsledek. V ověřovací otázce na znalost pojmu vyhoření odpovědělo správně pouze 23,6 % dotazovaných. Ve své práci uvádí vyšší znalosti v oblasti preventivních opatření. 76,4 % respondentů mělo vědomosti z oblasti prevence. (Morávková, 2013, s. 88–89). Musím souhlasit s jejím tvrzením, že zájem o prevenci této problematiky mezi zdravotníky je vyšší než samotné teoretické informace. Za

zmínku stojí jistě i to, že 3 % respondentů uvedly v rámci prevence syndromu vyhoření pravidelné požívání alkoholu, což samozřejmě není správné tvrzení. Podobný výsledek a to 2,6% uvádí i Morávková (2013) ve své práci. Opět musím souhlasit s názorem, že i přes to vše jsou respondenti, kteří nemají dostatečné informace v rámci preventivních opatření. Pokud někdo řeší problémy tímto směrem, v budoucnu může mít problém nejen se závislostí na alkoholu, ale i se syndromem vyhoření (Morávková, 2013, s. 91).

Ve své práci jsem zaznamenala i u 6% dotazovaných odpověď, že prevencí syndromu vyhoření je trávení volného času u televize, počítače s internetem a navštěvování sociálních sítí. Opět se jedná o nesprávné tvrzení, které může mít negativní dopad na jedince.

Výzkumná otázka č. 2 – předpokládám, že míra vyhoření bude u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících v urgentní a intenzivní péči vysoká.

Vyhodnocením standardizovaného dotazníku Burnout Measure bylo zjištěno, že zdravotníci, kteří pracující v urgentní péči dosáhli nižších výsledků tzn., že míra vyhoření je u nich nižší, než u zdravotníků pracujících v intenzivní péči.

Z celkového počtu 35 respondentů pracujících na záchranné službě byla výsledná hodnota do 2 vypočítána u 16 (46 %) respondentů pracujících v urgentní péči. Výsledná hodnota do 3 byla zjištěna opět u 16 (46 %) dotazovaných. Pouze u 3 (6 %) dotazovaných byla zjištěna výsledná hodnota mezi 3-4.

Oproti tomu na odděleních akutní péče, ve které pracovalo 34 dotazovaných, byla výsledná hodnota do 2 zjištěna u pouze u 5 (15 %) respondentů. Výsledná hodnota do 3 byla vypočítána u 19 (56 %) dotazovaných pracujících v akutní péči. U 9 (26 %) respondentů byla výsledná hodnota po sečtení dotazníku mezi 3- 4. U 2 (6 %), se výsledná hodnota pohybovala mezi 4-5. 26 % dotazovaných by se mělo zamyslet nad svým životním stylem, a mělo by se pokusit urovnat svůj hodnotový systém. 6 % z celkového počtu 34 respondentů, by dle výsledků standardizovaného dotazníku mělo již vyhledat odbornou pomoc psychoterapeuta.

Výzkumná otázka č. 3 - předpokládám, že míra vyhoření je vyšší pracovníků na zdravotnické záchranné službě, než u sester pracujících v intenzivní péči.

Pomocí standardizovaného dotazníku Burnout Measure bylo zjištěno, že více jsou syndromem vyhoření ohroženy sestry pracující na oddělení akutní péče. Minimální zjištěná hodnoty byla 1,57, oproti tomu maximální zjištěná hodnota činila 4,86, což je hodnota, která

nám udává přítomnost syndromu psychického vyčerpání. V tomto případě by bylo vhodné zajistit konzultaci u psychoterapeuta.

V oblasti urgentní medicíny byla minimální hodnota 1,19. Maximální hodnota zjištěná vypočítáním standardizovaného dotazníku byla 3,19. Vyšší hodnoty se objevovaly u respondentů s delší dobou praxe v přednemocniční péči. Dle výsledků dotazníku Burnout Measure by bylo vhodné zamyslet se nad vlastním životním stylem a smysluplností života.

Kebza se Šeblovou provedli v roce 2005 studii o stresu a syndromu vyhoření u pracovníků na zdravotnické záchranné službě. V rámci souboru respondentů, hrozí více riziko vzniku syndromu vyhoření zaměstnancům s delší praxí v urgentní péči (Andršová, 2012, s. 15). Zdravotničtí záchranáři vzhledem k variabilnímu a akčnímu zaměstnání vyhořívají delší dobu, než všeobecné sestry pracující na odděleních akutní péče. Myslím, že tento fakt je způsoben zejména obsahem práce, kterou sestry vykonávají a řadou stereotypních činností.

Tato výzkumná otázka nebyla potvrzena. Předpokládala jsem, že vyšší hodnoty budou dosaženy u pracovníků v urgentní péči.

Výzkumná otázka č. 4 - předpokládám, že míra vyhoření zjištěná standardizovaným dotazníkem bude mezi hodnotami 2-3.

Z celkového počtu 69 respondentů, z toho 35 pracuje v urgentní péči a 34 v péči intenzivní, byly výsledné hodnoty mezi 2-3 zjištěny u 56 (81 %) dotazovaných. U 13 (19 %) byly výsledné hodnoty mezi 3-5.

Nejvyšší dosažená hodnota u respondentů pracujících na zdravotnické záchranné službě byla 3,19.

Mezi hodnotou 3-4 se pohybovali 3 dotazovaní. Ve dvou případech se jednalo o ženy s délkou praxe vyšší než 21 let. 1 respondent, který po výpočtu dotazníku dosáhl hodnoty mezi 3-4 byl muž s délkou praxe 11-15 let. Doporučení pro tyto respondenty by mělo spočívat v zamyšlení nad životním stylem a ujasnit si žebříček hodnot.

Na odděleních akutní péče nevyšší získaná hodnota vypočítaná ze standardizovaného dotazníku BM byla 4,86.

Mezi hodnotou 4-5 je pohybovali 2 dotazovaní. Jednalo se o ženy, s délkou praxe 6-10 let a 16-20 let. U těchto jedinců je přítomnost psychického vyčerpání prokázáno. Bylo by vhodné vyhledat odborníka, který by posoudil celkový stav a navrhl řešení vzniklé situace.

Mezi hodnotou 3-4 se pohybovalo 9 dotazovaných. Šlo o ženy s různou délkou praxe. 3 respondenti byli s délkou praxe více než 21 let, vždy po 2 dotazovaných měli skupiny s délkou praxe 6-10 let a méně než 5 let. Ve skupině 11-15 let a 16-20 let bylo shodně po 1 respondentovi. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že vyhořením jsou ohořené všeobecné sestry s kratší délkou praxe. Nejsou ale výjimkou ani pracovníci, kteří v tomto povolání pracují řadu let. Doporučení pro tuto skupinu respondentů by mělo spočívat v zamyšlení nad životním stylem a úpravou hodnotového systému.

Jirmanová (2008) ve své práci „Syndrom vyhoření u všeobecných sester na pracovištích intenzivní péče“ uvádí, že při vyhodnocování standardizovaného dotazníku MBI (Maslach Burnout Inventory) se sestry nejvíce blíží syndromu vyhoření v oblasti osobního uspokojení. Žádná z oslovených zdravotních sester této hranice ale nedosáhla. Dále uvádí, že z výsledků vyplývá, že jsou všeobecné sestry více vyčerpané, než „vyhořelé“ (Jirmanová, 2008, s. 42).

Tato výzkumná otázka byla potvrzena. Většina respondentů dosáhla po výpočtu standardizovaného dotazníku Burnout Measure stanovených hodnot v rozmezí 2-3.

9 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo popsat problematiku syndromu vyhoření. V teoretické části jsem se zabývala jeho definováním, příznaky, rizikovými faktory, diagnostikou, léčbou a prevencí. Pro výzkumnou část byla zvolena metoda anonymního dotazníkového šetření. Dotazník byl distribuován zdravotníkům na oddělení akutní péče v nemocnici okresního typu. Další skupinu respondentů tvořili zdravotníci pracující na zdravotnické záchranné službě.

Dotazník byl složen ze dvou částí. První část byla zaměřena na sběr anamnestických dat o respondentech, zjištění jejich vědomostí o syndromu vyhoření, jeho rizicích a prevenci. Druhá část byla tvořena standardizovaným dotazníkem BM – Burnout Measure, který hodnotí míru vyhoření. Dotazovaní se vyjadřovali ke 21 otázkám, kde hodnotili své pocity za poslední měsíc na stupnici od 0 do 7, přičemž hodnota 0 znamenala „nikdy“ a hodnota 7 vyjadřovala pocity „vždy“.

O problematice syndromu vyhoření se v současné době stále více hovoří. Jde o závažný celosvětový problém, který se nedotýká pouze zdravotnických pracovníků, ale zasahuje celou společnost. Důležité je tomuto problému předcházet, proto by měl každý člověk pečovat o své zdraví. Zdravotníci se každý den dostávají do nelehkých a náročných situací, které musí řešit. Ne každý se s nimi ale dokáže vyrovnat bez možných následků v budoucnu.

Jedno z hlavních doporučení pro praxi by měla být bezesporu dostatečná informovanost zaměstnanců. Každý by měl mít povědomí o tom, co syndrom vyhoření je, rozeznat jeho symptomy a mít povědomí o preventivních opatřeních.

Ze strany zaměstnavatele je nutná motivace zaměstnanců k prevenci a poskytnutí vhodného pracovního prostředí. Pracovník by měl mít možnost řešit problémy a první příznaky s odborníkem. Pokud se zaměstnavatel nebude o své zaměstnance starat, je velká pravděpodobnost nárůstu lidí s rozvojem vyhoření. Ti nebudou schopni kvalitně vykonávat své povolání a následkem toho bude pokles kvality péče o pacienty.

10 POUŽITÁ LITERATURA

1. ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. Praha: Grada, 2012. 120 s. ISBN 978-80-247-4119-2.
2. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
3. BEDRNOVÁ, Eva a kol. *Management osobního rozvoje, duševní hygiena, sebeřízení a efektivní životní styl*. Praha: Management press, 2009. 360 s. ISBN 978-80-7261-198-0.
4. HERMAN, Erik a Pavel DOUBEK. *Deprese a stres: vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha: Maxdorf, 2008. 94 s. ISBN 978-80-7345-157-8.
5. HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad, 2013. 229 s. ISBN 978-80-7429-331-3.
6. JANÁČKOVÁ, Laura. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7387-179-6.
7. JIRMANOVÁ, Petra. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester na pracovištích intenzivní péče*. Pardubice, 2008. 52 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Magdaléna Řeřuchová.
8. KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál, 2007. 139 s. ISBN 978-80-7367-299-7.
9. KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2. rozšířené a doplněné vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998. 131 s. ISBN 80-7169-551-3.
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.

12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. Praha: Grada, 2012. 175 s. ISBN 978-80-7195-573-3.
13. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. 78 s. ISBN: 80-247-0784-5.
14. MERG, Klaus a KNÖDLER, Torsten. *Jak přežít v práci: každodenní povolání bez stresu a vyhoření: koučem vlastní kariéry: vycházení s kolegy a šéfy: jak se nenechat vyždímat*. Brno: Computer Press, 2007. 145 s. ISBN 978-80-251-1723-1.
15. MORÁVKOVÁ, Jana. *Faktory ovlivňující výskyt syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků*. Brno, 2013. 126 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Marie Macková, Ph.D.
16. NOVÁK, Tomáš. *Sám sobě psychologem 2*. Praha: Grada, 2010. 187 s. ISBN 978-80-247-2956-5.
17. SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka: [podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích]*. Praha: Portál, 2008. 234 s. ISBN: 978-80-7367-369-7.
18. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. 103 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
19. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. 184 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

11 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Orientační dotazník	57
Příloha B – Dotazník MBI – Maslach Burnout Inventory	59
Příloha C – Dotazník Burnout Measure (BM).....	61
Příloha D – Anonymní dotazník	63

Příloha A – Orientační dotazník

Autoři D. Howkins, F. Minirth, P. Maier, Ch. Thursman

Pokuste se na následující soubor výpovědí a tvrzení odpovědět buď „ano“ (vyjádřit s daným tvrzením souhlas) nebo „ne“ (vyjádřit s danou výpovědí nesouhlas).

1. Čím dále, tím více poznávám, že se nemohu dočkat konce pracovní doby, abych mohl práci opustit a jít domů.
2. Zdá se mi, že v poslední době nic nedělám tak dobře, jak to dělat mám.
3. Snadněji nyní ztrácím klid, nežli jsem ho ztrácel dříve
4. Častěji myslím na to, změnit práci (pracoviště, zaměstnání atp.)
5. V poslední době jsem stále cyničtější a mám negativnější postoj ke všemu, co dělám.
6. Mám stále častěji bolesti hlavy nebo bolesti hlavy trvají déle. Mám bolesti v kříži nebo jiné tělesné příznaky toho, že mi není dobře.
7. Často se mi zdá, že nikomu kolem mne o nic nejde a cítím se beznadějně.
8. Častěji se nyní napiji alkoholu, aby mi bylo lépe a (nebo) беру si prášky na spaní či „na dobře“ či na uklidnění, abych zvládl každodenní drobné stresové situace.
9. Zdá se mi, že již nemám tolik nadšení a energie, kolik jsem dříve měl. Cítím se stále unaven a vyčerpán.
10. Cítím nyní příliš velkou odpovědnost, tlak a napětí v práci.
11. Má paměť již není taková, jaká dříve byla.
12. Nejsem s to soustředit se na práci, jak jsem dříve se na práci soustředoval.
13. Moc dobře nespím.
14. Má chuť k jídlu se v poslední době zhoršila nebo naopak, zdá se mi, že nyní jím více, nežli jsem dříve jedl.
15. Cítím, že jsem ztratil iluze - pocítuji nedostatek něčeho, pro co bych se mohl nadchnout.

16. V práci mi to nyní tak moc nejde jako dříve. Nedá se to dělat co nejlíp, jak jsem byl zvyklý a nedá se toho udělat co nejvíce.
17. Cítím se jako „chyby v úkolu“, když myslím na to, co v práci (zaměstnání) dělám. Zdá se mi, že vše, co tam dělám, za moc (za nic) nestojí.
18. Obtížněji, nežli tomu bylo dříve, se mi dělá jakékoliv rozhodnutí (těžko se rozhoduji).
19. Zjišťuji, že v práci toho dělám nyní méně, nežli jsem toho udělal dříve. Zjišťuji i to, že to, co nyní dělám, nedělám tak dobře, jak jsem to dělal dříve.
20. Často se ptám sám sebe: „Co se namáháš? Vždyť to všechno je přece k ničemu“.
21. Zdá se mi, že nejsem moc ceněn a odměňován za vše, co jsem udělal.
22. Cítím se bezmocný a nevím, jak se dostat z problémů, které mám.
23. Lidé mi říkají, že s ohledem na práci, kterou dělám, jsem v jádru idealista (snažím se dosáhnout něčeho, co neexistuje).
24. Domnívám se, že má kariéra dosáhla mrtvého bodu.

Vyhodnocení výsledků tohoto vyšetření

Je-li většina odpovědí „ano“, tak v tomto případě jde o možnost zrodu burnout syndromu – psychického vyhoření (Křivohlavý, 1998, s. 33- 35).

Příloha B – Dotazník MBI – Maslach Burnout Inventory

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

Síla pocitů: 0 (nikdy) - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (velmi silně)

1. EE - Práce mě citově vysává.
2. EE - Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil.
3. EE - Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unavený/á.
4. PA – Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů
5. DP – Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi.
6. EE – Celodenní práce s lidmi je pro mě skutečně namáhavá.
7. PA – Jsem schopen/na velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů.
8. EE – Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce.
9. PA – Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a nalaďuji.
10. DP – Od té doby, co vykonávám svou profesi, jsem se stal méně citlivý k lidem.
11. DP – Mám strach, že výkon mé práce mne činní citově tvrdým.
12. PA – Mám stále hodně energie.
13. EE – Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení.
14. EE – Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mě to vyčerpává.
15. DP – Už mě dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty.
16. EE – Práce s lidmi mi přináší silný stres.
17. PA – Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru.

18. PA – Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/ pacienty.
19. PA – Za roky své práce jsem byl úspěšný/á a udělal/a hodně dobrého.
20. EE – Mám pocit, že jsem na konci svých sil.
21. PA – Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.
22. DP – Cítím, že klienti/ pacienti mi přičítají některé své problémy

Vyhodnocení dotazníku

Vyhodnocení tohoto dotazníku spočívá v součtu všech bodových hodnocení v jednotlivých sub-škálách.

EE – stupeň emocionálního vyčerpání

Nízký 0-16

Mírný 17-26

Vysoký 27 a více = vyhoření

DP – stupeň depersonalizace

Nízký 0-6

Mírný 7-12

Vysoký 13 a více = vyhoření

PA – stupeň osobního uspokojení

Vysoký 39 a více

Mírný 38

Nízký 31 - 0 = vyhoření

(Venglářová, 2011, s. 42- 44)

Příloha C – Dotazník Burnout Measure (BM)

Dotazník psychického vyhoření – Burnout Measure (BM) autorů Ayala M. Pinesové, PhD., a Elliota Aronsona, PhD. z roku 1980.

Dotazník je složen z 21 otázek. Hodnocení respondentem probíhá na sedmi stupňové škále.

1 – nikdy, 2 – jednou za čas, 3 – zřídka, 4 – někdy, 5 – často, 6 – obvykle, 7 – vždy

1. Byl jsem unaven.
2. Byl jsem v depresi (tísni).
3. Prožíval jsem krásný den.
4. Byl jsem tělesně vyčerpán.
5. Byl jsem citově vyčerpán.
6. Byl jsem šťasten.
7. Cítil jsem se vyřízen.
8. Nemohl jsem se vzchopit a pokračovat dál.
9. Byl jsem nešťastný.
10. Cítil jsem se uhoněn a utahán.
11. Cítil jsem se jakoby chycen v pasti.
12. Cítil jsem se, jako bych byl nula (bezcestný).
13. Cítil jsem se utrápen.
14. Tížily mě starosti.
15. Cítil jsem se zklamán a rozčarován.
16. Byl jsem slab a na nejlepší cestě k onemocnění.
17. Cítil jsem se beznadějně.
18. Cítil jsem se odmítnut a odstrčen.

19. Cítil jsem se pln optimismu.

20. Cítil jsem se pln energie.

21. Byl jsem pln úzkosti.

(Křivohlavý, 2012, s. 50)

Příloha D – Anonymní dotazník

Dotazník

Vážení kolegové a kolegyně,

jsem studentkou 3. ročníku kombinovaného bakalářského studia oboru všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Pro svoji bakalářskou práci jsme si zvolila téma „*Syndrom vyhoření u vybraných zdravotnických pracovníků v urgentní a intenzivní péči*“.

Touto cestou Vás žádám o pravdivé vyplnění dotazníku. Samozřejmostí je anonymita a důvěrnost všech získaných dat.

Vámi vybranou odpověď prosím označte křížkem. V otázkách máte možnost jediné správné odpovědi. U otázky č. 13, prosím vyplňte příloženou tabulku dle instrukcí.

Děkuji za spolupráci a Váš čas.

Klára Hynková, DiS

1. Pohlaví:

- žena muž

2. Váš věk:

- 20-25 41-45
 26-30 46-50
 31-35 51 a více
 36-40

3. Délka Vaší praxe ve zdravotnictví:

- méně než 5 let
 6-10 let
 11-15 let
 16-20 let
 21 let a více

4. **Rodinný stav:**

- svobodný/á
- ženatý/vdaná
- rozvedený/á
- vdovec/vdova

5. **Nejvyšší dosažené vzdělání:**

- střední zdravotnická škola
- specializace ve zdravotnictví (př. ARIP)
- vyšší odborná škola
- bakalářské studium
- magisterské studium

6. **Vaše zaměstnání:**

- zdravotnická záchranná služba
- akutní lůžka – ARO, JIP

7. **Vaše pracovní zařazení:**

- řidič/ zdravotnický záchranář
- zdravotnický záchranář
- všeobecná sestra
- staniční, úseková sestra

8. **Pojem syndrom vyhoření nejlépe vystihuje:**

- stav přepracování
- depresivní stavy, ztráta ideálů
- stres, únava
- stav naprostého psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání

9. **Mezi nejčastější riziko vzniku syndromu vyhoření patří:**

- špatná atmosféra na pracovišti
- původní vysoké pracovní nasazení, obětavost, zájem o druhé
- nedostatečné ocenění a uznání vykonané práce
- psychiatrická onemocnění

10. **Máte pocit, že trpíte syndromem vyhoření?**

- ano
- ne
- nevím

11. **Jak předcházet syndromu vyhoření:**

- pravidelné požívání alkoholu
- stereotypní činnosti
- pohybové aktivity a smysluplné trávení volného času
- TV, internet, sociální sítě

12. **Syndromem vyhoření je nejvíce ohrožen zdravotník na:**

- záchranné službě
- akutních odděleních – ARO, JIP
- standardních odděleních – interna, chirurgie, ortopedie atd.
- lůžcích následné péče a LDN
- onkologiích a v hospicové péči

13. U každé položky zakřížkujte, do jaké míry se Vás jednotlivé výpovědi týkají.

Hodnoťte své pocity za poslední měsíc.

Hodnocení:

1 - nikdy, 2 - jednou či dvakrát, 3 - zřídka, 4 - někdy, 5 - často, 6 - převážně, 7 - stále

		1	2	3	4	5	6	7
1.	Byl/a jsem unaven/a.							
2.	Byl/a jsem v depresi (tísni).							
3.	Prožíval/a jsme krásný den.							
4.	Byl/a jsem tělesně vyčerpán/a.							
5.	Byl/a jsem citově vyčerpán/a.							
6.	Byl/a jsem šťasten/šťastna.							
7.	Cítil/a jsem se vyřízen/a (zničen/a).							
8.	Nemohl/a jsme se vzchopit a pokračovat dál.							
9.	Byl/a jsem nešťastný/nešťastná.							
10.	Cítil/a jsem se uhoněn/a a utahán/a.							
11.	Cítil/a jsem se jako by uvězněn/a v pasti.							
12.	Cítil/a jsem se jako bych byl/a nula (bezpečný).							
13.	Cítil/a jsem se utrápen/a.							
14.	Tížily mne starosti.							
15.	Cítil/a jsem se zklamán/a a rozčarován/a.							
16.	Byl/a jsem slabý/á a na nejlepší cestě k onemocnění.							
17.	Cítil/a jsem se beznadějně.							
18.	Cítil/a jsem se odmítnut/a a odstrčen/a.							
19.	Cítil/a jsem se pln/a optimismu.							
20.	Cítil/a jsem se pln/a energie							
21.	Byl/a jsem pln/a úzkosti a obav.							