

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Jana Málková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků v dlouhodobé péči

Jana Málková

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Málková**
Osobní číslo: **Z14087**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků
v dlouhodobé péči**
Zadávací 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 stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

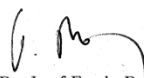
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

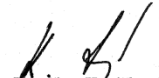
1. **KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Hořet, ale nevyhořet. 2.přeprec. vyd. V KNA 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-573-3.**
2. **PAULÍK, Karel. Psychologie lidské odolnosti. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2959-6.**
3. **PUNCH, Keith. Základy kvantitativního šetření. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9.**
4. **STOCK, Christian. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.**
5. **VENGLÁŘOVÁ, Martina. Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.**

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Sabina Slavíčková**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2015**
Termín odevzdání bakalářské práce: **21. července 2017**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. března 2017


Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci 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 20. 7. 2017



Jana Málková

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce PhDr. Sabině Slavičkové za odborné vedení, trpělivost a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Děkuji za čas, který mi věnovala při konzultování, a za ochotu mi pomoci. Chci také poděkovat ředitelům zařízení za to, že souhlasili s provedením výzkumu, a také všem respondentům za ochotu a čas při vyplňování dotazníků. V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům za podporu při studiu.

ANOTACE

Název bakalářské práce je Syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků v dlouhodobé péči. Práce se skládá z teoretické a výzkumné části. V teoretické části je popisována problematika syndromu vyhoření. Zabývá se rizikovými faktory, které mají vliv na vznik vyhoření, fázemi vývoje, projevy, diagnostikou, léčbou a prevencí. Dále je popisován pojem stres, který s danou problematikou úzce souvisí. Okrajově je zmíněna dlouhodobá péče. Výzkumná část uvádí výsledky výzkumu o zjištění stupně výskytu syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků, kteří pracují na oddělení následné péče a rehabilitace a v domovech pro seniory. Obsažena jsou také zjištění, do jaké míry jsou zdravotníci informováni o problematice vyhoření a jak předcházejí syndromu vyhoření v osobním a pracovním životě. Výzkum byl prováděn formou dotazníků, které byly anonymní.

KLÍČOVÁ SLOVA

Dlouhodobá péče, prevence, rizikové faktory, stres, syndrom vyhoření

TITLE

Burnout syndrome among health workers in long-term care

ANNOTATION

Name of this work is „Burnout syndrome among health workers in long term care.“ This paper consists of both, theoretical and practical research part. There is main focus on the background of burnout syndrome in theoretical part, for example risk factors which may lead to burnout syndrome, stages of progression, symptoms, diagnosis as well as treatment and prevention. There is also a part describing term „stress“ that has tight connection to the topic of burnout syndrome. Last but not least in theoretical part is marginally mentioned subject of long-run healthcare. Research part of this paper includes results of research that was targeted at finding out prevalence of burnout syndrome among the health care workers, working on department of out-patient service, rehabilitation service and senior homes. Ascertainments about extent of health workers' awareness of burnout syndrome issue and its prevention in both personal and professional life are included as well. Research is based on anonymous questionnaires, filled by probands.

KEYWORDS

Long-term care, prevention, risk factors, stress, burnout syndrome

OBSAH

0	Úvod.....	13
I TEORETICKÁ ČÁST.....		14
1	Stres	14
1.1	Teorie stresu	14
1.2	Druhy stresu	16
1.3	Příčiny stresu.....	16
1.4	Příznaky stresu	17
1.4.1	Behaviorální příznaky.....	17
1.4.2	Psychické příznaky	17
1.4.3	Fyziologické příznaky.....	17
1.5	Zvládání stresu	18
1.5.1	Resilience.....	18
1.5.2	Coping.....	18
1.6	Důsledky stresu	19
2	Syndrom vyhoření.....	20
2.1	Historie syndromu vyhoření.....	20
2.2	Definice syndromu vyhoření.....	21
2.3	Odlišení syndromu vyhoření od jiných psychických stavů.....	22
2.4	Rizikové faktory.....	23
2.4.1	Profese ohrožené syndromem vyhoření.....	24
2.4.2	Charakterové vlastnosti.....	24
2.5	Vývoj syndromu vyhoření.....	24
2.5.1	Fáze vývoje	25
2.6	Symptomy syndromu vyhoření	26
2.7	Diagnostika syndromu vyhoření	27
2.7.1	Dotazníkové metody	27

2.8	Léčba syndromu vyhoření.....	28
2.9	Prevence syndromu vyhoření.....	28
3	Dlouhodobá péče	31
3.1	Dlouhodobá péče podle OECD	31
3.2	Vývoj dlouhodobé péče v ČR	31
3.3	Strategické úkoly dlouhodobé péče	31
3.4	Poskytovatelé dlouhodobé péče	32
3.5	Náročnost práce zdravotnických pracovníků v dlouhodobé péči	32
II VÝZKUMNÁ ČÁST		33
4	Metodika výzkumu	34
4.1	Charakteristika vzorku	35
4.2	Prezentace výsledků dotazníku vlastní tvorby	36
4.3	Prezentace výsledků dotazníku MBI.....	50
5	Diskuze	54
6	Závěr	58
7	Použitá literatura	59
8	Přílohy.....	63

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Věk respondentů.....	36
Obrázek 2 Pracovní pozice respondentů.....	37
Obrázek 3 Zařízení, ve kterém respondenti pracují	38
Obrázek 4 Délka praxe respondentů v dlouhodobé péči	39
Obrázek 5 Informovanost respondentů, zda ví co je to syndrom vyhoření	40
Obrázek 6 Jiný název syndromu vyhoření.....	41
Obrázek 7 Informovanost respondentů o projevech syndromu vyhoření.....	42
Obrázek 8 Zdroje získání informací o syndromu vyhoření	43
Obrázek 9 Způsob relaxace respondentů ve volném čase	44
Obrázek 10 Počet hodin volného času během týdne	45
Obrázek 11 Metody prevence na pracovišti	46
Obrázek 12 Poskytovatel prevence syndromu vyhoření v zaměstnání.....	47
Obrázek 13 Jak často jsou na pracovišti konány preventivní programy.....	48
Obrázek 14 Hodnocení prevence syndromu vyhoření na pracovišti ze strany respondentů	49
Obrázek 15 Stupeň vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání	51
Obrázek 16 Stupeň vyhoření v oblasti depersonalizace	52
Obrázek 17 Stupeň vyčerpání v oblasti osobního uspokojení	53
Tabulka 1 Počet vyhořelých a nevyhořelých respondentů v závislosti na délce praxe	53

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

BM	Burnout Measure
ČR	Česká republika
DP	Depersonalization
EE	Emocional Exhaustion
GAS	General Adaptation Syndrom
ICD	International Classification of Diseases
MBI	Maslach Burnout Inventory
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
PA	Personal Accomplishment
PSA	Personal Subjective Analysis
Sb.	Sbírka zákonů
TM	Tedium Measure

0 ÚVOD

Téma bakalářské práce se zaměřuje na problematiku syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků v dlouhodobé péči. Během praxe v průběhu studia bylo možné setkat se s příjemnými i nepříjemnými situacemi na odděleních různé specializace. Při praxi v domovech pro seniory bylo záměrně zvoleno zpracování práce na toto téma. Naskytla se příležitost zapojit se do týmu zdravotnického personálu, který se staral o nesoběstačné klienty, a poznávat prožívání radostí a stresových situací, chování a povahu personálu ve vztahu k pacientům a jejich blízkým. Povolání zdravotnických pracovníků patří k jednomu z těch nejvíce stresujících. Jde o náročnost časovou, ale i fyzickou, o umění komunikace s klientem, empatii a poskytnutí psychické opory. Této tematice je věnována pozornost z důvodu stále přibývajících počtu pracovníků, které syndrom vyhoření postihne. O tomto syndromu vzniklo mnoho prací a výzkumů, přesto počet postižených stále přibývá. Většina lidí ví, co tento pojem znamená a co je jeho příčinou. Méně pozornosti je už ale věnováno prevenci vzniku samotného stadia vyhoření. Syndrom vyhoření úzce souvisí s nadměrným prožíváním stresu, což je stav, se kterým se člověk setkává v běžném životě. Každý si je vědom toho, jak předcházet stresu, a zdravotničtí pracovníci teoreticky vědí, jak se vyhnout syndromu vyhoření – existují různé relaxační techniky, důležitý je dostatek spánku a schopnost udělat si čas sám pro sebe a věnovat se svým zájmům a koníčkům – málokdo však tyto možnosti praktikuje v životě. Vliv na to jistě má vytížení v práci i péče o domácnost.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 STRES

Stres (z anglického „stress“) znamená v překladu zátěž, tlak. Pojem „stress“ vychází z francouzského slova „estrecier“ (přinutit, použít násilí). (Gulášová, Breza, Hruška, str. 24) Za zakladatele nauky o stresu je považován kanadský lékař Hans Selye (1907–1982), který je autorem mnoha prací o stresu. (Venglářová, 2011, str. 47) Obecně lze říci, že stres je subjektivní jev, kdy se postižený jedinec nachází ve složité situaci, ze které nemá možnost uniknout a nelze ji ani vyřešit, takže zažívá pocity bezmoci. (Prieß, 2015, str. 15) Stres je dlouhodobá zátěž organismu, která působí na tělesnou a duševní stránku člověka v důsledku vysokých nároků a může vést až k vyčerpání organismu. Tento stav je doprovázen pocitem, že tělo je napjaté, a je při něm vnímáno mnoho emocí. Organismus ve stresu vede tělo do stavu, kdy rychle reaguje a je připraveno k boji, útoku nebo útěku. Stres nelze považovat jenom za negativní faktor. Může motivovat k dosažení cílů, které se zdají být na začátku nesplnitelné. (Carneige, 2011, str. 85) Stres působící dlouhou dobu může mít při silné intenzitě za následek vznik syndromu vyhoření. (Pešek, Praško, 2016, str. 12)

Existuje celá řada definic stresu, ale jedno mají společné – vždy dochází k porušení vnitřní rovnováhy jedince. (Carneige, 2011, str. 85) Pro přehled je uvedeno několik definic stresu:

Kraska-Lüdecke (2007): „*Stres je nespecifická obranná reakce (odpověď) organismu na jakýkoliv požadavek (zátěž), kterým byl organismus zatížen.*“ (in Venglářová, 2011, str. 48)

Hans Selye: „*Charakteristická fyziologická odpověď, která se projevuje prostřednictvím adaptačního syndromu. Nespecifická reakce na fyzické, psychické a chemické reakce těla.*“

H. Cooper, M. H. Appley: „*Stav organismu, kdy je jeho integrita ohrožena a on musí zapojit všechny svoje schopnosti na svoji ochranu.*“

A. Howard, R. A. Scott: „*Stres vyjadřuje situaci člověka v napětí (tenzi) při řešení problémů, kdy se mu do cesty postaví nepřekonatelná překážka.*“ (Gulášová, Breza, Hruška, str. 24)

1.1 Teorie stresu

Současná psychologická pojetí stresu vycházejí ze tří hlavních úvah s důrazem na vnější nebo vnitřní faktory, případně na jejich vzájemné působení včetně osobního hodnocení a jejich souvislostí. (Paulík, 2010, str. 44)

Biologické pojetí stresu

Problematika stresu v biologickém pojetí je zaměřena na neurofyziologickou a biochemickou odezvu organismu působením vlivů poškozujících rovnováhu. Za významného představitele biologického pojetí stresu je považován Hans Selye, který je znám i jako autor první systematické teorie stresu zabývající se problematikou adaptace. H. Selye popisuje stres jako globální a nespecifickou odpověď organismu na podněty, které narušují homeostázu. Aby došlo k homeostáze jako stavu podmíněné rovnováhy, musí jedinec nepřetržitě reagovat a zvládat tělesné, duševní i sociální stránky životního prostředí, které se mění. (Paulík, 2010, str. 45–46)

Podle H. Selyeho je obecný adaptační syndrom (General Adaptation Syndrom – GAS) stejný neohledě na druh narušení homeostázy organismu. Dochází pouze ke změně intenzity odpovědi organismu v závislosti na síle požadavku. Probíhá ve třech fázích:

1. Poplachová fáze

Jedná se o první fázi, počáteční reakci organismu na působení stresorů. Na silnou zátěž tělo reaguje zpočátku šokem s neuspořádanými a zmatenými projevy. Následně dochází k adaptaci na vzniklou situaci a k obnově obrany. U této fáze je aktivováno mnoho složitých biochemických změn, které jsou spojené s vylučováním adrenalinu, glukózy a dalších látek do krve, a je umožněno uvolnění energie.

2. Stadium rezistence

Jde o druhou fázi, ve které dochází k postupnému zklidnění. Upřednostněno je trávení potravy pro zajištění energie. Jestliže nadále působí stresory a zdroje energie nestačí na obnovu homeostázy a adaptace není účinná, organismus je v neustálém napětí.

3. Stadium vyčerpání

Třetí fází je stadium vyčerpání. Nastává v případě, kdy působení škodlivého stresoru trvá dlouho a organismus nemá k dispozici prostředky na adaptaci. Pokud bude stresor působit nadále, můžou se objevit negativní důsledky, které mohou končit fatálně. (Paulík, 2010, str. 45–46)

Psychologické pojetí stresu

Psychologický přístup ke studiu stresu se kromě neurohumorálních dějů zaměřuje na rozvoj a překážky stresových dějů, které kladou důraz na řídicí a integrující funkci kůry mozku

a centrálního nervového systému. K autorům koncepcí o stresu patří Richard Stanley Lazarus, který rozlišuje fyziologický a psychologický stres. Jak bylo uvedeno výše, pro fyziologický stres jsou typické změny v organismu, naopak psychologický stres se projevuje změnami v chování a prožívání. K známým koncepcím R. S. Lazara o stresu patří kognitivní hodnocení (cognitive appraisal) a zvládání (coping). V obou situacích se aktivují systémy, které udržují organismus v rovnováze. Kognitivní hodnocení rozděluje Lazarus na primární (nebezpečné situace a rizika spojená s jejich řešením) a sekundární (schopnost úspěšného zvládnutí situace). (Paulík, 2010, str. 48)

1.2 Druhy stresu

Existují dva základní druhy stresu – eustres (dobrý stres) a distres (špatný stres). Eustres představuje pozitivní zátěž, která v určité míře příznivě dodává pocit energie a stimuluje člověka k lepšímu výkonu. Může sem patřit situace, při níž má jedinec snahu dokázat něco, co mu přináší radost, i když je potřeba vykonat určitou námahu. Mezi situace, které člověka baví a vedou k eustresu, patří například narození dítěte či svatba. (Venglářová, 2011, str. 49) Zažívají se při nich pozitivní pocity (radost, štěstí). (Pešek, Praško, 2016, str. 12) Distres působí jako negativní zátěž, která ve větším rozsahu může poškodit člověka a mít za následek vážné zdravotní potíže. (Venglářová, 2011, str. 49) Nad událostmi nemá jedinec kontrolu a působí na něj negativně. Jsou to situace jako propuštění z práce nebo konflikt s kolegou, pociťují se při nich záporné emoce (úzkost, strach, bezmoc). (Pešek, Praško, 2016, str. 12) Podle intenzity se může stres dělit na hypostres a hyperstres. Hypostres znamená slabý stres, jedinec si na něj většinou zvykne. Opakem je hyperstres, u kterého dochází k překročení hranice adaptace, což má za následek vyčerpání po stránce tělesné i duševní a v horším případě až smrt. (Gulášová, Breza, Hruška, str. 25)

1.3 Příčiny stresu

Pro vznik stresu je nutné působení stresorů, tedy škodlivých faktorů. Jinak řečeno stresory, negativní životní faktory, zahrnují vše, co člověka zatěžuje a může způsobit stres. Jedince může přivést do stresu řešení problémů druhých, obětování se pro druhé nebo událost, která ohrožuje jeho sebevědomí. Na jedince většinou nepůsobí jen jeden stresor, obvykle je jich více. Ministresor vyjadřuje okolnost, která vyvolá stres, například ponižování člověka jak v osobním, tak pracovním životě. Makrostresor je ničící situace, která přesahuje krajní bod, který člověk nemůže zvládnout. Mezi další stresory patří fyzikální faktory (blízkost nepříjemného světla, hluku, rentgenového záření), fyziologické faktory (omezení pohybu, nepravidelný příjem potravy), psychické faktory (pracovní zodpovědnost, věk), sociální

faktory (problémy v rodině, konflikty s kolegy v práci) a traumatické faktory (ztráta blízké osoby, chronické onemocnění). (Venglářová, 2011, str. 50–51)

Stresory vykonávají funkci v opozici se salutory, pozitivními životními faktory, které ve složité situaci člověku dodají sílu a pomáhají mu zvládat zátěžovou situaci, například když jedinec vidí smysl ve vykonávání své práce nebo je pochválen za dobře odvedenou práci. (Venglářová, 2011, str. 52)

1.4 Příznaky stresu

Určitá míra stresu je pro život jedince nezbytná, v menším množství je stres potřebný pro učení a růst. Působení velkého množství stresu i eustresu však může člověka tělesně, duševně i duchovně oslabit. (Minirth, 2011, str. 11–12) Příznaky se dají rozdělit do tří skupin: behaviorální, psychické a fyziologické. Následující odstavce popisují symptomy jednotlivých skupin.

1.4.1 Behaviorální příznaky

Začínají se objevovat nejdříve. Týkají se jednání a chování, patří k nim například nerozhodnost (člověk si není jistý v situacích, které mají více možností řešení). Jedinec má problémy s usínáním a spaním, pozdní vstávání je doprovázeno pocitem únavy. Typické je neustálé stěžování si (vidí svět v černých barvách). Objevit se mohou změny příjmu potravy (nechutenství, nebo naopak zvýšený příjem potravy). Jedinec ve stresu mívá sníženou pozornost a nechutí k práci. Snaží se vyhnout práci a plnění úkolů, s čímž souvisí i zhoršená kvalita práce. Jedinec ve větším množství konzumuje alkohol a nadměrně kouří. (Křivohlavý, 2010, str. 22–23)

1.4.2 Psychické příznaky

Projevují se v duševním životě, v psychice. Patří sem prudké změny nálad (střídání pocitu radosti a smutku), zvýšená podrážděnost a úzkostlivost, výrazné pocity únavy, trápení se věcmi, které nejsou důležité a potřebné, a omezení kontaktu s druhými lidmi. (Venglářová, 2011, str. 53–54)

1.4.3 Fyziologické příznaky

Patří mezi ně bušení srdce, zvýšené napětí svalů, bolesti hlavy, vyrážka v obličeji (exantém), bolesti břicha, zažívací obtíže (průjem, nechutenství, plynatost), nepříjemný pocit v krku (poruchy polykání, pocit uvíznutí knedlíku v krku), častá potřeba na močení a migrény (záchvatovité bolesti jedné poloviny hlavy). U žen se můžou vyskytnout poruchy menstruačního cyklu, u mužů impotence a nechutí na sex. (Venglářová, 2011, str. 54)

1.5 Zvládání stresu

Cíle zvládání stresu mohou být různé. Záleží na tom, zda chce jedinec snížit stupeň toho, co je pro něj zatěžující, nebo si chce zachovat duševní rovnováhu, případně zda má potřebu si odpočinout.

Strategie zvládání stresu

Strategie neboli postupy jsou dvojího typu. Zaprvé jde o řešení situace, která je složitá a člověka zatěžuje. Zadruhé jde o postupy zaměřené na zvládnutí emocionální situace, do níž se člověk při setkání se stresem dostane. Často jde o kognitivní strategie, které využívají schopnost myslet a myšlením řešit postupy. Mezi základní druhy strategických postupů patří hledání řešení problému, zajištění sociální opory, utkání se s těžkou situací, odpoutání se od stresové situace, přijetí odpovědnosti za nastalou situaci, snaha vyhnout se stresové situaci a utéci z ní, hledání pozitivní stránky na tom, co se děje, a sebeovládání. (Křivohlavý, 2010, str. 29–30)

1.5.1 Resilience

Je opakem slova zranitelnost. Znamená to, jak je jedinec odolný v složité situaci, jaká je jeho nezdolnost. Osobní resilience vyjadřuje míru elastičnosti, houževnatosti, schopnosti rychle se vzpamatovat po těžké situaci, do které se člověk dostal. Je to schopnost každého jedince zvládnout co nejlépe stresovou situaci. (Křivohlavý, 2010, str. 32)

1.5.2 Coping

Jde o pojem zvládání stresu. Autorem je Richard Stanley Lazarus, jehož definice zvládání klade důraz na čtyři skutečnosti:

- Zvládání není jednorázovou záležitostí. Jde o dynamický proces.
- Zvládání není automatickou reakcí.
- Zvládání vědomě vyžaduje snahu a námahu jednající osoby.
- Zvládání se snaží řídit dění.

Lazarus navrhl několik pozitivních okamžiků, které jedinci mohou pomoci v boji se stresem. Mezi ně lze zařadit dobrý zdravotní stav, dostatek sil, dostatek vědomostí a dovedností ohledně zvládání náročné situace a dovednosti společenského chování. (Křivohlavý, 2009, str. 172) Richard Stanley Lazarus tvrdí, že „*zvládáním se rozumí proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem ve stresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje*“. (Lazarus, 1966 in Křivohlavý, 2009, str. 69)

Obranné mechanismy

Adaptace na osobně nepříjemné události, které ohrožují obraz o sobě samém a také pocit jistoty, je chráněna obrannými mechanismy. Za ty jsou považovány neuvědomované prostředky omezování stavu úzkosti, které proudí v ohrožení sebepojetí. Základem je změna hodnocení a prožívání reality. Obrannými mechanismy se zabýval S. Freud a jeho dcera A. Freudová. Paulík (2010, str. 77–78) se ve své knize věnuje zvládání stresu a dochází k závěru, že lidská adaptace na zátěž se uskutečňuje dvěma v něčem obdobnými a v něčem rozdílnými způsoby, kterými jsou obranné reakce a reakce zvládání. Mezi společné znaky obranných a zvládajících reakcí patří ovlivnění emocí a snížení stresu, který není žádoucí.

1.6 Důsledky stresu

Působení nadměrného stresu na jedince má vliv na jeho zdraví. Tělo ve stresu produkuje hormony adrenalin a noradrenalin, aktivuje se sympatikus, což se projeví rychlou srdeční činností, zrychlením dechu, zvýšeným tlakem svalstva a rozšířenými zornicemi. (Pešek, Praško, 2016, str. 12) V souvislosti se stresem je možno předpokládat výskyt zdravotních potíží jako vysoký krevní tlak, zvracení, žaludeční vředy či střevní potíže. Jedinec může být ohrožen vznikem nádorového onemocnění nebo duševními poruchami. U jedince je oslabena imunita, je náchylnější k nemocem, trpí pocity únavy. V oblasti močového systému je zvýšená potřeba močení. Muži trpí impotencí. Vyskytnout se můžou bolesti zad a hlavy. Dlouhodobý stres může člověka vyčerpat a vést až k depresi, potížím se spánkem, chronické únavě, zapomínání, poruchám soustředění, úzkostným a bezmocným pocitům. Nejvíce zatíženým systémem jsou srdce a cévy, z toho vyplývá, že intenzivním působením stresu je jedinec ohrožen vznikem infarktu. (Venglářová, 2011, str. 61; Gulášová, Breza, Hruška, str. 24)

2 SYNDROM VYHOŘENÍ

„Pokud zapálíte oba konce svíčky, získáte tím dvakrát více světla. Svíčka však zároveň dvakrát rychleji vyhoří.“

Myron D. Rush

Syndrom vyhoření neboli také burnout syndrom je stav vyčerpání organismu v důsledku působení dlouhodobého stresu. Objevuje se u profesí, které jsou v neustálém kontaktu s lidmi, a způsobuje ho vyčerpání, jež je vyvoláno požadavky na jedince nebo jeho okolí. Dochází ke ztrátě radosti a energie. Jedinec ztrácí zájem o sebe a své okolí. (Venglářová, 2011, str. 23)

Výzkumy zaměřené na zdravotnictví ukázaly, že obory, v nichž je zvýšené riziko výskytu syndromu vyhoření, jsou hospice, oddělení onkologie, oddělení akutní péče, psychiatrie či neurologie. (Snopková, 2007, str. 37) Výskyt syndromu vyhoření neustále stoupá, neboť životní nároky a vysoké požadavky na vykonávanou práci se zvyšují. Psychologové tento termín neustále zkoumají a popisují. (Křivohlavý, 2009, str. 113) Pro syndrom vyhasínání je typické, že je postižena spíše psychická stránka jedince. Příznaky se projeví navenek až po delší době. (Venglářová, 2011, str. 23) Lidé postižení syndromem vyhoření mají pocit, že nezvládnou složité situace ve svém životě ani pracovní záležitosti. Velký vliv na to má strach. Mezi následky lze zařadit pocit únavy, malou výkonnost a vyčerpání organismu. (Stock, 2010, str. 13)

2.1 Historie syndromu vyhoření

Pojem „burnout“ se poprvé objevil roku 1974 v časopise „Journal of Social Issues“, který publikoval Herbert Freudenberger. V překladu znamená „hořet“, „vyhasnout“. (Pešek, Praško, 2016, str. 16) Americký psychoanalytik H. J. Freudenberger popsal syndrom jako ztrátu motivace a podnětů v situaci, kdy pečování o člověka a neuspokojivý vztah nepřináší spokojené výsledky práce. (Blatnická, Novotná, 2013, str. 24) Tento jev vznikl v době, kdy pracoval v rehabilitačních centrech u jedinců závislých na drogách a popsal u lidí pracujících v pomáhajících profesích jejich emocionální, fyzické a psychické vyčerpání, která jsou způsobena trvalým duševním zatížením. Vyčerpání těchto lidí se projevuje dlouhodobě trvající únavou, sklony k onemocnění, pocity bezmoci a beznaděje, odporem k vykonávané práci i k životu. (Maroon, 2012, str. 15–16) Podle Freudenbergera má vyhoření projevy ve vztahu k pacientům, k zaměstnavateli, ale také v osobním životě. Vyhoření následně vyvolá změny v postojích, emocích a osobnosti postiženého jedince. Herbert Freudenberger si zpočátku myslel, že vyhoření se objevuje u lidí, kteří poskytují pomoc pacientům s těžkými

stavy, a to jedincům závislým na alkoholu a drogách. Později na základě nových zkušeností o problematice vyhoření se pojem vyhasínání rozšířil a začal se užívat u všech pomáhajících profesí. (Maroon, 2012, str. 16) Zabýval se i ztrátou motivace v alternativních institucích, které vznikly v USA ve sféře hnutí za práva lidí a studentského hnutí od začátku 60. let. (Schmidbauer, 2008, str. 217) Pojem „burnout“ se objevuje i v bibli, kde jsou popisovány příběhy o úbytku životní energie. (Křivohlavý, 2012, str. 58)

2.2 Definice syndromu vyhoření

Termín syndrom vyhoření není v dnešní době neznámým jevem. Doposud není považován za nemoc. Je to stav nadměrného vyčerpání, vnitřní distance, výrazného snížení výkonnosti a psychosomatických problémů. (Kallwas, 2007, str. 9) Hlavní vlnou byla 70. a 80. léta 20. století, kdy se lékaři a psychologové začali zajímat o problematiku syndromu vyhoření.

Existuje celá řada definic syndromu vyhoření, ale autoři se shodují v tom, že jde o psychické vyčerpání a omezení pracovního výkonu v důsledku působení permanentního a silného stresu. (Pešek, Praško, 2016, str. 16) Podle ICD (Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace) je vyhasínání řazeno do tabulky diagnóz a neklasifikuje se jako onemocnění. (Stock, 2010, str. 14)

Freudenbergerova definice říká, že *„burnout je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly).“* (Křivohlavý, 2012, str. 65)

Ayala M. Pinesová a Elliot Aronson: *„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 stresorů.“*

Tito autoři se pokusili druhy vyčerpání popsat. Fyzické vyčerpání je formulováno jako úbytek energie, dlouhá unavitelnost, pocity slabosti. Emocionální vyčerpání je formulováno jako beznaděj, bezmoc, jedinci není pomoci a je chycen do pastí. Mentální vyčerpání je formulováno jako záporný přístup k sobě samotnému a práci. (Křivohlavý, 2012, str. 66)

Maslachová a Jacksonová: *„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.“* (Křivohlavý, 2012, str. 66)

Všechny uvedené definice vyhoření mají společné znaky. Charakteristické jsou negativní citové projevy jako například emocionální vyčerpání, unavitelnost a stavy deprese. Důraz je kladen spíše na projevy a chování jedince než na tělesné příznaky vyhasínání. Vyhoření se objevuje u lidí, kteří jsou v kontaktu s lidmi, a vyskytuje se i u jedinců, kteří jsou psychicky zdraví. Nízké vykonávání práce souvisí se špatným postojem k povolání a s následným chováním, nikoli s nízkou pracovní schopností a zručností. (Křivohlavý, 2012, str. 67)

2.3 Odlišení syndromu vyhoření od jiných psychických stavů

Rozlišit vyhoření od jiných psychických stavů je podle projevů velmi obtížné, neboť symptomy se překrývají. (Poschkamp, 2013, str. 41) Roli hraje i vztah vyhoření k nízké pracovní morálce, k pracovní nespokojenosti, k nespokojenosti člověka se sebou samým a se světem, v němž jedinec žije. (Křivohlavý, 2012, str. 73)

Rozdíl mezi vyhořením a stresem

Stres je popisován jako pocit naléhavosti, který vede k zvýšené aktivitě. Jedinec se cítí bez energie. Může dojít k žaludečním vředům, srdečním příhodám nebo dalším onemocněním. Jedinec, u kterého se objeví syndrom vyhoření, zažívá pocity beznaděje a bezmoci, ztrácí motivaci, vyskytují se u něj depresivní stavy. Má pocity nesmyslnosti života a negativní postoje (vyčerpání na konci pracovního dne, neocenení práce, pocit, že každý od jedince něco potřebuje). (Carneige, 2011, str. 99)

Rozdíl mezi vyhořením a depresí

Příznaky vyhoření a stavů deprese se zčásti kryjí a je mezi nimi mnoho podobností. Pokud vyhoření přejde do pokročilého stadia, odliší se od deprese velmi těžko. Nutností je zjistit co nejvíce informací o pacientovi a vypátrat všechny faktory, které se podílely na vývoji zátěže. Někteří autoři pokládají vyhoření za určitou formu deprese. (Stock, 2010, str. 18–19)

Rozdíl mezi vyhořením a únavou

Únava je negativní psychologický zážitek, který se podobá stavu vyhoření. Únava se objevuje i při syndromu vyhoření, má ale užší vztah k fyzické námaze oproti vyhasínání. Z fyzické únavy se jedinec dostane odpočinkem. U syndromu vyhoření není možné relaxací odstranit pocit únavy. Únava způsobená fyzickým zatížením je spojena s kladným pocitem (odpočinek po náročném tréninku). Vyhasínání je spojeno s únavou a pocitem negativismu. Tato únava je úzce spjata s pocitem vlastního selhání. (Křivohlavý, 2012, str. 70–71)

2.4 Rizikové faktory

Velkým problémem v dnešní době je, že málo pracovníků plní mnoho pracovních záležitostí. Pracovníci jsou zahlceni řadou informací a vzdělávacích podkladů. Mají za úkol zpracovat hodně informací. Velký důraz je kladen na kvalitu poskytované péče a rychlost práce. (Stock, 2010, str. 32) Zdravotníci nejsou za svoji práci náležitě pochváleni a odměněni. Chybí jim motivace. Je potřeba, aby měl pracovník pocit, že jeho práce je dostatečně oceněna a uznávána. Jedinec tráví nejvíce času v zaměstnání se svými kolegy, pokud jsou tedy na pracovišti vztahy mezi pracovníky nepřátelské a lhostejné, jedinec se bude cítit špatně. V pracovním týmu bude převládat závist, nepříjemná atmosféra a neúcta. Následně dojde k tomu, že práce nebude kvalitní. (Stock, 2010, str. 36) Mezi osobní faktory se může zařadit skutečnost, že jedinec nemá radost ze života, vidí v něm problémy a je nespokojený. (Snopková, 2007, str. 37)

M. Priess (2015, str. 119) uvádí, že k vyhoření dochází v první řadě okolo čtyřicátého roku, což je věk, kdy má jedinec zajištěnou existenci a dokázal spoustu věcí ve svém životě.

V. Kebza a I. Šolcová (2003) se ve své knize zmiňují, že inteligence, věk, rodinný stav, vzdělání a délka praxe nemají významný vliv na vznik syndromu vyhoření.

Podle I. Maroona (2012, str. 43) se vyhoření vyskytuje častěji u mladých, svobodných a méně vzdělaných jedinců. Zdravotníka nejvíce zatěžuje péče o dlouhodobě nemocné a pacienty s psychickými poruchami. Ve zdravotnickém zařízení je směnný provoz, a i když je režim stanoven, zdravotník musí umět rychle reagovat na potřeby oddělení. (Venglářová, 2011, str. 27)

Kopřiva (2006, str. 101–102) popisuje tři základní cesty, které mohou vést k rozvoji syndromu vyhoření. Zařazuje mezi ně ztrátu ideálů. Jedinec, který nastoupí po studiu do zaměstnání, je plný nadšení, práce je pro něj zábavná, vidí v ní smysl a je do ní zapálen. Zvykne si na úkoly a nové kolegy. Postupem času však dochází k potížím. Cíle, které byly stanoveny na začátku, se zdají být pro pracovníka nedosažitelné a oddalují se. Kopřiva dále poukazuje na workoholismus jako další faktor, který může mít vliv na vznik vyhoření. „Work“ znamená v překladu „práce“ a holismus je převzato od slova alkoholismus, jedná se tedy o závislost na práci. Neznamena to pouze, že jedinec příliš pracuje, ale má nutkovou potřebu hodně pracovat. Třetím vyvolávajícím faktorem je teror příležitostí. Aktivní jedinci, kteří přijmou nový úkol, po čase objeví další úkoly, jež jsou pro ně lákavé. Mají pocit, že nabídky musí využít a že by bylo škoda ji odmítnout. Postupně několik rozpracovaných

úkolů bere jedinci veškerý čas a energii. Jedinec, který není schopen ustoupit, je ohrožen vznikem vyhoření. Někdy jde o špatný odhad, kolik co zabere času, anebo neschopnost odmítnout úkol.

2.4.1 Profese ohrožené syndromem vyhoření

Jak již bylo uvedeno, syndromem vyhasínání jsou nejvíce ohroženi jedinci, kteří jsou v neustálém kontaktu s lidmi. Jde o lidi důsledné, zodpovědné, schopné a pracovité. Snaží se lidem pomoci, vyhovět v jejich přáních a potřebách, ale své vlastní potřeby odsouvají do pozadí. (Venglářová, 2011, str. 26) Do skupiny profesí, u kterých je velká pravděpodobnost vzniku vyhoření, patří lékaři, zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci, policisté, učitelé, právníci či dispečeri záchranné služby. Syndrom vyhoření může postihnout i neformální pečovatele, což jsou lidé pečující o nemocného nebo starého člena rodiny v domácím prostředí. (Pešek, Praško, 2016, str. 16)

2.4.2 Charakterové vlastnosti

K osobnostním a povahovým vlastnostem jedince patří pevná vůle a rozhodnutí (pracovník se lehce nevzdává, co se týče jeho práce a nerad prohrává). Umí se rychle rozhodnout i za okolností, kdy nemá dostatek informací a může dojít k snadné chybě. Je soběstačný a raději si práci udělá sám bez cizí pomoci. Následkem je snadné vyčerpání. Neustále organizuje věci a musí mít vše pod kontrolou. Jeho práce má řád a jasné cíle, pracovník nemá rád nepořádek. Chce dělat vše podle sebe, nerad se řídí podle pravidel. Rád riskuje v složitých situacích. Není schopen odpočívat. (Snopková, 2007, str. 37)

2.5 Vývoj syndromu vyhoření

Mnoho autorů popisuje vývoj vyhasínání ve fázích. Vyhoření je vnímáno jako proces, který trvá dlouhou dobu, a to v řádu měsíců až let. U postiženého jedince můžou fáze postupovat krok za krokem, některé mohou být přeskočeny, a některé z nich se dokonce nemusejí objevit. U člověka mohou být některé fáze vyhoření nápadné a některé málo zřetelné. Proces vyhoření se může objevit u člověka, který je nadšený ze své práce, jež ho motivuje, a který má představy o provedení svých plánů. Jsou přítomny pocity optimismu. (Venglářová, 2011, str. 29; Stock, 2010, str. 23) Následující část uvádí rozdělení fází podle Kraska-Lüdecke, Alfreda Länglea a Angeliky Kallwas.

2.5.1 Fáze vývoje

Dělení fází podle Kraska-Lüdecke (2007):

Fáze nadšení. Jedinec na začátku pracuje s nadšením. Má jasný cíl, odvádí kvalitní práci. Vidí ve své práci smysl, má plno nápadů. Postupně dochází k přetížení.

Fáze stagnace. Jedinec není nadšený ze své práce tak jako na začátku a postupně ulevuje od svých cílů.

Fáze frustrace. Pracovník má otázky, které se týkají smyslu jeho práce. Práce je pro něj na prvním místě, postupně zažívá pocity osamělosti a zklamání.

Fáze apatie. Jedinec má pocit, že dělá práci pouze pro výdělek peněz, snaží se vyhnout pacientům, provádí jen nutné pracovní výkony. Nadšení, které pociťoval na začátku, se vytratilo. Hrozí riziko bezmoci a beznaděje.

Fáze vyhoření. Jedinec zažívá pocity negativismu, vyčerpání, práce je mu lhostejná, pacienti ho nezajímají a vyhýbá se veškeré práci. (in Venglářová, 2011, str. 30)

Logoterapeut Alfred Längle dělí proces vyhoření následovně:

Nadšení. Jedná se o první fázi, ve které jedinec vidí ve vykonávané práci smysl a jeho práce má jasný cíl.

Smysluplnost práce se vytrácí. V druhé fázi má jednotlivec pocit, že pracuje za „něco“.

Život v popeli. V konečné fázi jedinec ztrácí úctu k druhým. Postupně se ztrácí úcta i k sobě samému. Objevují se pocity o nesmyslnosti života. (Venglářová, 2007, str. 80)

Kallwass (2007, str. 60) uvádí ve své knize rozdělení do tří fází:

Prohlubující se vyčerpání. Dochází k ubývání energie a ztrátě výkonnosti.

Necitlivost a lhostejnost. Pocity radosti a smutku nejsou tak intenzivní jako dříve. Spánek nepřináší odpočinek. Sexualita jde do pozadí, protože jedinec se cítí unaven. Ztrácí se vnitřní jistota.

Stažení do ústraní. Kontakt s přáteli a světem je pro jedince obtížný. Vyčerpání má vliv i na zaměstnání jedince, objevuje se snížená výkonnost.

Srovnají-li se předchozí rozdělené fáze syndromu vyhoření, dojde se k závěru, že pro vznik vyhoření je potřeba nadšení, které jedinec pocítuje na začátku, kdy si stanovuje jasné cíle, které realizuje, a vidí v práci smysl. Pokud se vytratí počáteční nadšení, jedinec pochybuje o smyslu své práce, zažívá pocity nezmoci a potřeby lidí ho nezajímají, nastává syndrom vyhoření.

2.6 Symptomy syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je psychosomatické onemocnění, při kterém dochází k fyzickému, psychickému a emocionálnímu vyčerpání organismu. (Křivohlavý, 2009, str. 113) Člověk pocítuje, že práci, kterou vykonává, nezvládá a má pochyby o jejím smyslu. Objevuje se u něj nervozita a podrážděnost. Mezi první problémy, s kterými se jedinec setká, patří nekvalitní spánek, bolestivost hlavy a zad, častá nemocnost, problémy s krevním tlakem a změny váhy. (Venglářová, 2011, str. 24) Herbert Freudenberger prohlásil, že ženám hrozí vyhoření ve větší míře než mužům. Lze to vysvětlit pracovními a rodinnými povinnostmi, které jedinec plní s maximálním nasazením a jež vedou k hlubokému vnitřnímu vyčerpání. (Poschkamp, 2013, str. 49)

Tělesné vyčerpání

Objevují se příznaky jako chronická únava, snížená energie, bolesti svalů, pocit slabosti, častá onemocnění a kolísání hmotnosti. Jedinec se snadno unaví a má potřebu spánku, který je ale nekvalitní. Po probuzení se cítí neodpočatý. (Venglářová, 2011, str. 24)

Psychické vyčerpání

Jedinec má negativní pohled na sebe a své okolí. Svůj život bere jako katastrofu. Vyhořelého jedince provází nezodpovědnost, negativismus, pesimismus. Odmítá přijmout změnu, nechce zažít nic nového. Nevěří si. Má problémy se soustředěním, zapomíná. Ztrácí energii, je si jistý tím, že jeho práce nemá žádný smysl. Hrozí tu riziko sebevražedných sklónů. (Venglářová, 2011, str. 25)

Emocionální vyčerpání

U postiženého jedince se objevují pocity bezmoci a beznaděje. Odmítá se vžít do role nemocného. Brání se kontaktu s lidmi, nejprve se straní lidem v práci a poté i v rodině. Dochází k uzavření se do sebe, jedinec nepocítuje radost v blízkosti své rodiny a přátel. Ti se stávají přítěží a postižený na ně reaguje podrážděně. (Venglářová, 2011, str. 25)

2.7 Diagnostika syndromu vyhoření

Ke zjištění syndromu vyhasínání je k dispozici celá řada metod. Diagnostikovat syndrom vyhoření lze využitím subjektivního hodnocení situace pomocí PSA „Personal Subjective Analysis“, „rozbor osobního vnitřního stavu a rozhovor“. V kterékoli situaci se jedinec zamyslí nad hodnotou vykonávané práce. Na škále se dvěma extrémy („cítím se zcela bezcenný“ a „cítím se plně hodnotný“) zvolí bod, kde se domnívá, že se právě vyskytuje. (Křivohlavý, 2012, str. 56–57) Mezi neužívanější metody patří dotazníky.

2.7.1 Dotazníkové metody

Dotazník TM „Tedium Measure“

Autorkami jsou Christina Maslachová a Ayla Pinesová (1981). „Tedium“ v překladu znamená znechucení. Výhodou dotazníku je, že jeho vyplnění zabere minimum času. Dotazník informuje pracovníka o tom, zda se u něj vyskytují příznaky vyhoření, a napomáhá k zjištění, jaký je jeho vztah k práci, k životu a jak se jedinec cítí. Ke každé otázce v dotazníku se doplňuje číslo pomocí škály od 1 do 7 podle aktuálního pocitu. (viz Příloha A) (Stock, 2010, str. 26)

Dotazník MBI „Maslach Burnout Inventory“

Nejnámější dotazník, který zjišťuje míru vyhoření. Skládá se ze tří oblastí. Dvě jsou laděny negativně: emocionální vyčerpání, depersonalizace (odcizení) a jedna je laděna pozitivně: uspokojení z práce. Pocity se hodnotí na stupnici frekvence výskytu a na stupnici intenzity. S tímto dotazníkem se pracuje málo, nejvíce ho využívají studenti při zpracování výzkumu závěrečné práce. Dotazník se skládá celkem z 22 otázek. Tuto dotazníkovou metodu publikovala roku 1981 Christina Maslachová a Susan Jacksonová. V roce 1986 byl dotazník upraven. (Křivohlavý, 2012, str. 54–55) Dotazník MBI byl využit v rámci výzkumu k této bakalářské práci. (viz Příloha B)

Dotazník BM „Burnout Measure“ psychického vyhoření

Dotazník, který zjistí, zda je jedinec postižen syndromem vyhoření. Hodnotí se na stupnici od 1 do 7 podle pocitů jedince. Autory dotazníku jsou Ayla Pinesová a Elliott Aronson. Zaměřuje se na tři hlediska celkového vyčerpání (exhausce). Jsou to pocity fyzického, emocionálního a psychického vyčerpání. (viz Příloha C) (Křivohlavý, 2012, str. 49)

Hodnocení míry naprostého vyčerpání

Je to pomůcka, která slouží k zjištění, zda jedinec trpí příznaky vyhoření. Autorem je Myron D. Rush. Hodnotí se čísla od 1 do 5 podle pocitu jedince. Při vyplňování se jedinec soustředí na situaci během posledních šesti měsíců. (viz Příloha D) (Venglářová, 2011, str. 41; Honzák, 2015, str. 27)

2.8 Léčba syndromu vyhoření

Pokud se u člověka vyskytne problém, je potřeba, aby se obrátil s žádostí o pomoc na druhé, jelikož sám si nepomůže. Někteří jedinci s tímto mají problém, zejména zdravotníci nebo lidé, kteří si doposud věděli s řešením problému rady. (Venglářová, 2011, str. 38–39) Stejně jako u jiných onemocnění a poruch platí u syndromu vyhoření pravidlo, že čím dříve se začne problém řešit, tím lépe. Problém se u jedince nejlépe rozpozná ve fázi stagnace, kdy se dá předejít rozvoji vyhoření. (Peterková, 2008) Je důležité snažit se s pracovníkem hovořit o jeho pocitech a potřebách. (Snopková, 2007, str. 37) Mělo by se pracovat na tom, aby jedinec získal reálnější přístup ke svému zaměstnání i k sobě samému. Postižený si osvojí základy správné životosprávy, naučí se odpočívat. Z hlediska jedince a jeho pracovní pozice je řešením několik možností, a to změna zaměstnání nebo povolání, případně přechod na vyšší pozici. Problémem je, že někteří jedinci si změnu povolání vynaloží jako pocit vlastního selhání a prohloubí se pocity beznaděje. (Peterková, 2008) V době rekonvalescence mají důležitou roli blízcí (rodina, přátelé). Ti by měli dát postiženému najevo, že jsou tu pro něj a věří mu, a zajímat se o to, jak danou situaci zvládá. Hlavně by ho neměli poučovat. Jestliže v práci panuje dobrý kolektiv, mezi pracovníky jsou příznivé vztahy a kolegové si pomáhají a důvěrně se znají, poznají na dotyčném, že u něj něco není v pořádku. V případě, že nepomohla již zmíněná řešení a dochází k objevení příznaků, jež mohou vést až k psychosomatickému onemocnění, je nezbytně nutné, aby jedinec vyhledal odbornou pomoc ve formě konzultací s psychologem nebo psychoterapeutem, který mu poradí v řešení konkrétního problému. (Venglářová, 2011, str. 38–39)

2.9 Prevence syndromu vyhoření

V dnešní době je k dispozici celá řada metod, které předcházejí syndromu vyhoření. Mezi nejčastěji využívané lze zařadit školení ve formě seminářů a supervize. Preventivní opatření se dělí na dvě skupiny, a to na prevenci, která probíhá na úrovni jednotlivce (co dělá jedinec sám pro sebe), a prevenci probíhající na úrovni organizace (angažování zdravotnického zařízení). (Zábojníková, 2010, str. 25) V pomáhajících profesích je stále málo

znalostí o problematice syndromu vyhoření. Zaměstnanci mají možnost využít vzdělávacích seminářů, které jim poskytnou informace. Více prospěšná je povinná a opakovaná psychoedukace v pomáhajících profesích, která informuje o příčinách a výsledcích a poskytuje řešení a pomoc. Problém s vyrovnáním vyhoření spočívá i v nedostatečném uznání problematiky ze strany zaměstnavatele. (Poschkamp, 2013, str. 83–84)

Prevence může jedinci pomoci vyhnout se vyhoření. Mnozí lidé si ale myslí, že pomoc v oblasti této problematiky nepotřebují, že si umí poradit sami a že vědí, co dělat.

1. Adaptační praxe

Každý člověk, který nastoupí po ukončení studia do zaměstnání, by si měl být vědom, jaká rizika jeho práce obnáší. Povolání zdravotnického pracovníka je náročné po stránce tělesné, duševní i emocionální. Na adaptační praxi je možno pohlížet jako na určitou formu supervize. Začínající pracovník je po určitou dobu pod dohledem zkušeného pracovníka, školitele. Měla by mu být poskytnuta pomoc a psychická podpora.

2. Péče o sebe

Zdravotník by se měl mít rád a umět sám sebe přijímat takového, jaký je. To je základní podmínka pro lidi, kteří se rozhodnou pracovat a pomáhat lidem. Jedinec, který se nemá rád a nestará se o sebe, odevzdává do práce energii, jež se mu nevrací nazpět.

3. Pomoc tam, kde vaše síly nestačí

Zdravotník se neustále setkává s náročnými situacemi, které mají vliv na jeho psychiku. Měl by se vžít do role nemocného, ale musí vědět, kde je hranice jeho možností.

4. Mezilidské vztahy

Jedinec, který si neví rady, by měl mít u sebe nejbližší členy rodiny a přátelé, kteří mu poskytnou pomoc. Je potřeba naslouchat a pomoci v náročné situaci.

5. Osvícení zaměstnavatelé

Jde o nadřizené pracovníky, kteří umí ohodnotit dobře odvedenou práci, pochválí jedince a podpoří ho ve vzdělání.

6. Sebepoznávání a sebehodnocení

Člověk si během života vytváří názory a představy o tom, jaký by chtěl být. Měl by si uvědomit svoje vlastnosti, schopnosti a nedostatky. Sebepoznáním a sebehodnocením se jedinec lépe adaptuje v prostředí a zvládá složité situace.

7. Supervize

Zdravotník se musí celý život vzdělávat a rozvíjet. Právě supervize na pracovišti mu zajišťuje rozvoj dovedností v profesi a učení se novým poznatkům. Na pracovišti je brán zřetel na aktivitu pracovníka v bezpečném prostředí. Supervize má za cíl podpořit výkon práce zdravotníka, zlepšit atmosféru v zaměstnání a organizaci práce.

8. Osobní život, přátelé, koníčky

Pokud jde o ztrátu zájmů, nejvíce ohroženy jsou ženy, které jsou v roli matky nebo manželky a na osobní život nemají moc času. Udržování zájmů, koníčků přináší každému jedinci pocit radosti a uspokojení. Je dobré myslet na to, že zájmy naplňují jedincův život a omezovat je kvůli minimu času se nevyplácí.

9. Práce patří do práce

Zdravotník se neustále setkává s těžkými případy během pracovní služby. Pracovní záležitosti by si neměl brát do prostředí domova.

10. Pomáhá dobrá tělesná kondice

Aby tělo bylo zdravé, je potřeba dodržovat správnou životosprávu. Vhodné jsou pohybové aktivity (jóga, procházky, relaxační cvičení), důležitý je také dostatek spánku. Při nerespektování těchto doporučení se objeví únava. Je třeba umět odpočívat, když se objeví pocit únavy, a ne když na to je čas.

11. Každý člověk má své potřeby

Každý by se měl občas sám zamyslet, proč danou práci vykonává, co mu práce přináší, nebo naopak bere. (Venglářová, 2011, str. 33–38)

3 DLOUHODOBÁ PÉČE

Dlouhodobá péče je v současnosti velmi rozšířená. Zdravotničtí pracovníci se setkávají čím dál častěji s velkým počtem pacientů, kteří tuto péči potřebují. Na práci je málo času a velkou roli hraje převládající stres. Následující kapitola bude věnována dlouhodobé péči.

Dlouhodobá péče (long term care) představuje komplex služeb, které potřebují lidé s dlouhodobě omezenou soběstačností především v základních sebeobslužných činnostech (hygiena, oblékání, schopnost dojít si na toaletu, najíst se, přemístit se na jiné místo). Snížená soběstačnost může nastat při působení dlouhodobé nemoci nebo jako následek tělesného či duševního postižení. Tato péče je poskytována především lidem vysokého věku, ale využít ji můžou všichni, kteří ji potřebují. (MPSV, 2010, str. 22)

3.1 Dlouhodobá péče podle OECD

Mezinárodní dokument OECD (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj) definuje dlouhodobou péči takto:

„Jedná se o péči poskytovanou lidem, jejichž soběstačnost je dlouhodobě omezena, jsou tedy závislí („when dependent for an extended period of time“) a jejich schopnost vykonávat každodenní sebeobslužné aktivity je snížena.“ (MPSV, 2010, str. 22)

Sebeobslužné aktivity lze rozdělit na základní (bazální) a instrumentální. Mezi bazální aktivity patří oblékání, schopnost najíst se, vyprázdnění, schopnost provést hygienu, přemístění na jiné místo. K instrumentálním aktivitám se řadí nakupování, příprava jídla, zajištění financí. (MPSV, 2010, str. 22)

3.2 Vývoj dlouhodobé péče v ČR

V České republice neexistuje přímá definice poskytování dlouhodobé péče. Chybí i legislativní rozhodnutí, které by rozlišilo zdravotní a sociální péči. Ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo práce a sociálních věcí připravovaly řadu let zákon o dlouhodobé péči, který by financování poskytované péče uskutečnil, ale vláda od zákona ustoupila. V budoucnu dojde k novelizaci prosazených zákonů. Půjde o zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, poté zákon č. 189/2016 Sb., o sociálních službách, a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. (Holmerová, Válková, 2009; Klusáková, 2012)

3.3 Strategické úkoly dlouhodobé péče

Strategickými úkoly v oblasti dlouhodobé péče se zabývá Švédsko ve spolupráci s Evropskou unií.

Základními strategickými úkoly v dlouhodobé péči je snaha vyřešit následující problémy:

- překážky mezi zdravotními a sociálními službami,
- otázky, které se týkají důstojnosti klientů a individualizace péče,
- věnování pozornosti Alzheimerově chorobě a dalším onemocněním, která způsobují demenci pacientů,
- udržení co nejvíce vzdělaných a kvalifikovaných pracovníků, kteří jsou vhodní pro práci v dlouhodobé péči,
- zlepšení kvality služeb. (MPSV, 2010, str. 24)

3.4 Poskytovatelé dlouhodobé péče

Dlouhodobou péči je možno rozdělit na dlouhodobou domácí péči a dlouhodobou ústavní péči. V domácím prostředí poskytuje péči pečovatelská služba nebo domácí zdravotní péče. Ústavní péče je poskytována v domovech pro seniory, domovech s pečovatelskou službou, léčebnách pro dlouhodobě nemocné, na odděleních nebo v nemocnicích následné péče a v hospicích. (Holmerová, Válková, 2009)

3.5 Náročnost práce zdravotnických pracovníků v dlouhodobé péči

Práce zdravotnických pracovníků s klienty v dlouhodobé péči je velmi náročná po stránce fyzické i psychické. Pracovníci se neustále setkávají se stejnými pacienty, projevy bolesti, dlouhotrvajícími nemocemi, nesoběstačností, utrpením a stereotypem práce. Je důležité umět navázat komunikaci se všemi klienty, i s těmi, kteří nejsou zrovna sympatičtí. Sestra musí jednat profesionálně, mít pevnou vůli a přemoci problematický aspekt, aby vztah mezi ní a klientem mohl fungovat. Vytvořit vztah mezi sestrou a pacientem je velmi náročné. U klientů vyššího věku je to náročnější z toho důvodu, že zdravotníka odmítají a nedůvěřují mu, protože se bojí zklamání. Vztah je často ukončen tím, že klient zemře nebo je přeložen do jiného zdravotnického zařízení a jeho stav se zhorší. (Venglářová, 2007, str. 81–82)

II VÝZKUMNÁ ČÁST

Cíle výzkumné části

Cíl č. 1 Zjistit, zda zdravotničtí pracovníci v dlouhodobé péči jeví známky syndromu vyhoření a v jaké míře.

Cíl č. 2 Zjistit, zda mají zdravotničtí pracovníci základní povědomí o problematice syndromu vyhoření.

Cíl č. 3 Zjistit, zda zdravotníci předcházejí syndromu vyhoření a jaké metody využívají k prevenci vyhoření.

Výzkumné otázky

VO 1 Kolik pracovníků bude prokazovat příznaky syndromu vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení? (MBI dotazník)

VO 2 Jak jsou pracovníci informováni o syndromu vyhoření? (odpoví správně na tři otázky o informovanosti ze čtyř)

VO 3 Jak pracovníci prakticky využívají informace o syndromu vyhoření, které mají?

4 METODIKA VÝZKUMU

K získání potřebných informací, které se týkaly problematiky syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků, byl zvolen nejčastější nástroj sběru dat, anonymní dotazník. Dotazník je rozdělen do dvou částí a obsahuje celkem 39 otázek. (Viz Příloha E)

První část je anamnestická. Tvoří ji nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby, který slouží k získání informací o respondentovi. Obsahuje otázky týkající se pohlaví, věku, pracovní pozice, délky praxe a toho, v jakém zařízení dotazovaný pracuje. Zaměřuje se na informovanost o syndromu vyhoření, na to, jaký způsob relaxace volí zdravotníci ve svém volném čase, a na prevenci syndromu vyhoření na pracovišti. Obsahuje celkem 17 otázek. V anamnestické části je 5 identifikačních otázek, 3 otevřené, 4 uzavřené (jedinci vybírali z možných odpovědí) a 5 otázek polootevřených, ve kterých měli oslovení možnost v kolonce „jiné“ vyjádřit svůj vlastní názor. Otázka zaměřená na pracoviště, ve kterém respondenti působí, sloužila k orientaci v návratnosti dotazníků.

Otázek o informovanosti bylo celkem pět. Pátá otázka se týkala toho, z jakého zdroje získávají pracovníci informace o syndromu vyhoření. Byla to otázka spíše doplňková a výzkumníka zajímalo, zda pracovníci aktivně vyhledávají informace o problematice, či nikoli.

Aby se zjistilo, zda jsou pracovníci informováni o základech problematiky vyhoření, byla stanovena stupnice hodnocení.

<u>4–3 otázky správně vyplněné</u>	informován
<u>2 otázky správně vyplněné</u>	částečně informován
<u>1–0 otázky správně vyplněné</u>	nedostatečně informován

Před vyhodnocením dotazníků v oblasti informovanosti zdravotnických pracovníků o syndromu vyhoření byly stanoveny odpovědi, na které poukazuje teoretická část práce. Odpovědi se týkaly toho, co je to syndrom vyhoření, jeho projevů a informace, u koho se může vyhoření objevit.

Ve druhé části je standardizovaný dotazník MBI (Maslach Burnout Inventory), který zjišťuje stupeň vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení. Skládá se celkem z 22 položek. Emocionální vyčerpání obsahuje 9 položek, depersonalizace 5 položek a osobní uspokojení 8 položek. Autorkami jsou Christina Maslachová a Susan Jacksonová, které dotazník publikovaly roku 1981. (Křivohlavý, 2012, str. 56) Oslovení

ke každému tvrzení vybírali ze stupnice od 0 do 7 podle subjektivního pocitu prožívání. Číslo 0 znamená, že se situace nevyskytuje vůbec a 7 značí velmi silně prožívanou situaci.

Dotazníkové šetření probíhalo ve dvou domovech pro seniory zřizovaných městem Havlíčkův Brod, v pracovišti U Panských a Na Husovce, a na Oddělení následné péče a rehabilitace Okresní nemocnice Havlíčkův Brod. Zařízení byla vybrána záměrně z důvodu krátké vzdálenosti. S výzkumem musely souhlasit vedoucí pracovnice zařízení (náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a vedoucí sociální pracovnice), které před zahájením výzkumu podepsaly souhlas s provedením výzkumu na jejich pracovišti. Souhlasily i se zveřejněním názvu zařízení v bakalářské práci. Po osobní domluvě s vedoucími pracovišť byly dotazníky předány vrchním sestřám.

Distribuce a sběr dotazníků probíhaly v období únor až březen roku 2017. Celkem bylo rozdáno 50 dotazníků. Do domovů pro seniory to bylo 25 dotazníků a na oddělení následné péče a rehabilitace také 25 dotazníků. Návratnost byla celkem 38 dotazníků (76 %). Z obou domovů pro seniory byla návratnost 22 dotazníků, z oddělení následné péče a rehabilitace 16. Pro neúplné vyplnění a vynechání otázek bylo 5 dotazníků z výzkumu vyloučeno. Ke zpracování bylo použito tedy 33 dotazníků. Respondenti vyplňovali dotazníky anonymně a po vyplnění je vhazovali do boxu, aby byla zajištěna co největší anonymita. U vyplňování dotazníků nebyl výzkumník přítomen. Vedoucím pracovnícím zařízení bylo vysvětleno, jaké otázky dotazník obsahuje a co je jeho účelem. Se zařízeními byl výzkumník po dobu sběru dat v kontaktu. Vyplněné dotazníky byly po sběru dat z boxu vyndány výzkumníkem.

Ke zpracování výsledků byl použit program Microsoft Office Excel 2007, ve kterém byly získané údaje zpracovány a následně vytvořeny grafy.

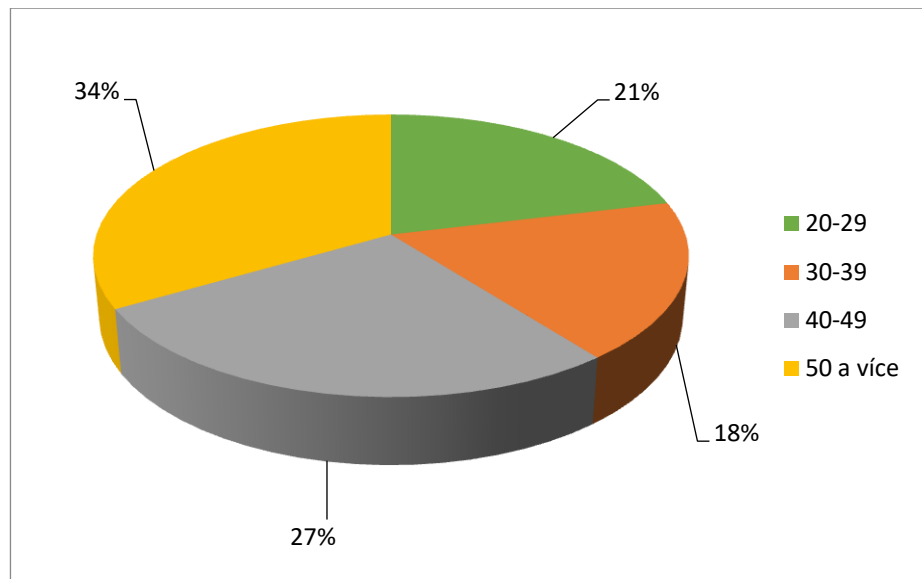
4.1 Charakteristika vzorku

Výzkumu se zúčastnili nelékařští zdravotničtí pracovníci (všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti, ošetrovatelé/ošetrovatelky a sanitáři/sanitářky). Spolupráce zdravotnických pracovníků na vyplnění dotazníků je hodnocena kladně, i když některé dotazníky nebyly vyplněny dostatečně. Potřebný počet pro zpracování dat byl ale nasbírán. Při zpracování dat ve výzkumné části zůstalo číslování otázek shodné s dotazníkem vlastní tvorby.

Výzkumný vzorek tvoří celkem 33 respondentů, z toho 32 žen (97 %) a 1 muž (3 %). Věk respondentů byl od 20 do 59 let.

4.2 Prezentace výsledků dotazníku vlastní tvorby

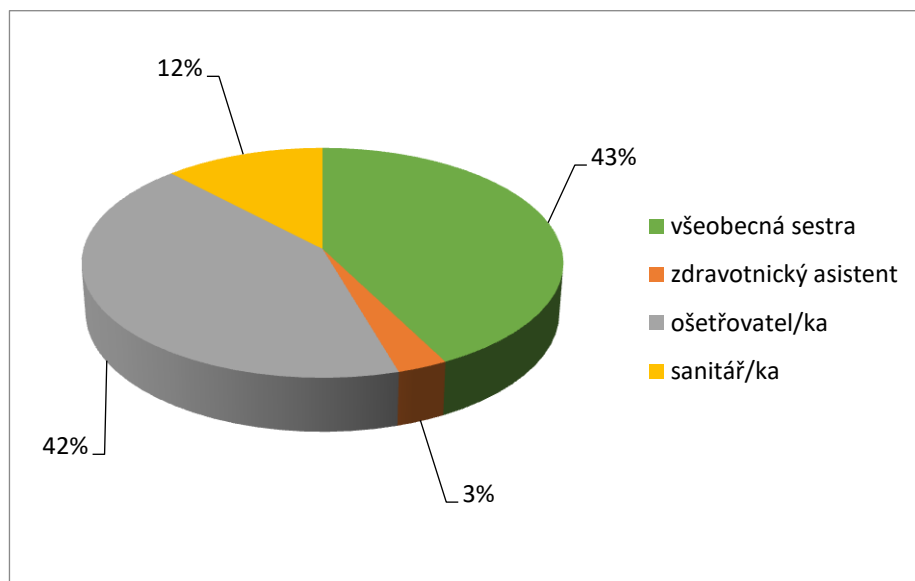
Otázka č. 2 – Věk



Obrázek 1 Věk respondentů

Věk byl pro lepší přehlednost rozdělen do čtyř kategorií. Nejvíce zastoupenou skupinou bylo 11 respondentů (34 %) ve věku 50 a více let. Další početnou skupinou bylo 9 respondentů (27 %) s věkem 40–49 let. 7 respondentů (21 %) je v kategorii 20–29 let. Ve věkové skupině 30–39 let bylo 6 respondentů (18 %). Viz Obrázek 1.

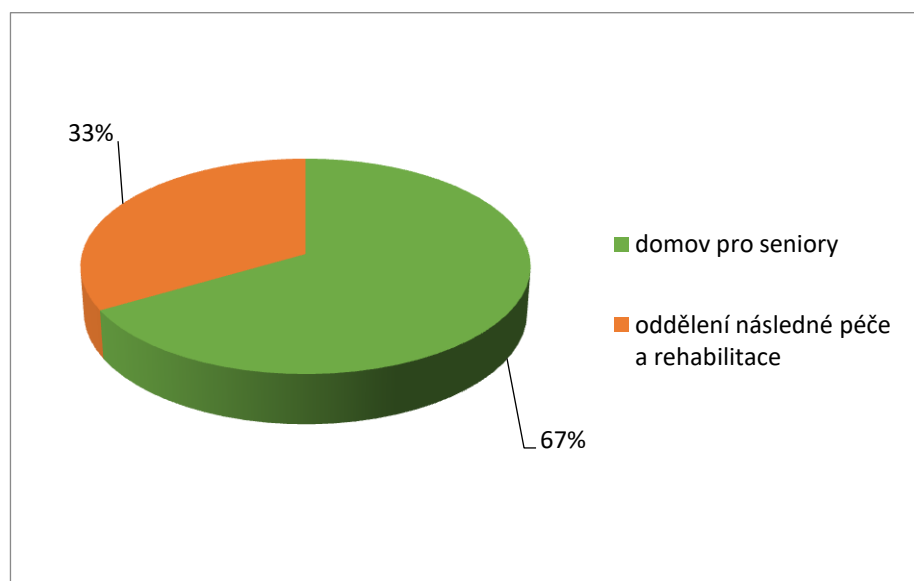
Otázka č. 3 – Pracovní pozice



Obrázek 2 Pracovní pozice respondentů

Dotazníky nejčastěji vyplňovaly všeobecné sestry a ošetřovatelky. Je to dáno tím, že v dlouhodobé péči je nejvíce potřeba právě péče těchto pracovníků. Z celkového počtu 33 dotazovaných (100 %) byly 4 sanitářky (12 %). Nejméně zastoupenou skupinou je zdravotnický asistent, který byl pouze 1 (3 %). Viz Obrázek 2.

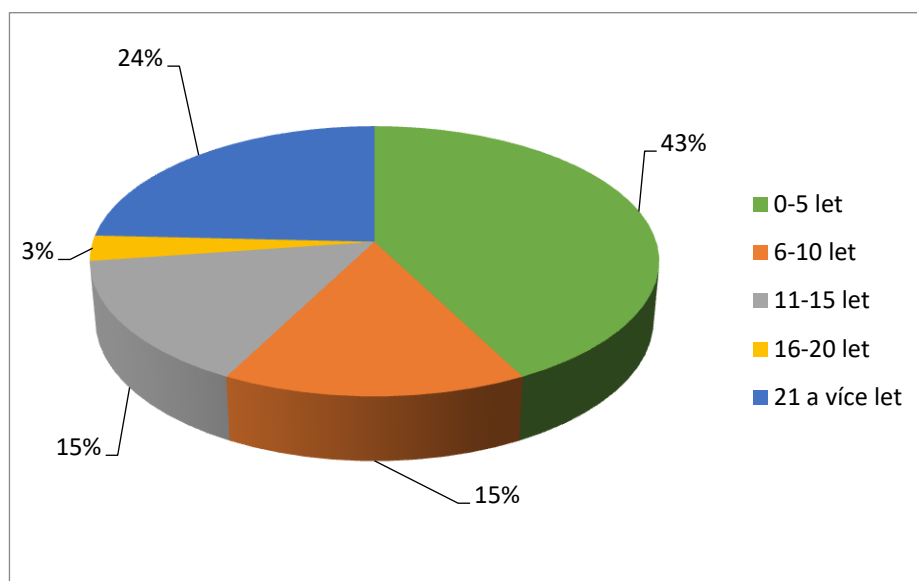
Otázka č. 4 – V jakém zařízení pracujete?



Obrázek 3 Zařízení, ve kterém respondenti pracují

Více než polovina respondentů (67 %) byla z domovů pro seniory. Oproti tomu byl nízký počet respondentů na oddělení následné péče a rehabilitace, a to 11 (33 %). Původně bylo z oddělení následné péče a rehabilitace navraceno 16 dotazníků, ale z důvodu nedostatečného vyplnění bylo 5 dotazníků z výzkumu vyřazeno a dále se s nimi nepracovalo. Viz Obrázek 3.

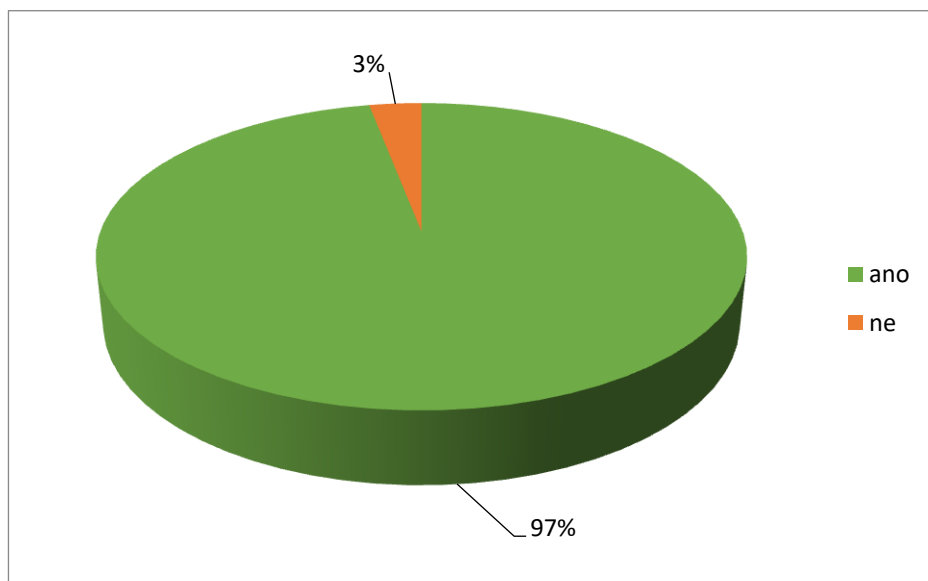
Otázka č. 5 – Vaše celková délka praxe v dlouhodobé péči (počet let)



Obrázek 4 Délka praxe respondentů v dlouhodobé péči

Dotazovaní pracovníci uváděli ve výzkumu dobu praxe od 1 roku do 35 let. Pro zpracování výsledků této otázky byla délka praxe rozdělena do pěti skupin. Téměř polovina respondentů (43 %) pracuje v dlouhodobé péči 0–5 let. 8 respondentů (24 %) má délku praxe 21 a více let. Kategorii 6–10 let zvolilo 5 respondentů (15 %). Stejně je na tom i délka praxe 11–15 let, kterou uvedlo také 5 respondentů (15 %). Nejméně zastoupenou skupinou je kategorie věku 16–20 let, a to pouze 1 respondent (3 %). Viz Obrázek 4.

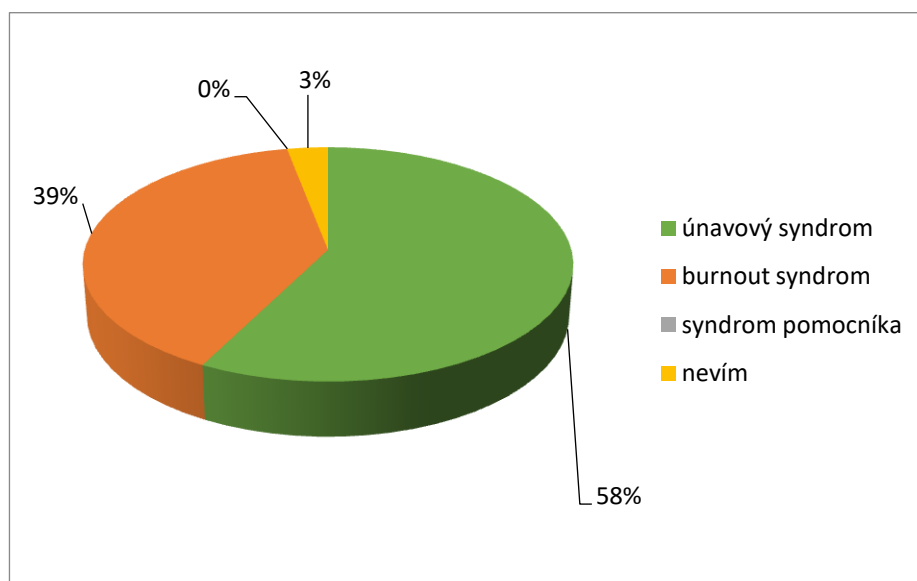
Otázka č. 6 – Víte, co je to syndrom vyhoření?



Obrázek 5 Informovanost respondentů, zda ví co je to syndrom vyhoření

Z grafu lze vyčíst, že 32 respondentů (97 %) ví, co je to syndrom vyhoření. Následovala výzva, pokud dotazovaný ví, co je to syndrom vyhoření, ať napíše stručně popis. Nejčastější odpovědí respondentů bylo, že syndrom vyhoření je psychické a fyzické vyčerpání. 1 respondent (3 %) neví co syndrom vyhoření je. Viz Obrázek 5.

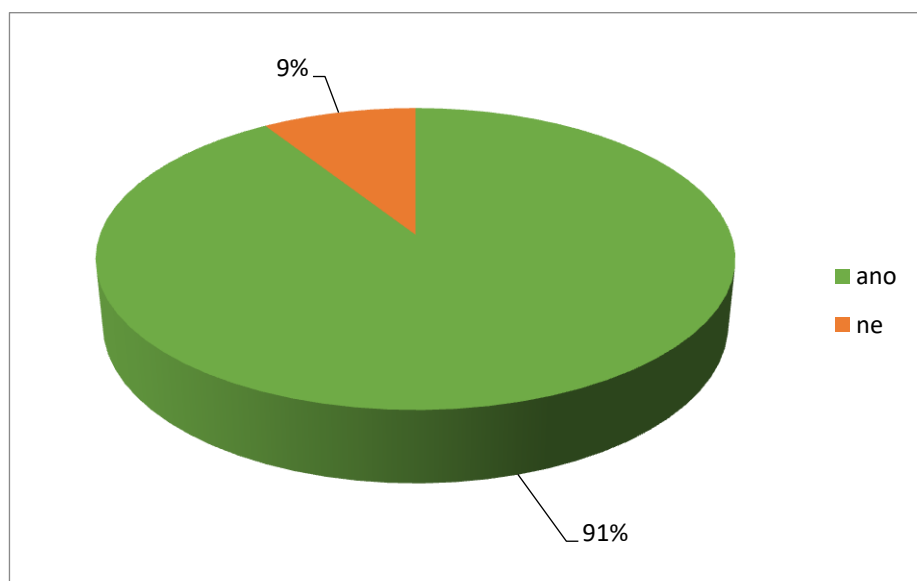
Otázka č. 7 – Znáte jiný název syndromu vyhoření?



Obrázek 6 Jiný název syndromu vyhoření

Odpověď „únavový syndrom“ zvolila více než polovina dotazovaných, a to 19 respondentů (58 %). Lze se přiklánět k tomu, že syndrom vyhoření se projevuje stavem únavy, proto se dá předpokládat, že z tohoto důvodu respondenti volili tuto možnost. Na správnou odpověď „burnout syndrom“ zareagovalo celkem 13 respondentů (39 %). Odpověď „syndrom pomocníka“ nevybral ani jeden respondent. 1 respondent (3 %) odpověděl, že nezná jiný název syndromu vyhoření. Viz Obrázek 6.

Otázka č. 8 – Víte, jaké má syndrom vyhoření příznaky?



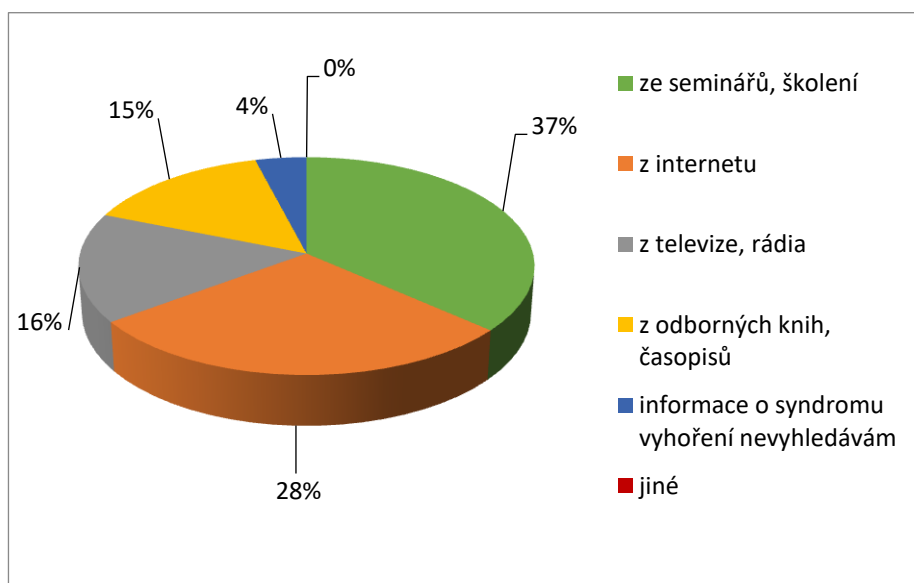
Obrázek 7 Informovanost respondentů o projevech syndromu vyhoření

Z celkového vzorku 33 dotazovaných (100 %) odpovědělo 30 respondentů (91 %), že vědí, jak se syndrom vyhoření projevuje. Pro ověření pravdivosti odpovědi byla zvolena podotázka, kde respondenti vypsali co nejvíce příznaků vyhoření. Dotazovaní zmiňovali únavu, nechutenství, nezáměr o práci a klienty. 3 respondenti (9 %) odpověděli, že neví, jaké jsou projevy syndromu vyhoření. Viz Obrázek 7.

Otázka č. 9 – Které profese jsou podle vás nejvíce ohrožené syndromem vyhoření?

Podle respondentů jsou syndromem vyhoření nejvíce ohroženi pomáhající a pečující osoby. 11 respondentů napsalo profesi „učitel“, 10 respondentů odpovědělo „pečovatel“, 9 respondentů odpovědělo „zdravotní sestra“, 8 respondentů napsalo, že ohrožení jsou zdravotníci. 7 respondentů napsalo, že ohrožení jsou lékaři. 5 respondentů napsalo „prodavači“. 3 respondenti odpověděli „úředníci“. 2 respondenti napsali profesi „policisté“ a 1 respondent odpověděl „hasiči“. 2 respondenti neodpověděli.

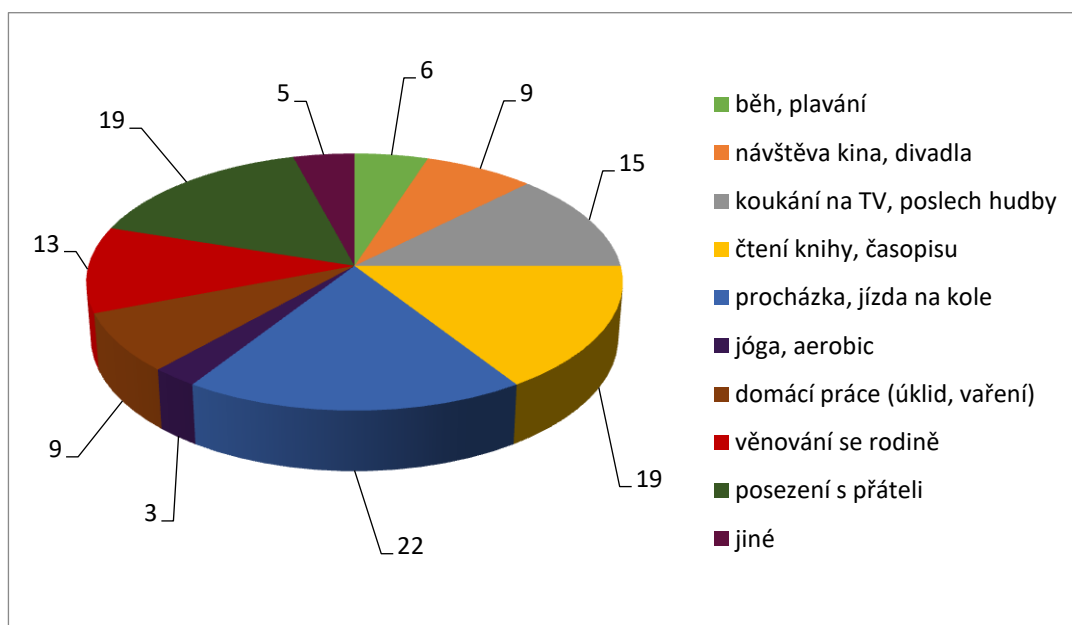
Otázka č. 10 – Jak získáváte informace o syndromu vyhoření? (možnost více odpovědí)



Obrázek 8 Zdroje získání informací o syndromu vyhoření

Respondenti znají zdroje, ze kterých mohou čerpat informace o syndromu vyhoření (viz Obrázek 8). Většina respondentů využívá k vyhledávání informací více než jeden zdroj. Celkem 27 respondentů (37 %) odpovědělo, že získávají informace ze seminářů a školení. 21 respondentů (28 %) získává informace prostřednictvím internetu, 12 respondentů (16 %) díky televizi nebo rádiu. 11 respondentů (15 %) se dočítá informace o syndromu vyhoření v odborných knihách nebo časopisech. Celkem 3 dotazovaní (4 %) odpověděli, že informace o syndromu vyhoření nevyhledávají. Ani jeden respondent nic neuvedl k možnosti „jiné“.

Otázka č. 11 – Jaký způsob relaxace volíte ve svém volném čase? (možnost více odpovědí)



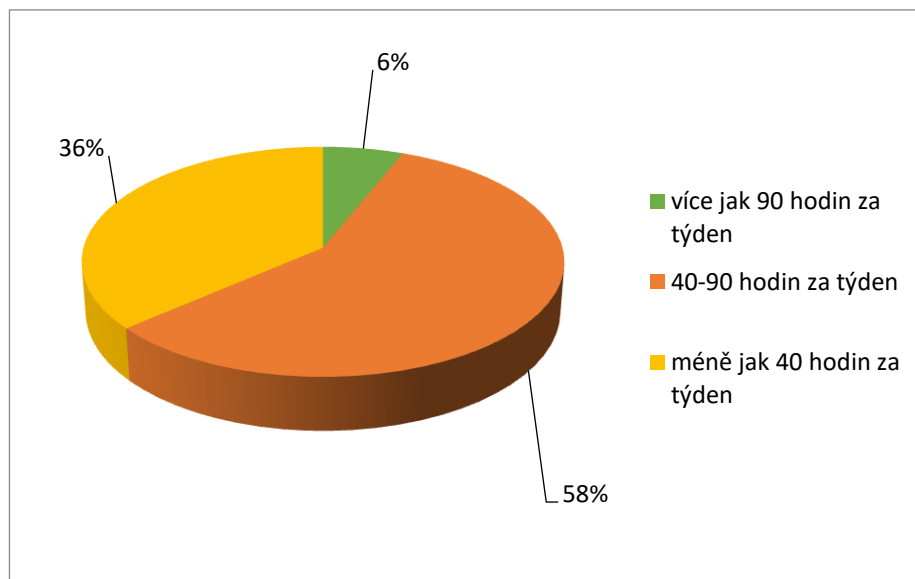
Obrázek 9 Způsob relaxace respondentů ve volném čase

Data byla rozdělena na aktivní a pasivní způsoby relaxace. Mezi aktivní patří běh, plavání, procházka, jízda na kole, jóga, aerobic, domácí práce (úklid, vaření). K pasivnímu lze zařadit návštěvu kina a divadla, koukání na TV a poslech hudby, čtení knihy a časopisu, věnování se rodině a posezení s přáteli.

Získáno bylo celkem 120 odpovědí, jelikož respondenti mohli volit více odpovědí. Čísla v grafu značí počet odpovědí respondentů. Celkově 34 % respondentů využívá aktivní způsoby relaxace a 62 % respondentů pasivní způsoby odpočinku. Viz Obrázek 9.

Na možnost „jiné“ odpovědělo 5 respondentů (4 %). Odpovědi byly „Spánek, nic nedělání (odpočinek), meditace.“, „Spinning.“, „Zahrádka, cestování, kočky.“, „Sport.“, „Pro mne je relax jen tak posedět s manželem a povídat si, být se svými vnoučaty, práce na zahradě a občas být úplně sama.“

Otázka č. 12 – Kolik si myslíte, že máte volného času během týdne? (domácí práce, sportovní aktivity, kulturní akce, koníčky, zájmy)



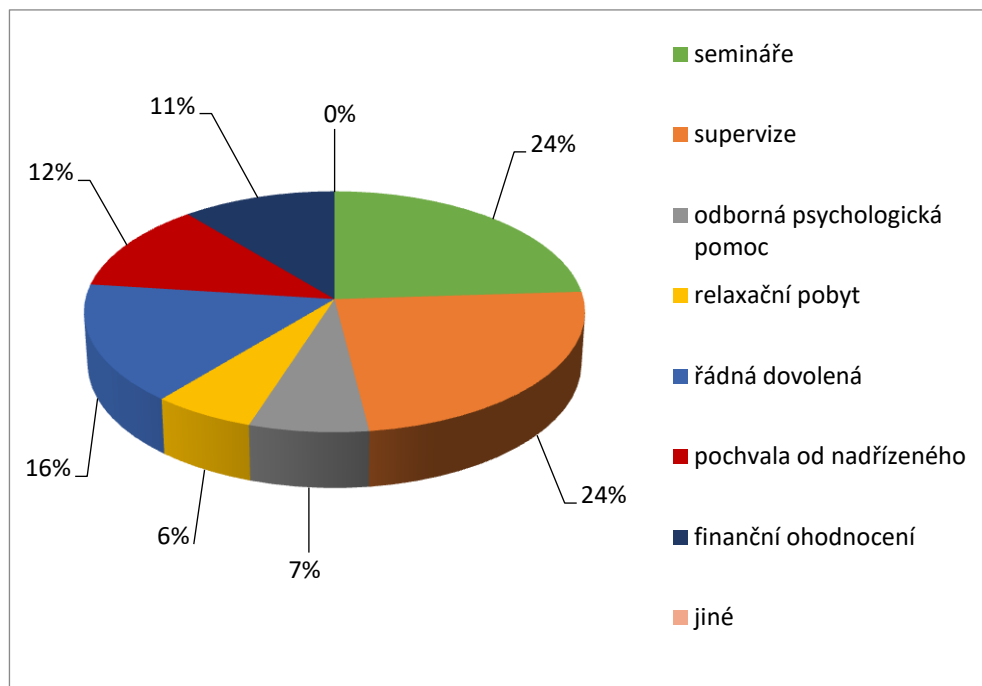
Obrázek 10 Počet hodin volného času během týdne

Více než polovina respondentů (58 %) odpověděla, že mají 40–90 hodin volného času během týdne. 2 respondenti (6 %) uvedli, že mají více jak 90 hodin volného času za týden. Odpověď „méně jak 40 hodin za týden“ zvolilo 12 respondentů (36 %). Viz Obrázek 10.

Otázka č. 13 – Je předcházeno syndromu vyhoření na vašem pracovišti?

Získáním dat bylo zjištěno, že prevence na pracovištích je zajištěna. Celkový počet 33 respondentů (100 %) odpověděl, že se v jejich zaměstnání předchází syndromu vyhoření.

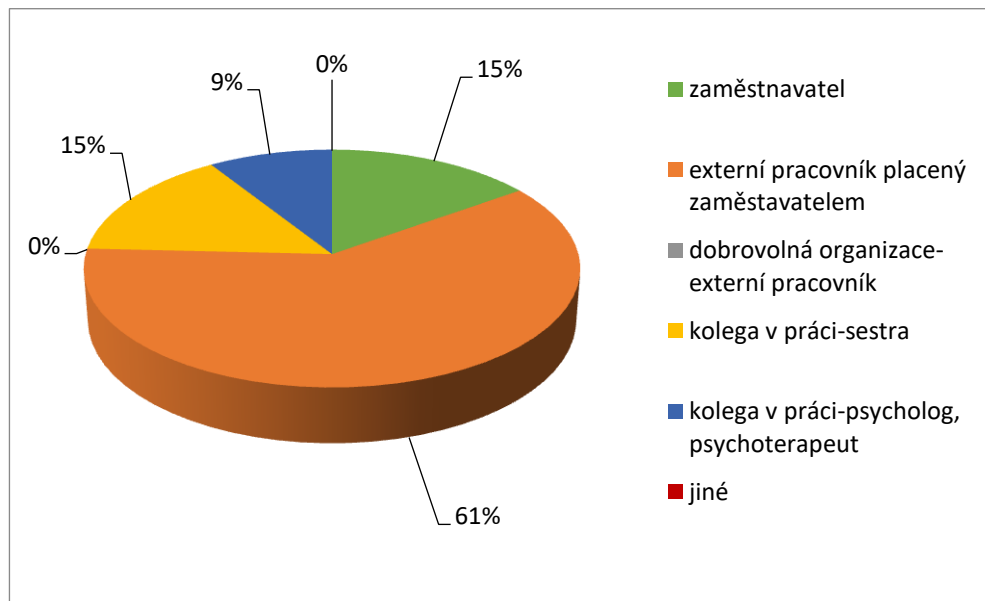
Otázka č. 14 – Jakým způsobem se předchází syndromu vyhoření na vašem pracovišti?
(možnost více odpovědí)



Obrázek 11 Metody prevence na pracovišti

Na pracovištích se nejčastěji konají preventivní programy ve formě seminářů a supervizí. Na odpověď „semináře“ zareagovalo 24 respondentů (24 %). Možnost supervize zvolilo také 24 respondentů (24 %). Dále 16 respondentů (16 %) vybralo řádnou dovolenou, 12 respondentů (12 %) volilo pochvalu od nadřízeného, 11 respondentů (11 %) finanční ohodnocení. Nejméně zvolenými metodami byly odborná psychologická pomoc, na kterou zareagovalo celkem 7 respondentů (7 %) a relaxační pobyt – 6 respondentů (6 %). Na možnost „jiné“ neodpověděl žádný respondent. Viz Obrázek 11.

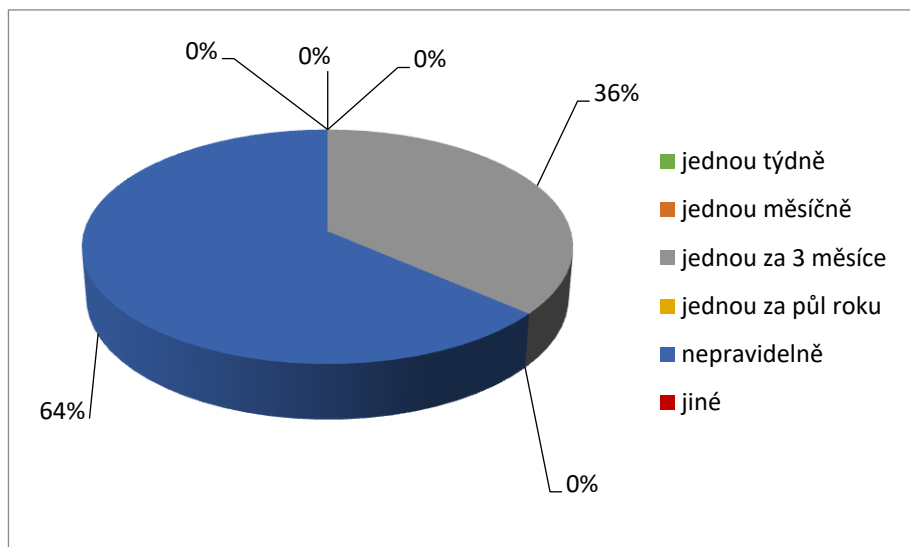
Otázka č. 15 – Kdo poskytuje prevenci syndromu vyhoření na vašem pracovišti?



Obrázek 12 Poskytovatel prevence syndromu vyhoření v zaměstnání

Nejčastěji volenou odpovědí na otázku, kdo poskytuje v zaměstnání prevenci proti syndromu vyhoření, je externí pracovník placený zaměstnavatelem, tuto možnost vybrala více než polovina respondentů (61 %). 5 respondentů (15 %) zvolilo možnost zaměstnavatel, možnost kolega v práci – sestra také 5 respondentů (15 %). Nejméně volenou možností je kolega v práci – psycholog, psychoterapeut, tuto odpověď uvedli 3 respondenti (9 %). Ani jeden z respondentů nezvolil možnost dobrovolná organizace – externí pracovník. K možnosti „jiné“ se nevyjádřil žádný z dotazovaných. Viz Obrázek 12.

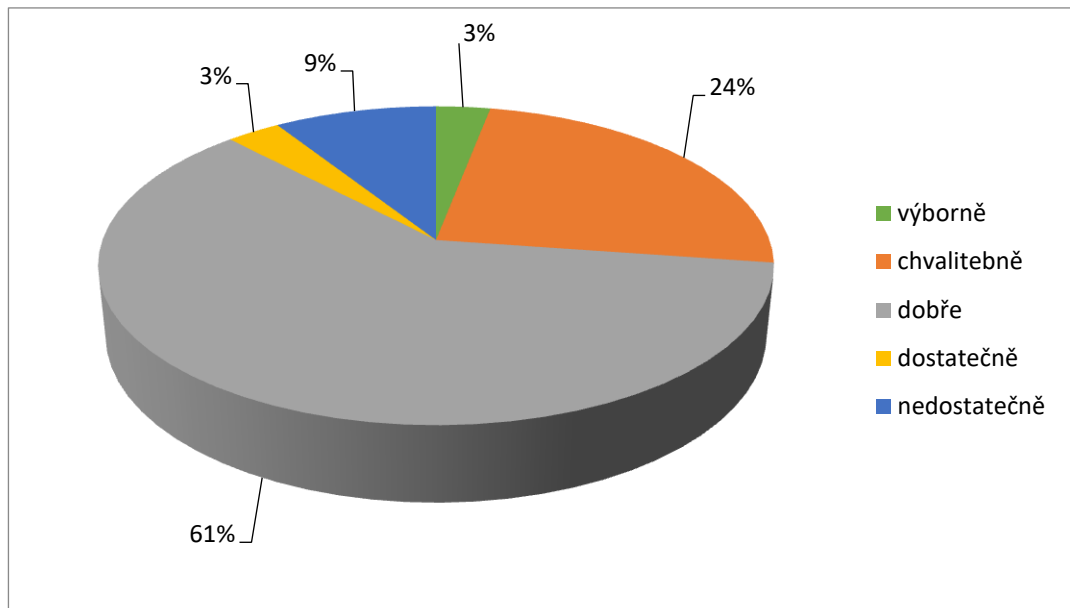
Otázka č. 16 – Jak často se věnujete na vašem pracovišti syndromu vyhoření v rámci prevence?



Obrázek 13 Jak často jsou na pracovišti konány preventivní programy

Více než polovina respondentů (64 %) odpověděla, že se preventivní programy na pracovišti konají nepravidelně. Druhou nejčastěji volenou odpovědí bylo jednou za tři měsíce, 12 respondentů (36 %). Žádný dotazovaný neodpověděl na možnosti jednou týdně, jednou měsíčně a jednou za půl roku. Viz Obrázek 13.

Otázka č. 17 – Jak hodnotíte zajištění prevence syndromu vyhoření v práci? (vyberte ze stupnice 1–5 jako ve škole)



Obrázek 14 Hodnocení prevence syndromu vyhoření na pracovišti ze strany respondentů

Více než polovina respondentů (61 %) volila hodnocení dobře. Celkem 88 % respondentů hodnotí v rozsahu dobře – výborně a 12 % respondentů v rozsahu dostatečně – nedostatečně. Není nutností konat častěji preventivní programy. Viz Obrázek 14.

4.3 Prezentace výsledků dotazníku MBI

Vyhodnocení spočívá v součtu všech bodových hodnocení v jednotlivých oblastech.
(viz Příloha B)

Stupeň emocionálního vyčerpání – EE

Nízký	0–16
Mírný	17–26
Vysoký	27 a více = VYHOŘENÍ

Stupeň depersonalizace – DP

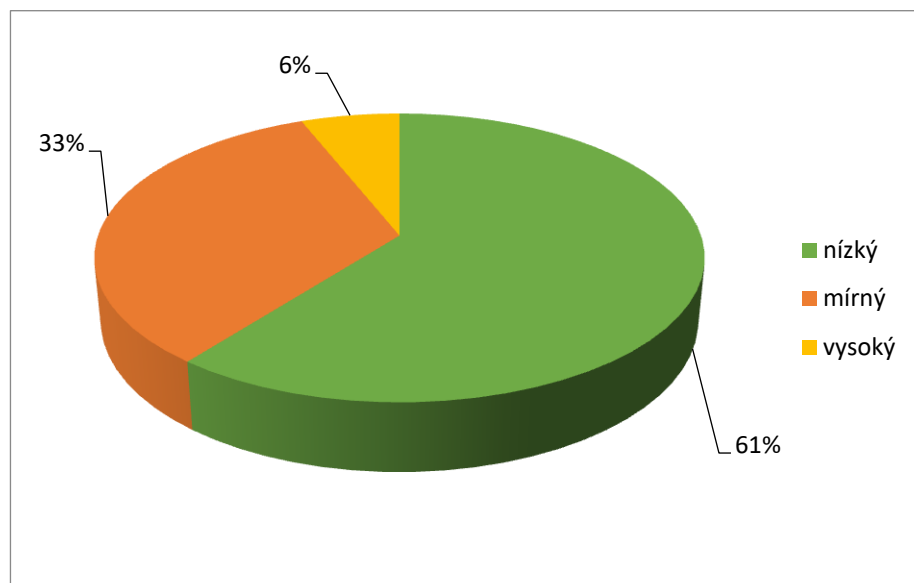
Nízký	0–6
Mírný	7–12
Vysoký	13 a více = VYHOŘENÍ

Stupeň osobního uspokojení – PA

Vysoký	39 a více
Mírný	32–38
Nízký	31–0 = VYHOŘENÍ

(Venglářová, 2011, str. 44)

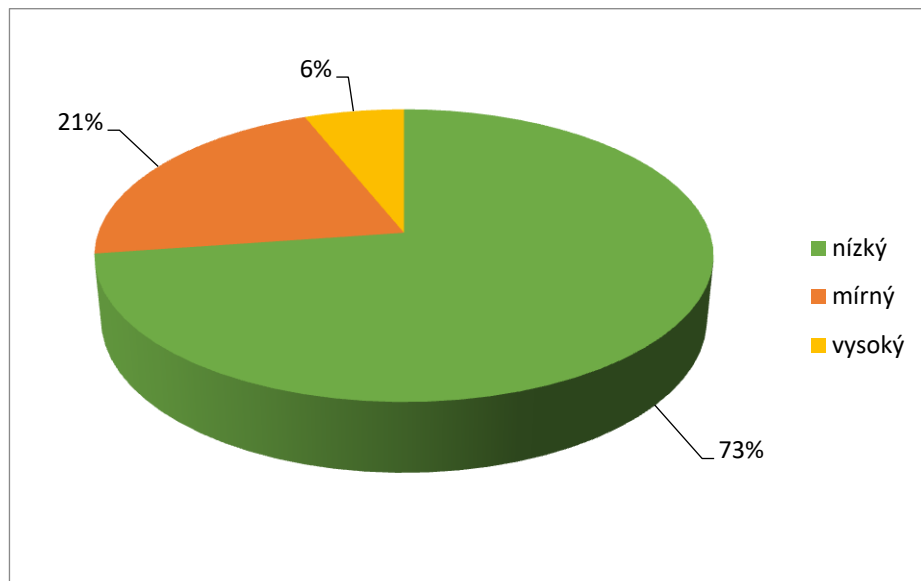
Emocionální vyčerpání – EE



Obrázek 15 Stupeň vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání

V grafu je zobrazena oblast emocionálního vyčerpání respondentů. Z celkového počtu 33 dotazovaných (100 %) je u 20 respondentů (61 %) evidován nízký stupeň vyčerpání, 11 respondentů (33 %) trpí mírným stupněm vyčerpání, 2 z nich (6 %) jsou v oblasti emocionálního vyčerpání vyhořelí. Viz Obrázek 15.

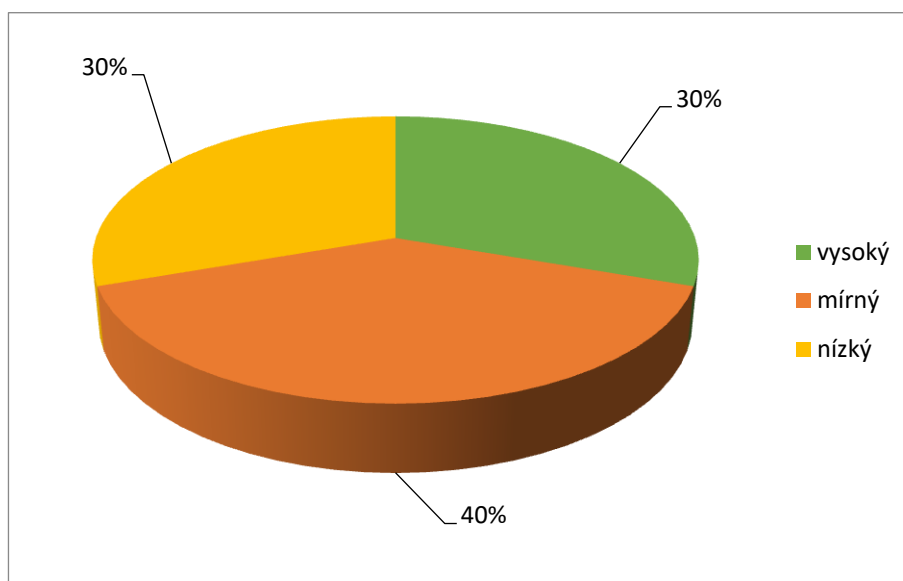
Depersonalizace – DP



Obrázek 16 Stupeň vyhoření v oblasti depersonalizace

V grafu je zobrazen stupeň depersonalizace u respondentů. 24 respondentů (73 %) netrpí depersonalizací, 7 respondentů (21 %) se pohybuje v mírném stupni depersonalizace a 2 respondenti (6 %) jsou v oblasti depersonalizace vyhořelí. Viz Obrázek 16.

Osobní uspokojení – PA



Obrázek 17 Stupeň vyčerpání v oblasti osobního uspokojení

V grafu je zobrazen stupeň osobního uspokojení respondentů v práci. Vysoký stupeň pracovního uspokojení je evidován u 10 respondentů (30 %), mírný stupeň pracovního uspokojení u 13 respondentů (40 %) a nízký stupeň uspokojení v práci u 10 respondentů (30 %). Viz Obrázek 17.

Respondenti, kterým vyšel stupeň vyhoření při vyhodnocení dotazníku MBI, byli vyhořelí v jedné oblasti, a to v oblasti osobního uspokojení. Pouze jeden respondent byl vyhořelý ve dvou oblastech, v oblasti emocionálního vyčerpání a osobního uspokojení.

Následující tabulka (viz Tabulka 1) odkazuje na výsledky vyhořelých respondentů v závislosti na délce praxe. V kategorii délky praxe 0–5 let jsou vyhořelí 3 respondenti, 2 respondenti jsou vyhořelí ve skupině 6–10 let. Počet vyhořelých pracovníků pracujících v dlouhodobé péči 11–15 let je 3. V kategorii 16–20 let je vyhořelý 1 respondent. 4 pracovníci jsou vyhořelí při délce praxe 21 a více let. Z tabulky je možno vyčíst, že s přibývajícím délkou praxe stoupá procento vyhořelých pracovníků. Může to být tím, že pracovníci nejsou nadšení z výkonu práce jako na začátku, nevidí v práci smysl a postupem času je přestává bavit.

Tabulka 1 Počet vyhořelých a nevyhořelých respondentů v závislosti na délce praxe

Délka praxe	0–5 let	6–10 let	11–15 let	16–20 let	21 a více let
VYHOŘELÍ	3	2	3	1	4
NEVYHOŘELÍ	10	4	2	0	4

5 DISKUZE

Dotazník byl určen pro zdravotnické pracovníky, kteří pracují v dlouhodobé péči. Na začátku vlastního dotazníku byly uvedeny identifikační otázky, kterými bylo zjištěno, že 67 % respondentů pracuje v domově pro seniory a 33 % respondentů na oddělení následné péče a rehabilitace. Z oddělení následné péče a rehabilitace bylo 5 dotazníků vyloučeno, protože nebyly dostatečně vyplněny. Je možné klást si otázku, proč respondenti nevyplnili dotazníky celé. Dotazník jim mohl připadat dlouhý anebo neporozuměli znění otázek. Všechny pět respondentů začalo vyplňovat identifikační dotazy, ale otázkami, které se týkaly informovanosti o syndromu vyhoření, už nepokračovali. Nevyplnili ani standardizovaný dotazník MBI. Pouze jeden respondent vyplnil tři otázky u dotazníku MBI a dále nepokračoval. Z toho lze usoudit, že jim dotazník připadal dlouhý a možná až příliš osobní, přestože byl anonymní. Respondenti neměli v práci dostatek soukromí a domů si dotazník na vyplnění vzít nemohli. Dotazník byl nejčastěji vyplňován všeobecnými sestrami a ošetrovatelkami. Výzkumu se zúčastnilo celkem 32 žen a 1 muž. V zařízeních dlouhodobé péče jsou zaměstnány převážně ženy. Práce je pro ně fyzicky náročná, proto by bylo přínosné, kdyby zde pracovalo více mužů, kteří by pomohli s manipulací pacientů.

Ve sledovaném souboru zdravotnických pracovníků byla nejčastěji uvedena délka praxe v dlouhodobé péči do pěti let. Tento údaj uvedlo 43 % respondentů. Délka praxe je stále nejvíce zkoumaným rizikovým faktorem, který má vliv na vznik vyhoření, zabývá se jím mnoho výzkumných prací a článků. Ve výzkumu této práce bylo nejvíce vyhořelých respondentů v kategorii délky praxe 21 a více let (viz Tabulka 1). S přibývajícím délkou praxe stoupá riziko vzniku syndromu vyhoření. Zdravotničtí pracovníci přicházející do zaměstnání jsou nadšení a plní elánu, těší se na vykonávání své práce. Postupem času mají pocit, že je práce tolik nenaplňuje jako na začátku. Nadšení a zkrácené ideály upadají a jedinec je nakonec zklamán. Pracovníci působící delší dobu v praxi mají plno zkušeností, které uplatňují, a mají ve výkonu povolání systém. Snaží se s náročnou prací vyrovnávat, přesto to má negativní vliv na jejich psychiku. Je možné se domnívat, že pracovníci, kteří působí v praxi 21 a více let, mohou být ovlivněny i zdravotními problémy, jež je trápí. Jedinci, kteří vykonávají své povolání v délce 11–15 let mohou být rizikovější i z toho důvodu, že řeší rodinné záležitosti okolo svých dětí.

Při zpracování bakalářské práce byly stanoveny tři výzkumné otázky. **První výzkumná otázka** se týkala toho, kolik pracovníků prokazuje příznaky syndromu vyhoření. K vyhodnocení této otázky byl použit standardizovaný dotazník MBI, jež vyhodnocuje

emocionální vyčerpání, depersonalizaci a osobní uspokojení. Dle vyhodnocení výzkumu této práce jsou v oblasti emocionálního vyčerpání dva respondenti vyhořelí (6 %), v oblasti depersonalizace také dva (6 %). V oblasti osobního uspokojení trpí vyhořením deset respondentů (30 %). Třetina respondentů byla v oblasti osobního uspokojení vyhořelá. Možné příčiny toho, že pracovníci nejsou spokojeni se svou prací, může být například málo finančně oceněná práce nebo nedostatek psychické opory od zaměstnavatele. Dalším důvodem může být skutečnost, že pracovníci pečují o klienty, kteří trpí mnoha nemocemi, a přesto v zařízení nedojde k jejich úplnému vyléčení.

Morávková (2013) použila také ve svém výzkumu dotazník MBI pro zjištění stupně vyhoření v jednotlivých oblastech. Výzkum prováděla od března do dubna roku 2013 v domovech pro seniory a v nemocnici následné péče. Účastnilo se ho 63 respondentů. V jejím výzkumu je v oblasti emocionálního vyčerpání vyhořelých 11 %, ve výzkumném vzorku této práce 6 %. V oblasti depersonalizace je v jejím výzkumu 8 % vyhořelých, v tomto výzkumu 6 %. V oblasti osobního uspokojení uvádí 33 % vyhořelých, ve vzorku tohoto výzkumu 30 %. Při srovnání výsledků Morávkové s výzkumem této práce je počet respondentů trpících vyhořením téměř shodný.

Jirkovská (2013) také použila metodu MBI dotazníku. Výzkum realizovala v období listopad 2012 až leden 2013 v domovech pro seniory. Účastnilo se ho 45 respondentů. V oblasti emocionálního vyčerpání bylo 6 % vyhořelých. Depersonalizací trpělo 9 % respondentů. V oblasti osobního uspokojení je v jejím výzkumu vyhořelých 19 %. U Jirkovské je menší počet vyhořelých respondentů v oblasti osobního uspokojení než u Morávkové anebo ve výzkumu této práce.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala informovanost respondentů o syndromu vyhoření. Výzkumná otázka byla vyhodnocena na základě odpovědí respondentů na otázky č. 6, 7, 8, 9 a 10 v dotazníku vlastní tvorby. Pracovníci měli napsat k otevřeným otázkám definici vyhoření, jeho projevy a také to, koho může syndrom vyhoření postihnout z hlediska profese.

Z vyhodnocení podle stupnice, která byla stanovena na začátku výzkumu, lze říci, že respondenti jsou dostatečně informováni a mají základní informace o problematice syndromu vyhoření. Z celkového počtu 33 respondentů (100 %) odpovědělo správně na tři až čtyři otázky 25 respondentů (76 %). Pracovníci tedy mají základní přehled o syndromu vyhoření. Na dvě otázky správně odpovědělo 6 dotazovaných (18 %) a 2 respondenti (6 %) odpověděli správně pouze na jednu otázku.

Bylo zjištěno, že pracovníci v dlouhodobé péči mají základní informace o syndromu vyhoření a to je považováno za chvályhodné a dostačující. Odpovědi respondenti vypisovali, což bylo náročnější. Jednodušší by bylo, kdyby dotazovaní vybírali z více možností, ale to by snadněji odvodili správnou odpověď. Syndrom vyhoření je stále aktuálnějším tématem ve zdravotnické profesi, proto je této problematice věnována pozornost. Zdravotničtí pracovníci jsou rizikovou skupinou, denně se setkávají s náročnými výkony. Vyhodnocením dat bylo zjištěno, že si pracovníci sami aktivně vyhledávají informace o syndromu vyhoření z více než jednoho zdroje. Se základními informacemi, které mají o vyhoření, jsou schopni včas rozpoznat příznaky u sebe nebo svých kolegů v počátečním stadiu a problém se dá snadněji řešit, než když je jedinec už v pokročilém a konečném stadiu vyhoření.

Třetí výzkumná otázka se pohybovala v oblasti prevence syndromu vyhoření. Obsahovala tři parametry, konkrétně to, jak pracovníci předcházejí syndromu vyhoření v osobním životě, jaké metody prevence jsou prováděny na pracovišti a jak často. Prevence by měla být poskytována jak ze strany zaměstnavatele, tak ze strany jedince. Oblastí prevence vyhoření u pracovníků se zabývají dotazníkové otázky č. 11, 12, 13, 14, 15, 16 a 17.

Dle odpovědí respondentů jsou nejčastější relaxačními technikami procházka a jízda na kole, tuto možnost zvolilo 22 dotazovaných. Jedinec si při procházce utřídí myšlenky v hlavě a snaží se odstranit starosti. Pracovníci si odpočinou, přijdou s přáteli na jiné myšlenky a příjemně se odreagují od pracovních záležitostí. Člověk by měl vědět, které aktivity mu přinášejí pocit uvolnění, každý se totiž s psychickým i fyzickým vyčerpáním vyrovnává jinak. Je důležité, aby si pracovníci našli dostatek času na relaxaci.

Výzkumem bylo zjištěno, že prevenci syndromu vyhoření je na pracovišti věnována pozornost. Nejčastěji zmiňovanými metodami jsou semináře a supervize. Možnost semináře zvolilo 24 respondentů, na supervizi zareagovalo taky 24 respondentů. Dotazovaní odpověděli, že prevenci na pracovišti nejčastěji poskytuje zaměstnavatel prostřednictvím externího pracovníka. Zaměstnanci si váží preventivních metod v boji proti syndromu vyhoření a oceňují tento způsob získávání informací. Pracovníci mohou využít informace o syndromu vyhoření teoreticky formou přednášek a prakticky formou supervizí. Supervize zajistí osobní rozvoj jedince a nabídne možnosti, jak se v náročné situaci zachovat. Záleží ale na jedinci, jak danou situaci nakonec vyřeší. Výzkumem bylo zjištěno, že respondenti získávají informace i z jiných zdrojů, a to z internetu, televize a rádia, z odborných knih a

časopisů. To je pro pracovníky přínosné, získávají tak informace pro svoje potřeby a následně vědí, jaká je možnost řešení daného problému.

Beranová (2013) se ve své práci zabývá informovaností pracovníků o syndromu vyhoření a pokládá si otázku, kde se respondenti seznámili s technikami prevence syndromu vyhoření a předcházení stresu. Více než polovina respondentů odpovídala na možnost kurzů, přednášek a seminářů.

Preventivní programy jsou podle pracovníků konány nepravidelně. Z výzkumu bylo zjištěno, že 64 % respondentů volilo možnost nepravidelně a 36 % respondentů zvolilo odpověď jednou za tři měsíce. Otázky v dotazníku vlastní tvorby, které se zaměřovaly na prevenci, by bylo nejlepší zahrnout do krátkého rozhovoru, který by obsahoval tři stručné otázky. Jedinec by odpověděl ihned, případně by se při nejasnosti znovu zeptal na znění otázky. Výhodou dotazníkového šetření je úspora času, na respondenty není kladen tlak, nevýhodou může být nepravdivost odpovědí nebo vynechání otázek. Naopak metoda rozhovoru je z hlediska času náročná, výzkumník musí být přítomen u realizace výzkumného šetření a respondent může být ovlivněn výzkumníkem. Výhodou je, že výzkumník získá odpověď ihned. Výzkumy jiných závěrečných prací, které se týkaly prevence vyhoření, byly realizovány pouze formou rozhovorů, nelze tedy srovnat žádnou práci s tímto výzkumem.

Výzkum přinesl mnoho nových poznatků o problematice syndromu vyhoření, a to nejvíce v oblasti informovanosti. Pracovníci vědí, co je syndrom vyhoření a jaké jsou jeho projevy, a dodržují zásady prevence. Mají jak teoretické, tak praktické poznatky.

Kdyby se další výzkumník zaměřil na tuto problematiku, stálo by za zvážení směřovat výzkum na oblast pracovního uspokojení jedinců a zkoumat, jak jsou spokojeni v zaměstnání, jestli mají dostatek podpory od nadřízeného a zda jim pomáhá řešit problémy, které se vyskytnou na pracovišti, nebo zda si problémy musí řešit z velké části oni sami. Dále by bylo přínosné zjistit, zda mají vztahy mezi kolegy na pracovišti vliv na vznik syndromu vyhoření.

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou syndromu vyhoření. Cílem teoretické části bylo prohloubit vědomosti o tomto syndromu. Byl uceleně definován samostatný jev vyhoření s uvedením rizikových faktorů, které mají vliv na vznik tohoto stavu. Dále byly popsány projevy, diagnostika, léčba a prevence daného jevu. V teoretické části byla zmíněna rovněž definice stresu a problematika systému dlouhodobé péče. Při zpracování byly získány nové a zajímavé informace, které se dají využít v praxi. Cílem výzkumné části bylo zjistit stupeň vyhoření u pracovníků v dlouhodobé péči. Tyto cíle byly naplněny a výsledky byly vyhodnoceny ve formě grafů. Výsledkem výzkumu bylo, že třetina pracovníků je vyhořelá v oblasti osobního uspokojení, v oblasti emocionálního vyčerpání jsou vyhořelí dva jedinci a depersonalizací trpí dva zdravotníci. Výzkum byl dále zaměřen na informovanost pracovníků o dané problematice. Bylo zjištěno, že pracovníci mají základní povědomí o syndromu vyhoření, což je hodnoceno pozitivně. Prostřednictvím dotazníku byly také získány informace o tom, že pracovníci využívají relaxační techniky k zmírnění stresu v náročné situaci a že prevenci vyhoření je na pracovišti věnována pozornost formou seminářů a supervizí. Přesto by stálo za zvážení poskytovat ještě více informací o této problematice, aby se v budoucnu zabránilo jejímu podceňování.

7 POUŽITÁ LITERATURA

Knižní zdroje:

1. CARNEGIE, Dale. *Jak překonat starosti a stres*. 1. vyd. Praha: Práh, 2011, 155 s. ISBN 978-80-7252-320-7.
2. GULÁŠOVÁ Ivica, Ján BREZA a Ján HRUŠKA. *Prevence krizových situací – stres. Sestra*. 2013, 23 (6), s. 24 – 26. ISSN 1210-0404.
3. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 3., aktualizované vyd. Praha: Portál, 2015, 776 s. ISBN 978-80-262-0873-0.
4. HOLMEROVÁ, Iva. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
5. HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 2. vyd. Praha: Vyšehrad, 2015, 240 s. ISBN 978-80-7429-552-2.
6. JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 32 s. ISBN 80-869-9174-1.
7. JOSHI, Vinay. *Stres a zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, Rádci pro zdraví. 160 s. ISBN 978-80-7367-211-9.
8. KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 144 s. ISBN 978-80-7367-299-7.
9. KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce a teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu.)* 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 23 s. ISBN 80-707-1231-7.
10. KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: [psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese]*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006, 174 s. ISBN 80-736-7181-6.
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. 2., přeprac. vyd., v KNA 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, Orientace (Karmelitánské nakladatelství). 175 s. ISBN 978-80-7195-573-3.
12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009, 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
13. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

14. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
15. MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012, 151 s. ISBN 978-80-262-0180-9.
16. MINIRTH, Frank B. *Jak překonat vyhoření: naučte se rozpoznávat, chápat a zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2011, 144 s. ISBN 978-80-7255-252-8.
17. NEŠPOR, Karel. *Sebeovládání: stres, rizikové emoce a bažení lze zvládat!* 2. vyd. Praha: Portál, 2015, 152 s. ISBN 978-80-262-0827-3.
18. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.
19. PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. 1. vyd. Praha: Pasparta, 2016, 180 s. ISBN 978-80-88163-00-8.
20. POSCHKAMP, Thomas. *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Brno: Edika, 2013. Rádce pro pedagogy. 104 s. ISBN 978-80-266-0161-6.
21. PRIEB, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najdete cestu zpátky k sobě*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 176 s. ISBN 978-80-247-5394-2.
22. PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 152 s. ISBN 978-80-7367-381-9.
23. SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka: [podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích]*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. Spektrum (Portál). 240 s. ISBN 978-80-7367-369-7.
24. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
25. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
26. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

Elektronické zdroje:

1. BLATNICKÁ, Jindra a Jana NOVOTNÁ. Syndrom vyhoření trochu jinak. *Sestra* [online]. 18. 3. 2013 [cit. 2016-12-28]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/syndrom-vyhoreni-trochu-jinak-469520>

2. HOLMEROVÁ, Iva a Monika VÁLKOVÁ. Východiska dlouhodobou péče. *Lékařské listy* [online]. 2. 11. 2009 [cit. 2017-02-25]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/vychodiska-dlouhodobé-pece-447831>
3. KLUSÁKOVÁ, Petra. Dlouhodobá péče v ČR. *Zdravotnické noviny* [online]. 13. 8. 2012 [cit. 2017-02-25]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/dlouhodobá-pece-v-cr-465869>
4. MPSV. Dlouhodobá péče – pojem známý, nebo neznámý?. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 19. 11. 2010 [cit. 2017-02-25]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9860>
5. PETERKOVÁ, Michaela. Jak na vyhoření. [online]. 2008-2017 [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: <http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/syndrom-vyhoreni-uvod/jak-na-vyhoreni>
6. SNOPKOVÁ, Ivana. Burn-out syndrom čili syndrom vyhoření. *Sestra* [online]. 10. 7. 2007 [cit. 2016-12-15]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/burn-out-syndrom-cili-syndrom-vyhoreni-313491>
7. VÁLKOVÁ, Monika, Marie KOJESOVÁ a Iva HOLMEROVÁ. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice* [online]. Praha: MPSV, 2010 [cit. 2016-11-19]. ISBN 978-80-7421-021-1. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9597/dlouhodobá_pece_CR.pdf

Vysokoškolské práce:

1. BERANOVÁ, Hana. *Syndrom vyhoření a jeho prevence u pracovníků pomáhajících profesí*. [online]. Pardubice, 2013. [cit. 2017-06-29]. Dostupné z: http://dspace.upce.cz/bitstream/handle/10195/49420/BeranovaH_SyndromVyhoreni_JK_2013.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Ph.Dr. Jana Křišťálová.
2. JIRKOVSKÁ, Martina. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků v domovech pro seniory*. [online]. Olomouc, 2013 [cit. 2017-07-04]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/7q1nl3/00174026-923485638.pdf>. Bakalářská práce. Univerzita Palackého V Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.

3. MORÁVKOVÁ, Pavlína. *Syndrom vyhoření u pracovníků v dlouhodobé péči: (prevence, možnosti ze strany zaměstnavatele)*. [online]. Pardubice, 2013. [cit. 2016-06-22]. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/53651/MoravkovaP_SyndromVyhoreni_KS_2013.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Kristýna Šoukalová.
4. ZÁBOJNÍKOVÁ, Zuzana. *Syndrom vyhoření u zdravotních sester* [online]. Zlín, 2010 [cit. 2016-11-20]. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10563/13005>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce doc. PhDr. Josef Konečný.

8 PŘÍLOHY

- Příloha A - Dotazník TM
- Příloha B - Dotazník MBI
- Příloha C - Dotazník BM
- Příloha D - Hodnocení míry naprostého vyčerpání
- Příloha E - Vlastní dotazník

Příloha A – Dotazník TM

1 nikdy, 2 jednou nebo dvakrát, 3 zřídka, 4 někdy, 5 často, 6 většinou, 7 vždy

Otázky A:	1	2	3	4	5	6	7
Jste unavení?							
Pocitujete sklíčenost?							
Cítíte se fyzicky vyčerpaní?							
Cítíte se emocionálně vyčerpaní?							
Připadáte si "vyždímaní"?							
Cítíte se vnitřně vyprázdnění?							
Jste nešťastní?							
Jste přepracovaní?							
Cítíte se jako v pasti?							
Připadáte si bezcenní?							
Jste znechucení?							
Pocitujete obavy?							
Pocitujete vůči svému okolí zlost nebo zklamání?							
Připadáte si slabí a bezmocní?							
Pocitujete beznaděj?							
Máte pocit, že vás okolí odmítá?							
Máte strach?							
Součet A:							

Otázky B:	1	2	3	4	5	6	7
Máte dnes hezký den?							
Jste šťastní?							
Máte optimistickou náladu?							
Jste plní energie a chuti do práce?							
Součet B:							

Zdroj: Stock, 2010, str. 27

Příloha B – Dotazník MBI

Síla pocitů: (vůbec) 0 – 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/ná 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 naladuju.	
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 činí citově tvrdým.	
12	PA	Mám stále hodně energie.	
13	EE	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení.	
14	EE	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že 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/lidmi.	
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	Citově problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.	
22	DP	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy.	

Zdroj: Venglářová, 2011, str. 43-44

Příloha C – Dotazník BM

Síla pocitů: 1 nikdy – 2 jednou za čas – 3 zřídka kdy – 4 někdy – 5 často – 6 obvykle – 7 vždy

1	Byl(a) jsem unaven(á).	
2	Byl(a) jsem v depresi (tísni).	
3	Prožíval(a) jsem krásný den.	
4	Byl(a) jsem tělesně vyčerpán(a).	
5	Byl(a) jsem citově vyčerpán(a).	
6	Byl(a) jsem šťastná (šťasten).	
7	Cítil(a) jsem se vyřízen(á), zničen(á).	
8	Nemohl(a) jsem se vzchopit a pokračovat dále.	
9	Byl(a) jsem nešťastný(á).	
10	Cítil(a) jsem se uhoněn(á) a utahán(aná).	
11	Cítil(a) jsem se jakoby uvězněn(á) v pasti.	
12	Cítil(a) jsem se jako bezcenný(á).	
13	Cítil(a) jsem se utrápen(á).	
14	Tížily mě starosti.	
15	Cítil(a) jsem se zklamán(a) a rozčarován(a).	
16	Byl jsem slab(a) 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(á) optimismu.	
20	Cítil(a) jsem se pln(á) energie.	
21	Byl(a) jsem pln(á) úzkosti a obav.	

Zdroj: Venglářová, 2011, str. 45

Příloha D – Hodnocení míry naprostého vyčerpání

Pocity: (rozhodně ne) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (jasné ano)

1	Připadá mi, že čím více pracuji, tím jsou mé výsledky horší.	
2	Děsí mě chodit každý den do práce, školy.	
3	Připadá mi, že mám méně fyzické energie, než dříve.	
4	Rozčilují mě věci, které mi dříve nevadily.	
5	Zjišťuji, že se stále více straním lidí.	
6	Připadá mi, že jsem vznětlivější.	
7	Hůř se soustředím.	
8	Stále více zjišťuji, že se mi ráno nechce z postele.	
9	Přestávám věřit svým schopnostem.	
10	Připadá mi stále těžší soustředit se na práci, studium.	
11	Je pro mě obtížnější riskovat.	
12	Stále více mě rozladí moje neúspěchy.	
13	Poslední dobou viním ze své situace Boha.	
14	Někdy mám chuť ode všeho utéct.	
15	Dělá mi čím dál menší starosti, zda svou práci někdy dokončím.	
16	Připadá mi, že je všechno při starém, nebo dokonce horší.	
17	Zdá se mi, že všechno, co se snažím dělat, pohlcuje víc energie, než kolik jí mám.	
18	Zjišťuji, že je pro mě obtížné splnit i jednoduché a rutinní úkoly.	
19	Přeji si, aby mě lidé nechali na pokoji.	
20	Změny, které na sobě pozoruji, mě skličují.	

Zdroj: Venglářová, 2011, str. 41

Příloha E – Vlastní dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Jana Málková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Rozhodla jsem se psát bakalářskou práci na téma Syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků v dlouhodobé péči.

Dotazník se skládá ze dvou částí. V první části je můj vlastní dotazník, který slouží k získání informací (informovanost o syndromu vyhoření a prevence).

Ve druhé části je standardizovaný dotazník MBI, který zjišťuje stupeň vyhoření.

Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze pro zpracování mé bakalářské práce.

Tímto Vás chci poprosit o upřímné vyplnění tohoto dotazníku.

Předem děkuji za Vaši ochotu a čas.

Část I.

1. Pohlaví

- a) žena
- b) muž

2. Věk: _____

3. Jaká je vaše pracovní pozice?

- a) všeobecná sestra
- b) zdravotnický asistent
- c) pečovatel/ka
- d) sanitář/ka

4. V jakém zařízení pracujete?

- a) v domově pro seniory
- b) na oddělení následné péče a rehabilitace

5. Vaše celková délka praxe v dlouhodobé péči: (počet let) _____

6. Víte, co je to syndrom vyhoření?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste odpověděl/a „ano“, napište co je to syndrom vyhoření:

7. Znáte jiný název syndromu vyhoření?

- a) únavový syndrom
- b) burnout syndrom
- c) syndrom pomocníka
- d) nevím

8. Víte, jaké má syndrom vyhoření příznaky?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste odpověděl/a „ano“, napište co nejvíce příznaků syndromu vyhoření, které znáte:

9. Které profese jsou podle vás nejvíce ohrožené syndromem vyhoření?

10. Jak získáváte informace o syndromu vyhoření? (možnost více odpovědí)

- a) ze seminářů, školení
- b) z internetu
- c) z televize, rádia
- d) z odborných knih, časopisů
- e) informace o syndromu vyhoření nevyhledávám
- f) jiné, uveďte: _____

11. Jaký způsob relaxace volíte ve svém volném čase? (možnost více odpovědí)

- a) běh, plavání
- b) návštěva kina, divadla
- c) koukání na TV, poslech hudby
- d) čtení knihy, časopisu
- e) procházka, jízda na kole
- f) jóga, aerobic
- g) domácí práce (úklid, vaření)
- h) věnování se rodině
- i) posezení s přáteli
- j) jiné, uveďte: _____

12. Kolik si myslíte, že máte volného času během týdne? (domácí práce, sportovní aktivity, kulturní akce, koníčky, zájmy)

- a) více jak 90 hodin za týden
- b) 40–90 hodin za týden
- c) méně jak 40 hodin za týden

13. Je předcházeno syndromu vyhoření na vašem pracovišti?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste na otázku č. 13 odpověděl/a „ne“, pokračujte druhou částí dotazníku (MBI dotazník).

14. Jakým způsobem se předchází syndromu vyhoření na vašem pracovišti? (možnost více odpovědí)

- a) semináře
- b) supervize
- c) odborná psychologická pomoc
- d) relaxační pobyt
- e) řádná dovolená
- f) pochvala od nadřízeného
- g) finanční ohodnocení
- h) jiné, uveďte: _____

15. Kdo poskytuje prevenci syndromu vyhoření na vašem pracovišti?

- a) zaměstnavatel
- b) externí pracovník placený zaměstnavatelem
- c) dobrovolná organizace – externí pracovník
- d) kolega v práci – sestra
- e) kolega v práci – psycholog, psychoterapeut
- f) jiné, uveďte: _____

16. Jak často se věnujete na vašem pracovišti syndromu vyhoření v rámci prevence?

- a) jednou týdně
- b) jednou měsíčně
- c) jednou za 3 měsíce
- d) jednou za půl roku
- e) nepravidelně
- f) jiné, uveďte: _____

17. Jak hodnotíte zajištění prevence syndromu vyhoření v práci? (vyberte ze stupnice 1–5 jako ve škole)

- a) výborně
- b) chvalitebně
- c) dobře
- d) dostatečně
- e) nedostatečně

Pokračujte druhou částí dotazníku (MBI dotazník).

Část II. Dotazník MBI (Maslach Burnout Inventory)

Ke každému tvrzení запиšte číslo, jež označuje sílu pocitů, které subjektivně pociťujete. Vybírá se ze stupnice od 0 do 7.

Síla pocitů:

0	vůbec	4	jednou týdně
1	několikrát za rok nebo méně	5	několikrát za týden
2	jednou měsíčně nebo méně	6	každý den
3	několikrát za měsíc	7	velmi silně

↓

1	Práce mě citově vysává.	
2	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil.	
3	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unavený.	
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 mě skutečně namáhavá.	
7	Jsem schopen/ná velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů.	
8	Cítím "vyhoření", vyčerpání ze své práce.	
9	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a naladuju.	
10	Od té doby, co vykonávám svou profesi, jsem se stal méně citlivý 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 mě to vyčerpává.	
15	Už mě 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/lidmi.	
19	Za roky své práce jsem byl úspěšný/á a udělal/a hodně dobrého.	
20	Mám pocit, že jsem na konci svých sil.	
21	Citově problémy v práci řeším velmi klidně - vyrovnaně.	
22	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy.	

Zdroj: Venglářová, 2011, str. 43-44