

Česká zemědělská univerzita v Praze

Institut vzdělávání a poradenství

Katedra profesního a personálního rozvoje



**Česká zemědělská
univerzita v Praze**

Syndrom vyhoření u pomáhajících profesí

Bakalářská práce

Autor: **Simona Zlatohlávková**

Vedoucí práce: PhDr. Andrea Hlubučková

2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Simona Zlatohlávková

Specializace v pedagogice
Poradenství v odborném vzdělávání

Název práce

Syndrom vyhoření u pomáhajících profesí

Název anglicky

Burnout in helping professions

Cíle práce

Cílem této bakalářské práce je zjistit, do jaké míry se u lékařů a zdravotních sester vyskytuje syndrom vyhoření a jaké jsou zátěžové situace, které tento syndrom mohou způsobit.

Cílem teoretické části je definovat pojem syndrom vyhoření v úzké souvislosti s pojmem stres, uvést, jaké jsou příznaky vyhoření a v neposlední řadě popsat fáze vyhoření a rizikové faktory osobností. Na základě kvalitativního šetření doporučím vhodná opatření, která by předcházela syndromu vyhoření.

Metodika

Teoretická část je vypracována na základě odborné literatury na téma stres a syndrom vyhoření.

Výzkumné šetření je prováděno kvalitativní metodou pomocí rozhovorů s lékaři a zdravotními sestrami.

Dále navrhnu preventivní opatření, které by zamezilo rozvoji syndromu vyhoření u dané profesní skupiny.

Doporučený rozsah práce

dle norem pro bakalářskou práci

Klíčová slova

Syndrom vyhoření, stres, prevence, pomáhající profese, rizikové faktory

Doporučené zdroje informací

- HONZÁK, Radkin, Aleš CIBULKA a Agáta PILÁTOVÁ. Vyhořet může každý: příběhy a úvahy o syndromu postihujícím lidi (nejen) současných generací. V Praze: Vyšehrad, 2019. Destigma. ISBN 978-80-7601-180-9.
- HONZÁK, R. Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření. V Praze: Vyšehrad, 2015. ISBN 978-80-7429-552-2.
- KALLWASS, A. Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.
- KEBZA, V. – ŠOLCOVÁ, I. Syndrom vyhoření : (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu). Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
- STOCK, Christian. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.

Předběžný termín obhajoby

2020/21 LS – IVP

Vedoucí práce

PhDr. Andrea Hlubučková

Garantující pracoviště

Katedra profesního a personálního rozvoje

Elektronicky schváleno dne 28. 2. 2021

Mgr. Jiří Votava, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 1. 3. 2021

Ing. Karel Němejc, Ph.D.

Pověřený ředitel

V Praze dne 29. 03. 2021

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma:

Syndrom vyhoření u pomáhajících profesí

vypracovala samostatně a citovala jsem všechny informační zdroje, které jsem v práci použila, a které jsem rovněž uvedla na konci práce v seznamu použitých informačních zdrojů.

Jsem si vědoma, že na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, především ustanovení § 35 odst. 3 tohoto zákona, tj. o užití tohoto díla.

Jsem si vědoma, že odevzdáním bakalářské práce souhlasím s jejím zveřejněním podle zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a to i bez ohledu na výsledek její obhajoby.

Svým podpisem rovněž prohlašuji, že elektronická verze práce je totožná s verzí tištěnou a že s údaji uvedenými v práci bylo nakládáno v souvislosti s GDPR.

V dne

.....
(podpis autora práce)

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych tímto poděkovala paní PhDr. Andree Hlubučkové za odborné vedení této bakalářské práce a za její cenné rady. Velký dík patří všem respondentům, se kterými jsem vedla rozhovory, za jejich ochotu a vstřícnost. Dále bych chtěla poděkovat své rodině, která se mnou měla během zpracování práce pevné nervy, za jejich oporu a ochotu mi vždy pomoci.

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na syndrom vyhoření u pomáhajících profesí, zejména u lékařů a zdravotních sester. Cílem bylo zjistit, do jaké míry se u lékařů a zdravotních sester vyskytuje syndrom vyhoření a jaké jsou zátěžové situace, které tento syndrom mohou způsobit a doporučit vhodná opatření, která by předcházela syndromu vyhoření.

Teoretická část práce se zabývá pojmem stres, definuje pojem syndrom vyhoření, charakterizuje příznaky a projevy vyhoření, popisuje jednotlivé fáze vyhoření a v neposlední řadě se věnuje léčbě a prevenci syndromu vyhoření. V praktické části práce byla využita kvalitativní metoda s využitím techniky rozhovorů. Na základě výpovědí čtyř respondentů, konkrétně dvou lékařů a dvou zdravotních sester lze konstatovat, že zdravotníci spadají do profesí s vysokým rizikem syndromu vyhoření, a to především kvůli nočním směnám, práci s lidmi, obrovské zodpovědnosti za pacienty, kvůli konfliktům na pracovišti a lehkomyšlnému chování pacientů. Syndrom vyhoření byl prokázán u dvou respondentů, jeden z nich vyhledal odbornou pomoc. Zbývají dva respondenti pociťují při výkonu práce stres. Jako prevenci syndromu vyhoření uvedli respondenti řadu volnočasových aktivit, zdravý životní styl a svou rodinu.

Klíčová slova

syndrom vyhoření, stres, profesní hygiena, pomáhající profese

Abstract

The Bachelor's thesis is focused on the burnout syndrome in supporting professions, primarily doctors and nurses. The objective of this bachelor thesis was to find out, to what extent the burnout syndrome is occurring amongst doctors and nurses and what are the stressful situations that can cause this syndrome. The objective was to recommend adequate measures which could prevent the burnout syndrome.

The theoretical part of the thesis is studying the expression of stress, defines the expression of burnout syndrome, characterizes symptoms and burnout displays, describes each phase of burnout and it ultimately pays attention to the treatment and the prevention of the burnout syndrome. The practical part used a qualitative analysis method through the interviews, based on the answers of the four respondents specifically two doctors and two nurses we can claim that the hospital staff fell under professions with a high risk of burnout syndrome because of the night shifts, working with people, a huge patient responsibility, conflicts in the workplace and reckless behaviour of the patients.

The burnout syndrome has been proven by two respondents. One of them reached out for help and the other two respondents felt stressed out whilst on duty, as a preventive solution of the burnout syndrome the respondents mentioned several leisurely activities, healthy lifestyle and time with their family.

Keywords

burnout syndrom, stress, professional hygiene, helping profession

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	11
1 Cíl a metodika.....	11
2 Stres.....	12
2.1 Definice stresu.....	12
2.1.1 Distres a eustres.....	13
2.1.2 Stresory.....	14
2.2 Fáze stresu.....	15
2.3 Rizikové faktory osobností.....	16
3 Syndrom vyhoření.....	19
3.1 Příznaky vyhoření.....	20
3.2 Projevy vyhoření.....	21
3.3 Fáze vyhoření.....	22
3.4 Rizikové faktory v zaměstnání.....	24
3.5 Přehled profesí s rizikem vzniku syndromu vyhoření.....	26
4 Nástroje pro diagnózu a měření vyhoření.....	29
5 Prevence a léčba.....	32
5.1 Prevence.....	32
5.2 Léčba.....	34
6 Lékaři a zdravotní sestry v době Covid-19.....	35
PRAKTICKÁ ČÁST.....	36
7 Kvalitativní šetření.....	36
7.1 Cíl práce.....	36
7.2 Výzkumné metody.....	36

7.3	Charakteristika vzorku	37
7.4	Analýza a komparace výsledků.....	37
7.4.1	Motivace k vykonávání povolání.....	37
7.4.2	Očekávání od zaměstnání	38
7.4.3	Cíle v průběhu zaměstnání.....	38
7.4.4	Vztah k povolání	39
7.4.5	Stres	39
7.4.6	Zátěžové situace.....	40
7.4.7	Syndrom vyhoření.....	41
7.4.8	Pracovní kolektiv	43
7.4.9	Rivalita na pracovišti	43
7.4.10	Negativa na pracovišti	45
7.4.11	Pozitiva na pracovišti.....	46
7.4.12	Prevence.....	46
7.4.13	Sociální kontakt	48
7.4.14	Prevence ze strany nemocnic	48
7.4.15	Lékaři a zdravotní sestry v době COVID-19	48
7.5	Diskuse.....	49
7.6	Vlastní doporučení	52
	ZÁVĚR	55
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	56
	SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK	58
	SEZNAM PŘÍLOH.....	59

ÚVOD

Nedávno to byl přesně rok, kdy se celý svět začal potýkat s vysoce infekčním onemocněním SARS-CoV-2. Tato světová pandemie nejvíce zasáhla práci zdravotníků, kteří jsou vystaveni obrovskému tlaku a stresu kvůli vysokému počtu nakažených. Zdravotníci jsou psychicky i fyzicky vyčerpaní, nemají dostatek kvalitního odpočinku. Častěji zažívají úmrtí pacientů, musí se vyrovnat s tím, že pacientům již nedokážou pomoci nebo jsou svědky velmi smutných příběhů, kdy se například z manželského páru seniorů vrací domů jen jeden z nich. Situaci zhoršují pracovní podmínky, pracovníci musí mít speciální ochranné pomůcky, které je omezují v pohybu i v dýchání. V nemocnicích je nedostatek pracovníků, tudíž někteří slouží přesčas, na pomoc museli být povoláni studenti středních a vysokých škol. Z hlediska tématu mé práce se mi tato skupina jevila v současné době jako jedna z nejohroženějších, proto jsem se zaměřila právě na zdravotnické pracovníky.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V první části práce se budu zabývat pojmy stres, rizikové faktory osobností, syndrom vyhoření, rizikové faktory v zaměstnání, přehledem profesí s rizikem vzniku syndromu vyhoření a v neposlední řadě diagnózou a prevencí syndromu vyhoření. V praktické části s využitím metody kvalitativních rozhovorů budu zjišťovat, do jaké míry jsou zdravotníci vystaveni riziku syndromu vyhoření, jaké faktory syndrom vyvolávají a jaký způsob prevence zdravotníci volí. Na základě výsledků rozhovorů navrhu vhodná doporučení, jak syndromu vyhoření předejít.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1 Cíl a metodika

Cílem bakalářské práce na téma Syndrom vyhoření u pomáhajících profesí bylo zjistit, do jaké míry se u lékařů a zdravotních sester vyskytuje syndrom vyhoření a jaké jsou zátěžové situace, které tento syndrom mohou způsobit a na základě kvalitativního šetření doporučit vhodná opatření, která by předcházela syndromu vyhoření.

Cílem teoretické části bylo definovat pojem syndrom vyhoření v úzké souvislosti s pojmem stres, uvést, jaké jsou příznaky vyhoření a v neposlední řadě popsat fáze vyhoření a rizikové faktory osobností.

Teoretická část byla vypracována na základě odborné literatury na téma stres a syndrom vyhoření. Výzkumné šetření bylo prováděno kvalitativní metodou pomocí rozhovorů s lékaři a zdravotními sestrami. Dále byl uveden návrh preventivního opatření vzniku syndromu vyhoření.

2 Stres

2.1 Definice stresu

Stres je reakce organismu, ke které dochází působením různorodých stresorů. Po spuštění stresové reakce se člověk dostává do stavu připravenosti k boji, nebo útěku. Stres má za úkol chránit organismus člověka před nebezpečím a má udržet tělo v pohotovosti, dokud nebezpečí nezmizí (Pešek, Praško, 2016).

Slovo stres, v angličtině „stress“, se užívá od středověku, má anglosaský původ a vyjadřuje stav prožívání tísně, napětí a důsledků působících obtíží různého původu (Kebza, Šolcová, 2004). Stres definují jako „*komplexní proces, který vzniká jako odpověď na nadměrné požadavky kladené na naše tělesné a duševní rezervy. Nesoulad mezi požadavky, které na nás doléhají, a našimi schopnostmi na tyto požadavky odpovědět je prožíván jako ohrožení rovnováhy organismu a lidské tělo na takovou situaci okamžitě reaguje*“ (Kebza, Šolcová, 2004, s. 11).

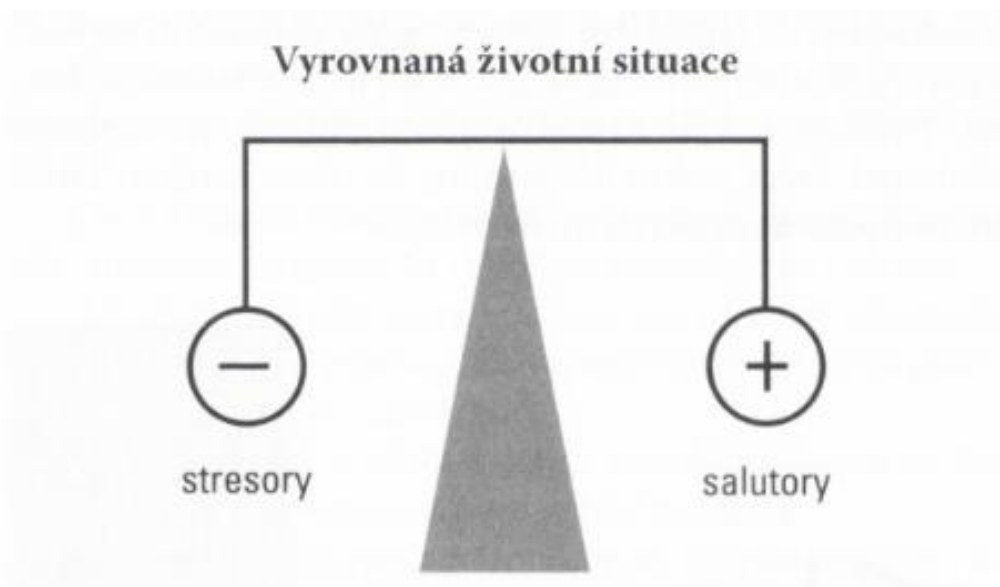
Za zakladatele systematického výzkumu stresu je považován kanadský fyziolog, endokrinolog a psycholog H. B. Selye. Formuloval tzv. generální adaptační syndrom (GAS). Jedná se o pohotovostní reakci organismu, jejímž hlavním cílem je zmobilizovat veškeré rezervy organismu, potřebné ke zvládnutí působícího stresoru. Komplex GAS představuje fyziologické, psychické i behaviorální změny v organismu. Do citové reakce na stres se řadí strach, podrážděnost, neklid, úzkostné očekávání, lidé se izolují od ostatních a připadají si osamělí. Do tělesných reakcí na stres spadá pocení, zrychlení dechu, zvýšení tepové frekvence, zvýšené napětí ve svalech, sucho v krku nebo rozšířené zornice (Kebza, Šolcová, 2004).

„Je to širší biomedicínský a psychologický pojem. Zahrnuje v nejširším slova smyslu souhrnné označení náročných životních situací, k nimž patří např. konflikty, frustrace, problémy a nepříjemně pociťované situace vůbec. Pojem stres původně pochází z fyziky, resp. z oblasti výzkumu hmoty, a vztahuje se k tlaku, jemuž je hmota vystavena“ (Švingalová, 2006, s. 8).

Křivohlavý (2012, s. 38) definuje stres jako „*vztah mezi dvěma silami, které působí protikladně. Obě síly jsou subjektivně definovány.*“ Na jedné straně působí stresory, zatěžující faktory, působící na člověka negativně a na druhé straně působí salutory,

obranné schopnosti zvládat těžkosti. Když dojde k rovnováze sil, nebo je síla salutorů větší než síla stresorů, vše je v pořádku. Dojde-li však k převaze sil stresorů, dochází ke stresu (Křivohlavý, 2012).

Obrázek 1: Vyrovnaná životní situace



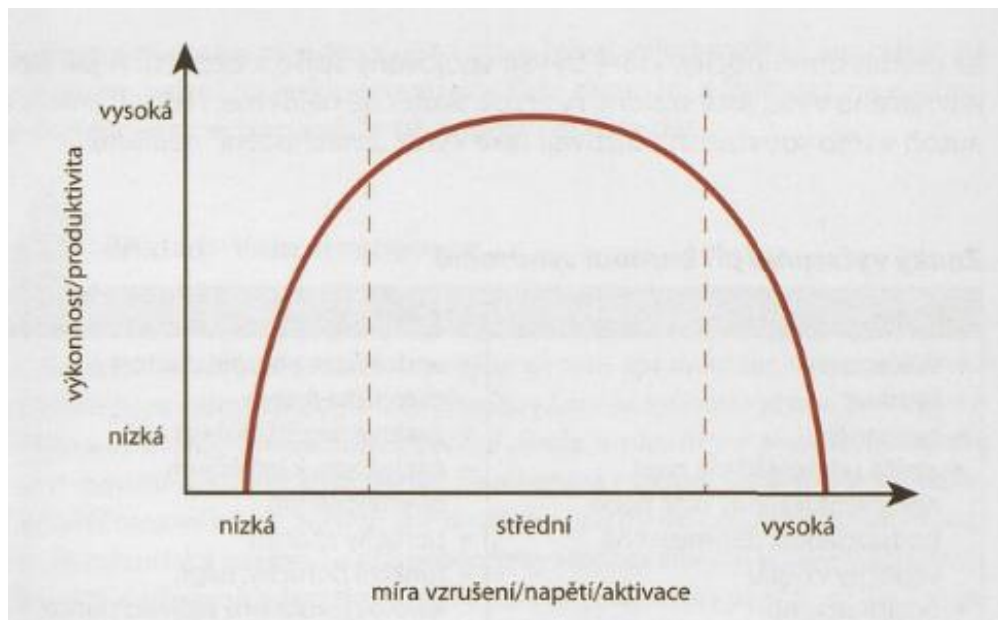
Zdroj: Křivohlavý, 2012, s. 38

2.1.1 Distres a eustres

Stres není vždy jen negativní. Hans Selye rozlišil pozitivní a negativní stres – eustres a distres, nebo také dobrý a špatný stres (Priess, 2015). S eustresem souvisí události, které jsou spjaty s pozitivními emocemi (štěstí, hrdost, euforie), člověka baví a naplňují. Jedná se o narození dítěte, sňatek, nebo výhru v loterii. O distres se jedná tehdy, pokud člověk nezvládne udržet pod kontrolou události, jako rozvod, úmrtí blízkého člověka, přetížení, propuštění ze zaměstnání. Tyto události jsou hodnoceny negativními emocemi (zlost, strach, bezmoc, úzkost). Dokud je stres pod kontrolou, je pro člověka užitečný, vede ho k lepším výkonům a pocitům spokojenosti. Při nedostatku stresu může dojít k syndromu boreout neboli syndromu znučení. Člověk má neuspokojivé pracovní výsledky, nemá motivaci k výkonu. V opačném případě, z nadměrného stresu, může dojít k syndromu burnout, tedy k syndromu vyhoření. Po celý život je důležité, do jaké míry stres člověk prožívá (Pešek, Praško, 2016). „Pokud chceme pracovat efektivně a kvalitně, je nezbytné udržovat poměr mezi

vnitřním napětím, aktivací a vzrušením v rovnováze, a tím se vyhnout jak syndromu nudy, tak syndromu vyhoření.“ (Stock, 2010, s. 18)

Obrázek 2: Vztah míry stresu a výkonu



Zdroj: Stock, 2012, s. 19

2.1.2 Stresory

„Stresor je jakýkoli nadměrný požadavek kladený na tělesné i duševní rezervy člověka.“ (Kebza, Šolcová, 2004, s. 13) Stresory se dělí na fyzické, psychické a sociální. Mezi fyzické faktory se řadí chlad, hluk, přemíra podnětů, hlad. Mezi psychické stresory patří příliš změn za krátkou dobu, časová tíseň, emočně nepříjemné myšlenky, vzpomínky nebo představy. Do sociálních stresorů, které se přesněji nazývají psychosociální, spadají ztráty blízké osoby, odmítnutí, konflikty s lidmi. Stresory bývají příčinou snížení výkonu, mohou ohrozit kontrolu nad životem, sociální postavení a mohou zničit důležité mezilidské vztahy. Někdy stačí jen malé obtíže, jako je dopravní zácpa, rozbitý budík, aby vedly k celkové stresové zátěži, která může být poslední kapkou a spustí stresovou reakci (Pešek, Praško, 2016). Stres je nejintenzivnější tehdy, pokud stresor působí na člověka chronicky a dlouhodobě a pokud se s ním člověk sám nedovede vypořádat (Kebza, Šolcová, 2004). „Stresory jsou činitelé, podněty různého charakteru (fyzikální, chemické, psychosociální), které

jsou subjektivně prožívány a kognitivně hodnoceny jako zátěžové (stresové)“ (Švingalová, 2006, s. 12).

2.2 Fáze stresu

Preiss (2015) rozlišil čtyřfázový model stresu:

1) Poplachová fáze

- typickými příznaky v rovině těla je vnitřní stres, slabý a rychlý puls, nepravidelné bušení srdce, studené vlhké ruce, nucení na močení a na stolicí, knedlík v krku spojený s neschopností promluvit, mělké dýchání vedoucí často až k nedostatku kyslíku, intenzita symptomů je u každého jedince individuální
- v rovině myšlenek jsou kladeny otázky typu: Co mám dělat, abych situaci vyřešil? Jak mám odvrátit hrozbu?
- mezi příznaky v rovině pocitů se řadí nervozita, strach, nevolnost, nejistota, vnitřní neklid a napětí
- v rovině chování se pozornost soustředí na protějšek

2) Fáze odporu je nejzásadnější fází, jak podlehnout vyhoření, určitým rizikem této fáze je únik k návykovým látkám

- v rovině těla se objevují příznaky nevolnosti, bolesti hlavy, zad nebo žaludku, pocit úzkosti na hrudi, napětí, alergické kožní reakce atd.
- v rovině myšlenek se dostávají do popředí myšlenky na obranu, např.: To nepřipustím! To si nenechám líbit!
- v rovině chování dochází k boji nebo odporu, osoba se snaží být neustále aktivní, aby nemyslela na to, co ji trápí

3) Fáze vyčerpání je specifická tím, že zátěž vnímá jako vysokou, trvalou a nevyhnutelnou, nelze ji zmírnit ani překonáním, ani odpočinkem

- v rovině těla se objevují chronické symptomy jako migréna, opakované bolesti hlavy, vysoký krevní tlak, bolest žaludku, neustálé vyčerpání, velmi výrazná slabost, chronické ztuhnutí svalů, zvýšená náchylnost k infekcím, problémy s usínáním a nespavost
- v rovině myšlenek se u postižených objevuje pocit „prázdné hlavy“, rostoucí zapomnětlivost, zhoršují se poruchy soustředění, silné přemýšlení o všem možném, neustále se vracějící myšlenky

- v rovině pocitů se jedná o smutek, častý pláč, bezmoc, pocity zoufalství
- v rovině sociální se lidé izolují od ostatních

4) Ústup

- v rovině těla se neustále zvyšuje slabost a vyčerpání
- v rovině myšlenek se vše soustředí na jednu osobu: Už nemůžu. Chci být sám. Je toho na mě moc.
- v rovině pocitů se objevuje výrazná nenávist vůči sobě
- v rovině sociální je typický pocit bezcitnosti, nevšímavost, strnulost v kontaktu s okolím, pocit rostoucí izolace od okolí
- v rovině chování nastává únik do sebe

2.3 Rizikové faktory osobností

Při vzniku syndromu vyhoření hrají důležitou roli charakterové vlastnosti. Níže jsou uvedeny hlavní osobnostní typy, které syndrom vyhoření postihuje nejčastěji:

1) Osobnost typu A

V polovině 20. století se o tuto „hypertenzní“ a „infarktogenní“ osobnost zajímali američtí kardiologové M. Friedman a R. Rosenman (Pešek, Praško, 2016). Lékaři označují jedince s osobností typu A za více rizikovou skupinu, u které by mohl hrozit infarkt. Jedinci jsou nesmírně ambiciózní, zodpovědní, nikdy se sebou nejsou dostatečně spokojeni, jsou perfekcionisté, často soupeří s ostatními a chtějí vždy zvítězit. Touží po úspěchu a materiálních věcech, nespokojí se s málem, množství je pro ně zásadní. Neposedí chvíli na jednom místě, vždy chodí o několik minut dříve. Jsou netrpěliví a nervózní, dokážou být agresivní a podráždění. Při konverzaci druhého přerušují a skáčou do řeči. Trápí je vnitřní neklid, neboť neustále prahnou po moci. Pro tyto lidi je typické brát si příliš úkolů a plnit je za velmi krátkou dobu. Jsou si vědomi, že se vystavují současně několika stresorům, ale neuvědomují si rizika spjatá s nedostatkem regenerace a celkovou vyčerpáním. Zpočátku nepocítují zdravotní problémy, ale o to horší dopady pak mohou mít (Stock, 2010).

2) Workoholismus

„*Workoholismus je chorobná závislost na práci a výkonu.*“ (Pešek, Praško, 2016, s. 30) „*Workoholici jsou lidé, kteří svou práci berou jako drogu.*“ (Křivohlavý, 2012, s.

20) Lidem s tímto vzorcem chování se zprvu velmi daří, jsou úspěšní, ostatní kolegové je uznávají. Jejich vysoké nároky na sebe samé, ale také na všechny ostatní však způsobují konflikty a vytváří tak nepříjemné klima pro práci. Jedinci se izolují od ostatních a mají pocit, že si veškerou práci musí udělat sami a mnohdy je to nad jejich síly. Workoholismus se častěji vyskytuje spíše u mužů než žen a u osob s vyšším vzděláním. Pokud se člověku daří, je zaplaven euforií ze svých výkonů, připadá si důležitý pro svůj tým a lepší než ostatní. Když nepracuje, má výčitky svědomí, zda by měl čas využít efektivněji, sužují ho pocity viny a méněcennosti. Faktorů, jež ovlivňují workoholismus, je mnoho, např. tradiční pozitivní hodnota práce v západní společnosti, ekonomická situace, nejzásadnějším faktorem je minulost osoby, která byla workoholismem ovlivněna důležitou osobou, nejčastěji rodiči v dětství. V rodinách workoholiků často nejsou zabezpečeny základní emoční potřeby bezpečí, oceňování a přijetí, které se v dospělosti snaží kompenzovat prací. Člověk, potýkající se v dětství s chudobou, se v dospělosti bude snažit usilovnou prací o zabezpečení a vyvarování se pocitu strachu (Pešek, Praško, 2016).

3) Perfekcionismus a anankastické rysy

„Perfekcionismus neboli puntičkářství je tendence lidí dělat věci dokonale, bez chyb, na sto procent“ (Pešek, Praško, 2016, s. 33).

Perfekcionisté očekávají maximální výkony jak od sebe samých, tak od ostatních, lze jich ale málokdy dosáhnout. Perfekcionisty provází věčná nespokojenost, malá sebedůvěra a velmi špatně snáší kritiku. Velkým problémem je pro ně rozlišit podstatné věci od méně podstatných, důležitá rozhodnutí nechávají stále na později, dokážou hodiny dumat nad problémy, věnují se sebemenším detailům. Pracují do vyčerpání a za svou kritičnost, soutěživost a nedůvěřivost bývají u kolegů neoblíbení (Janson, 2010).

Díky perfekcionismu mohou lidé dosahovat vyšších výkonů a celkově rozvíjet svoji osobnost. Často se bojí zklamání a selhání. Příčinou bývají autoritativní a přísní rodiče, kteří po dítěti v dětství vyžadovali dokonale odvedenou práci a za chyby dítě trestali. Perfekcionisté by se měli naučit využívat svůj volný čas k odpočinku, měli by umět říct si o pomoc, nebát se odmítnout druhé a měli by dokázat přijmout kritiku a uznat vlastní chyby. Mezi projevy anankastických poruch osobnosti patří perfekcionismus.

Anankastičtí lidé mívají dobrou disciplínu, jsou spolehliví, potřebují vše kontrolovat, příliš si nedůvěřují, jsou nerozhodní a vnitřně velmi nejistí. Neumí vyjadřovat své pocity a negativní emoce, kladou důraz na pravidla a normy, neplánované změny u nich vyvolávají stres. Snaží se být dokonalí v každé situaci (Pešek, Praško, 2016).

3 Syndrom vyhoření

Pojem vyhoření pochází z anglosaské fyzikálně-technické terminologie. Poprvé se objevil v druhé polovině 70. let 20. století. Za zakladatele termínu jsou považováni Herbert Freudenberger a Christina Maslach. Pojem se stal „módním označením“ (Poschkamp, 2013). Vyhoření je dlouhotrvající proces a stav, kdy člověk postupně ztrácí energii, prochází řadou zklamání po prvotním zanícení (nadšení) a může dojít až k psychopatologické poruše osobnosti, v důsledku intenzivního stresu. K vyhoření dochází častěji u osob, kteří pracují s lidmi, a to pomáhající profese (učitelé, lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psychologové), kteří své povolání berou spíše za „poslání“ (Poschkamp, 2013). S tímto tvrzením se ztotožňuje také Křivohlavý (2012, s. 12), který tvrdí: *„Nebezpečí číhá zvláště tam, kde ti, kteří danou práci konají, ji považují spíše za poslání než zaměstnání (námezdnou práci). Domnívají se, že jsou voláni k tomu, co dělají, vyšším zájmem, vyšší autoritou, vyšší mocí.“* Švingalová (2006, s. 8) dodává: *„Tito lidé jsou závislí na hodnocení druhých, na tlaku, kvalitě a kvantitě odvedené práce. Jde o závažný medicínský a psychologický problém, který značně ovlivňuje zdraví a kvalitu života osob, u nichž se vyskytuje.“*

Křivohlavý (2012, s. 12) definuje vyhoření jako *„odpověď organismu na situaci, která člověka uvádí do stresového stavu. Vyhoření je často důsledkem selhání při hledání smyslu života.“*

Pod syndromem vyhoření se rozumí také syndrom burnout, z angličtiny „burn out“ což znamená „dohořet“, „vyhořet“ (Pešek, Praško, 2016). Křivohlavý (2012, s. 12) dále dodává *„fyzicky, emocionálně a mentálně se zcela vyčerpat.“* Ve studiích se uvádí, že zhruba 20-30 % odborníků se nejméně jednou v životě setká s daným syndromem. Do rizikových skupin spadají i čeští lékaři, zejména psychiatři, kterých bylo 45 % vyhořelých a pro 90 % z nich je jejich práce stresující. Faktory, které nejvíce způsobují lékařům stres, je právní úprava zdravotnictví, s tím spojená administrativní činnost, časový pres, reorganizace pracovního prostředí, nadměrná zátěž a nejvyšším stresorem je nepřátelské chování kolegů a nadřízených. 70 % lékařů pociťuje ohrožení syndromem (Pešek, Praško, 2016).

„Vyhoření není totéž, co stres. Dochází k němu v důsledku chronického stresu“ (Stock, 2010, s. 15).

3.1 Příznaky vyhoření

Stock (2010) rozdělil projevy syndromu vyhoření na tři základní symptomy, a to: vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti. „*Pod pojmem **odcizení** rozumíme postupnou ztrátu idealismu, cílevědomosti a zájmu. Počáteční pracovní nadšení pomalu slábne a na jeho místo nastupuje cynismus*“ (Stock, 2010, s. 20). Lidé při odcizení zaujímají negativní postoj k sobě samému, k životu, práci i ostatním. Nejsou schopni navázat společenský kontakt, cítí se méněcenní a ztrácí sebeúctu. Při ztrátě důvěry ve vlastní schopnosti dochází k **poklesu výkonnosti**. Jedná se pouze o subjektivní názor, k oslabení výkonu však ve většině případech skutečně dochází. Projevuje se především v nespokojnosti se svým výkonem, ve ztrátě motivace, pocitu selhání a vyšší spotřebou času a energie. Při **vyčerpání** jsou typickými znaky bezmoc, sklíčenost, pocity strachu, lidé nad sebou ztrácí kontrolu, což může způsobit podrážděnost až hysterický pláč, který střídají výbuchy vzteku (Stock, 2010). Na **psychické úrovni** dochází k duševnímu vyčerpání, postižení popisují únavu myšlenkami: Mám toho po krk. Jsem k smrti unaven. Člověk je depresivně naladěný, má pocity marnosti vynaloženého úsilí, které se v práci nijak neprojeví, ztrácí zájem o témata související s profesí, má negativní vztah k osobám s prací spojené. Každý den v práci je pro něj stereotypní, drží se rituálních postupů. V krajních případech, po emocionálním zhroucení, se dostaví myšlenka: „Bylo by lepší, kdybych nebyl.“ Mnohdy lidé neovládnu své emoce a vybuchnou i v takových případech, ve kterých by v normálním stavu reagovali s rozumem (Kebza, Šolcová, 2003; Křivohlavý, 2012). „*Člověk má pocit, že celý jeho život byl promarněn, že vše je marnost nad marnost a jeho vlastní život zcela bezúčelný*“ (Křivohlavý, 2012, s. 13). Pro **fyzickou úroveň** je typická celková únava organismu, ochablost, jedinec se rychleji unaví, stěžuje si na vegetativní potíže (bolesti u srdce, zažívací obtíže, dýchací poruchy). Častěji se vyskytují bolesti hlavy, svalů, poruchy spánku a poruchy krevního tlaku. Na této úrovni je zvýšené riziko vzniku závislostí všeho druhu a jedinec je náchylnější k infekčním onemocněním. Nebezpečnými znaky pro jedince je porucha paměti a soustředění, které často vedou k nehodám (Kebza, Šolcová, 2003; Stock, 2010). Na **úrovni sociálních vztahů** dochází k nezájmu jedince o hodnocení ze strany druhých osob. Ve většině případech jedinec redukuje kontakt se svými kolegy a klienty. V důsledku nezájmu a lhostejnosti narůstají konflikty, sníží se empatie u jedinců, kteří dříve měli empatii vysokou a zvýší

se nechut' k plánování harmonogramu, zpracování výsledků, administrativě (Kebza, Šolcová, 2003).

Příznaky vyhoření podle Krivohlavého (2012) se projevují u člověka, který byl zpočátku do práce velmi zapálen, vše dělal s nadšením, ale časem toto zanícení ochablo, u člověka, který má na sebe vysoké požadavky v práci, studiu, pracuje nad svou kapacitu, nad své schopnosti a dovednosti, projevuje se také u člověka, který byl nejprve nejproduktivnější, nejvýkonnější a nejpečlivější, u osoby, řazené mezi workoholiky a považující neúspěch za porážku a také u člověka, který neumí odpočívat, relaxovat a řeší dlouhodobé mezilidské konflikty.

Dle Schaarschmidta a Fischera (2001, in Poschkamp, 2013) jsou z hlediska osobnosti výrazné tyto příznaky vyhoření:

- rezignace při neúspěchu,
- chybějící schopnost distancovat se od pracovních problémů,
- chybějící ofenzivní překonávání problémů (problémy a konflikty „vrtají v hlavě“),
- velká ochota vyčerpat se,
- chybějící úspěch v zaměstnání,
- chybějící spokojenost s životem.

3.2 Projevy vyhoření

Jednotlivé projevy každý jedinec prožívá individuálně, nikdo nemá stejné povahové vlastnosti, charakter a frustrační toleranci. Někdo se uzavře sám do sebe, s nikým nekomunikuje, jiný se naopak chová agresivně, zpochybňuje smysluplnost práce ostatních, napadá své kolegy a jiný podhodnocuje důležitost své práce (Jeklová, 2006).

Tabulka 1: Projevy syndromu vyhoření, projevující se navenek

Snižuje se produktivita práce	Současně se zvyšuje aktivita jedince, aby stav vyrovnal, pracuje přesčasy, práci si bere domů, produktivita práce ovšem zůstává stále stejná, nebo se dále snižuje, a to zvyšuje prožívání frustrace z práce.
Ztráta odvahy	Jedinec přestává riskovat, nemá v sobě důvěru, nerad s někým soutěží.

Fyzická únava	Fyzická únava se může zaměnit za nějakou nemoc bez zjevných příčin.
Negativní postoj	Jedinec zaujímá ke všemu negativní postoj, nepřijímá kritiku.
Přecitlivělost a podráždění	Jedinec není se sebou spokojen, reaguje neadekvátně a přenáší podráždění do mezilidských kontaktů.
Ztráta energie	Člověk ztrácí chuť do života, vše ho obtěžuje, nedělá nic, co by ho zatěžovalo.
Nespolehlivost	Jedinec není schopen na sebe brát úkoly a plnit je.
Neobjektivnost	Jedinec není schopen reálně zhodnotit situaci a adekvátně se rozhodnout, jedná podle vlastních pocitů, což snižuje jeho výkonnost, působí nestále a nestabilně.
Neschopnost řešit každodenní problémy	Jedinec je natolik emočně vyčerpán, že není schopen problémy řešit, schovává se před nimi a odkládá je.

Zdroj: vlastní zpracování dle Jeklové, 2006, s. 21

3.3 Fáze vyhoření

Syndrom vyhoření se většinou popisuje ve fázích, které vznikají u každého individuálně, liší se délkou, periodou, a někdy je možné některou z fází vynechat (Pešek, Praško, 2016).

Nejnámější je fázový model dvojice autorů Edelwiche a Brodského (Stock, 2010):

V první fázi „**idealistické nadšení**“ člověk nastupuje do zaměstnání plný velkých očekávání, je přemotivovaný, chce podávat nejlepší výkony, má nadprůměrné nasazení, chce ukázat, co všechno umí, snaží se každému zavděčit, chce uspět, pomáhat ostatním a seberealizovat se. Mnohdy mívá idealistické představy o chodu na pracovišti, nadřizených a pracovní činnosti a přespříliš se ztotožňuje s prací nebo klienty. Křivohlavý (2012) dodává, že člověk si vytyčil určitý cíl, jde za ním, žije pro něj, jeho život dává smysl, ví, za čím jde a čeho chce dosáhnout. Jeho motivace mu usnadňuje dojít k cíli, dělá smysluplnou činnost.

Následuje fáze „**stagnace**“, kdy zaměstnanec zjistí, že realita je zřetelně jiná než počáteční ideál. Pracovník se již snaží neudělat nic víc, než je nutné, vyhýbá se náročnějším činnostem. Do popředí se dostává navazování výhodných pracovních

kontaktů, plat či kariérní růst. V tuto chvíli je dobré přemýšlet o změně. V tomto stádiu vyhoření ještě nejsou pozorovatelné příznaky onemocnění. S tímto se ztotožňuje Křivohlavý (2012) a tvrdí, že do popředí se dostává vedlejší produkt práce (peníze), člověk už nedělá to, co bylo jeho původním cílem, co bylo jeho smyslem života, ale to, co mu „něco“ přináší. Dochází k odcizení, smysluplné cíle vystřídaly zdánlivé (přimknout se k určité ideologii). Poschkamp (2013) nazval tuto fázi „šok z praxe“.

Pokud zaměstnanec začne zpochybňovat svou práci, cítí se bezmocně, nemá dostatek uznání od svých nadřízených, jedná se o třetí fázi „**frustrace**“. Švingalová (2006) dodává, že výsledkem je chaos.

Poté následuje fáze „**apatie**“, člověk se začíná bránit, uzavírá se sám do sebe, dělá minimum práce, vyhýbá se okolí a náročnější práci. Brzy se dostaví psychosomatické problémy, jako bolest hlavy a zad, únava, kožní onemocnění, obvyklým východiskem je nadměrné užívání léků nebo alkoholu. Pracovníkovi se zhorší imunita a má menší přítomnost v zaměstnání.

Konečnou fází je „**syndrom vyhoření**“. Pracovník je zcela vyčerpaný, má sklony k depresi, je zoufalý, rezignuje a je mu vše jedno. Tuto fázi doprovází myšlenky: Už to nejde vydržet, mám toho po krk. Už abych odsud vypadl. Kašlu na to. Vedení je šílené a klienti také (Pešek, Praško, 2016). Křivohlavý (2012) popsal tuto fázi jako život v popeli. Jedná se o ztrátu úcty k hodnotě druhých lidí, věcí a cílů a ztrátu úcty k vlastnímu životu.

V osmdesátých letech se vývojovým cyklem syndromu vyhoření začali zabývat Freudenberger a North (2006, in Honzák, 2018, s. 28-30), kteří popsal dvanáct kritických fází syndromu vyhoření. „*Cykly se nemusí objevit všechny a nemusí jít vždy přesně za sebou:*

- 1) nutkavá snaha o sebeprosazení,
- 2) člověk začíná pracovat více a tvrději,
- 3) přehlížení potřeb druhých,
- 4) přesunutí konfliktu,
- 5) revize a posunutí hodnot,
- 6) popírání vznikajících problémů,

- 7) stažení (člověk může začít vyhledávat alkohol, drogy, prášky na uklidnění, objevují se pocity beznaděje),
- 8) zcela jasně patrné změny chování,
- 9) depersonalizace (člověk přestává pociťovat sebe i druhé jako cenné osobnosti),
- 10) vnitřní prázdnota,
- 11) deprese,
- 12) syndrom vyhoření.“

3.4 Rizikové faktory v zaměstnání

Tato kapitola je zaměřena na faktory, které mohou ovlivnit jedince na pracovišti a podpořit tím vznik syndromu vyhoření. Vypracováno podle Stocka (2010):

1) Obecné rizikové faktory

Dle výzkumu z roku 2007 Evropské agentury pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci se řadí tyto obecné rizikové faktory (Stock, 2010):

- nejistota pracovních poměrů,
- úbytek jistot v důsledku nových forem pracovních smluv,
- dlouhá pracovní doba,
- vyšší intenzita práce,
- vyšší emocionální náročnost práce,
- outsourcing (rušení pracovních míst),
- neslučitelnost soukromého života a zaměstnání.

2) Zvýšená pracovní zátěž

2.1. Vyšší nároky

Do popředí naší společnosti se dostaly informace, vzdělávací materiály, texty, údaje a člověku nezbude nic jiného než kvanta informací postupně zpracovat. Mnoho lidí nabízí služby, na které zákazníci kladou vysoká očekávání a nároky. Požadují kvalitu, rychlost a flexibilitu služeb. Pomáhajícím nebo pečovatelským profesím práci ztěžují také úřady a zaměstnanecké svazy, které vyžadují od pracovníků různé formuláře, data a oficiální zprávy. Stresovým faktorem člověka je zvýšená pracovní zátěž. Pokud si na sebe neustále klade více povinností, než dokáže zvládnout, zažívá stres. Při nadměrném zatížení může dojít ke vzniku burnout syndromu. Důsledkem vyhoření

a také jeho zesilovačem je právě vyčerpání. Aby postižený dokázal zvládnout stejné úkony, musí vydat mnohem více energie, a tím proces vyhoření urychlí. Je dobré pracovat na schopnosti zvládat zátěž a mít vůči ní určitou odolnost.

2.2. Působení rušivých vlivů

V dnešní době je prakticky nemožné soustředit se pouze na jednu věc a úspěšně ji dokončit. Kvůli mobilním telefonům, e-mailům, sociálním sítím je pracovník snadno dosažitelný, a tedy vyrušován od práce. Nepřispívají k tomu ani nové technologie, které se pracovník učí ovládat v čím dál tím kratším čase. Tyto vlivy vedou k syndromu vyhoření.

Nedostatek samostatnosti

Dalším stresorem pro pracovníka je vědomí, že v práci nemá žádné slovo, moc, je pod neustálou kontrolou a dohledem, nemůže si prosadit své zájmy a svobodně se realizovat. Řídí se pouze danými pravidly, rozhodovat se může pouze omezeně.

Nedostatek uznání

Většina pracovníků potřebuje vědět, že jejich odvedené práce, která stála mnoho úsilí, si někdo váží a ocení ji. Lidé, kteří nejsou za svou práci řádně odměněni, postrádají motivaci k dalším výkonům, jsou ze sebe zklamaní, což ovlivní celkovou bilanci člověka. Pocit ukřivdění a neschopnost kariérního růstu vyvolá další stres a nespokojenosti

Špatný kolektiv

Podstatnou část života stráví každý v práci se svými kolegy, tudíž je důležité s nimi udržovat přátelské vztahy. Pokud v týmu panuje nepřátelská atmosféra, vzájemná neúcta, pracovníci si závidí pracovní nabídky a příležitosti, nesvědčí to nic dobrého jak pro jedince, u kterého může dojít ke vzniku stresové reakce (cítí se ohrožen), tak pro výkonnost pracovní činnosti, která se snižuje.

Nespravedlnost

Je-li na pracovišti zvykem nadržovat jednotlivcům, nespravedlivě rozdělovat pracovní úkoly a dochází-li k diskriminaci kolegů, kteří se vzájemně nerespektují, zhoršuje se podnikové klima, zaměstnanci začínají být cyničtí. Pokud pracovník nedosáhl vyššího

postavení dobře odvedenou prací, ale osobními sympatiemi, tito zaměstnanci budou hluboce zklamáni nebo zaskočení.

Konflikt hodnot

Důležitou součástí života lidí jsou hodnoty, které motivují k výkonům. Co považuje za důležité jeden pracovník, nemusí uznávat druhý. Zjistí-li pracovník, že mezi jeho a firemními hodnotami panuje rozpor, práce mu přijde bezvýznamná nebo zbytečná, dojde k odcizení, které patří mezi hlavní tři příznaky syndromu vyhoření.

3.5 Přehled profesí s rizikem vzniku syndromu vyhoření

K nejčastějším profesím, které mají vysoké riziko vzniku syndromu vyhoření patří učitelé, sociální pracovníci, psychologové, psychoterapeuti, záchranáři, hasiči, lékaři, zdravotní sestry, právníci, všichni ti, kteří úzce pracují s lidmi (Honzák, 2018). Tato kapitola je zaměřena na zdravotnické profese.

Kvůli zvýšenému životnímu tempu, vyššímu růstu ekonomických, sociálních a emočních zdrojů člověka, není divu, že výskyt syndromu vyhoření stále roste. Zpočátku panovala domněnka, že za vznikem syndromu vyhoření stála práce s lidmi. Později se k tomuto mínění připsal nekompromisně prosazovaný požadavek na vysoký výkon, který lidé považují za standard, bez možnosti chyb a omylů nebo úlev a odchylek (Kebza, 2003).

Zdravotní sestry dělají vše proto, aby pomohly pacientům a zlepšily jejich zdravotní stav. Ne všichni pacienti si však těchto služeb váží, nepoděkují za péči, vše berou jako samozřejmost. U sester nejsou uspokojeny základní psychické, sociálně-psychologické potřeby, a především základní existenciální potřeby. Toto ovlivní jejich sebehodnocení a sebeocenění. Sestry ztrácí zájem jak k zaměstnání, tak k pacientům. Prvotní nadšení vystřídá frustrace. Nejvíce sestry vyčerpává bezmoc, když nemohou pomoci pacientům od bolesti nebo setkání se smrtí a umíráním. Velkým emocionálním vyčerpáním je pro sestry styk s lidskými exkrementy, je pro ně náročné utěšovat pacienty, projevovat soucit (Křivohlavý, 2012).

Práce ve zdravotnictví s sebou přináší velkou dávku stresu. Je zde vysoké riziko chybných výkonů a rozhodnutí, pracovních úrazů, u pracovníků dochází k psychosomatickým onemocněním, často toto riziko bývá důvodem k odchodu

ze zaměstnání. Stres je příčinou zhoršení zdravotního stavu a produktivity práce lékařů a zdravotních sester, kteří si stres odnáší domů a přenáší do rodin. Podle statistických údajů, patří práce zdravotních sester a ošetrovatelek k nejtěžším a nejrizikovějším (ze zdravotního hlediska) povoláním. Ve světě předčila i hutní průmysl, co se týká nemocí z povolání (Bartošíková, 2006). „Ústav zdravotnických informací a statistiky potvrzuje, že zdravotnictví v nemocech z povolání jednoznačně a dlouhodobě vede“ (Bartošíková, 2006, s. 10). Postiženými bývají především ženy. Pracovníkům hrozí riziko infekce, jsou vystaveni fyzické náročnosti práce a stále více hrozí psychická zátěž (Bartošíková, 2006).

Tabulka 2: Zátěže v práci zdravotní sestry

Fyzické, chemické, fyzikální	Psychické, emocionální, sociální
- statické zatížení (stání při práci a asistenci u lůžka, u výkonů, u vizity)	- neustálá pozornost, pečlivé sledování (stav pacientů, přístrojů)
- dynamické zatížení (pocházení, vyřizování, přecházení mezi provozy)	- svižné reagování na různorodé požadavky a změny
- zatížení páteře	- nároky na paměť
- zatížení svalového a kloubního systému	- velká zodpovědnost za výsledky (následky) své práce
- setkání s nepříjemnými podněty (exkrementy, zápach, vyrážka)	- nutnost samostatného rychlého rozhodování
- rizika infekce	- nutnost improvizace
- narušení spánkového rytmu při směnování	- konfrontace s utrpením, bolestí, smrtí
- kontakt s léky, dezinfekčními prostředky	- zacházení s intimitou druhého člověka
- hluk, radiační záření	- konflikt rolí
	- nízké ohodnocení náročné práce

Zdroj: vlastní zpracování dle Bartošíkové, 2006

S. E. Micklerová a S. Rosen zkoumali, z jakých důvodů odešlo 80 lékařů z oddělení a 57 zdravotních sester ze zaměstnání. Nejčastějším důvodem bylo pohrdání. Mnoho zdravotních sester (60 % dotazovaných) pracovalo na jednotce intenzivní péče, opustily zaměstnání z důvodu nedostatku personálu a nutnosti práce přesčas. Některé sestry odradila řada nezkušených sester, kterým se musely věnovat a svou vyčerpáním zanedbávaly rodinu, která trpěla (kvůli nedostatku času a malé trpělivosti matky). Jiné jako důvod uvedly chování vrchní sestry, která nedávala zpětnou vazbu, pouze sestry

kritizovala, urážela a neuměla zjednat pořádek (Křivohlavý, 2012). „*Množství drobných úkolů a povinností je tak častou příčinou vyhoření, že se v anglické literatuře pro tyto okolnosti vytvořil zvláštní odborný termín, odpovídající českému lidovému termínu „tisíckrát nic“ – daily hassles (tisíc maličností, které člověka utrápí)*“ (Křivohlavý, 2012, s. 79). Dalšími důvody byla ztráta iluzí a nadšení, diktátorské a namyšlené vedení, neschopnost pacientů dodržovat pravidla (pití alkoholu, nedodržování diety, kouření, neužívání léků), zaostalost, žádné vzdělávání sester, nízká společenská prestiž sestry nebo styk s nešťastnými lidmi (Křivohlavý, 2012). „*Ve skutečnosti se vyhoření neomezuje pouze na takzvané sociální či pomáhající profese, ale v žádné jiné skupině se symptomy vyhoření neobjevují s takovou pravidelností, charakterem a intenzitou*“ (Poschkamp, 2013, s. 11).

„*Jedna z nejnovějších studií, která studovala výskyt syndromu vyhoření u lékařů v USA v porovnání s obecnou populací, byla publikována v roce 2012. Prostřednictvím profesní asociace AMA (American Medical Association) bylo osloveno 27 000 amerických lékařů všech odborností, návratnost dotazníků byla 29 %, byly tedy vyhodnoceny odpovědi 7 288 respondentů různých lékařských specializací. 45,5 % amerických lékařů vykazovalo příznaky syndromu vyhoření. Ještě vyšší výskyt byl u lékařů specialistů urgentní medicíny, internistů, neurologů a rodinných lékařů. 37,8 % lékařů mělo příznaky deprese. K příčinám tohoto stavu patří extrémní pracovní zátěž, ztráta autonomie, neefektivnost kvůli významné administrativní zátěži, ztráta smyslu práce samotné a v neposlední řadě i obtížná integrace osobního a profesionálního života. 34,4 % pracovníků jednotek intenzivní péče v univerzitní nemocnici bylo ohroženo vyhořením a dalších 6 % splňovalo kritéria plně rozvinutým vyhořením uváděli, že by si stejné povolání již nevybrali*“ (Centrum sociálních služeb Praha, 2021, s. 28).

4 Nástroje pro diagnózu a měření vyhoření

Tato kapitola je zaměřena na diagnózu a měření vyhoření. Syndrom vyhoření je někdy těžké diagnostikovat, neboť se podobá mnoha jiným poruchám, například depresi (Kebza, Šolcová, 2003).

Hlavními třemi prostředky výzkumu vyhoření dle Maroona (2012) jsou:

1) Maslachové škála vyhoření pro pomáhající profese:

- Tento nástroj je nejvíce rozšířený. Je určen jen pro pomáhající profese. Test se skládá z 22 výpovědí, 5 z nich se zaměřuje na odcizení, 8 na seberealizaci a 9 na emocionální vyčerpání. Pokud mají jedinci nízký počet bodů v oblasti seberealizace, a naopak obdrželi vysoký počet bodů u otázek ohledně emocionálního vyčerpání a odcizení, jedná se o proces vyhoření, ve kterém se jedinci nachází. Záměrem výzkumu je prozkoumat, jak pracovníci v pomáhajících profesích přistupují ke své práci a jak pohlíží na osoby, se kterými jsou v každodenním kontaktu, a musí s nimi spolupracovat. Pracovníci vyjadřují své postoje na bodové škále od 0 do 6.

2) Maslachové škála vyhoření pro povolání:

- Tento nástroj je vhodný pro veškerá povolání. Test se skládá z 16 otázek, 5 z nich se zaměřuje na vyčerpání, 5 na cynismus a 6 na osobní výkonnost. Výsledkem šetření je zjištění, jak pracující hodnotí práci, kterou vykonávají, a jaký k ní zaujímají postoj. Pracovníci uvádí své odpovědi před výpovědi, v rozmezí od 0 do 6.

3) Škála znechucení:

- Tato škála byla vytvořena Pinesovou a jejími kolegy. Skládá se z 21 výpovědí a je zaměřena na sociálního pracovníka a na jeho pocity a postoje k sobě samému, ke klientům a k práci, kterou vykonává. Škála má rozmezí od 0 do 7. Měří se mentální vyčerpání, emocionální a fyzické vyčerpání.
- Pokud se u člověka dlouhodobě objevují fyzické, duševní nebo emocionální reakce, jedná se o vážnou krizi vyhoření. Osoby, které se potýkají s pocity smutku, tělesnou slabostí, s depresivními myšlenkami a s nedostatkem sebevědomí, by je měli pokládat za varovné signály. Měli by se nad sebou zamyslet, měli by si určit osobní a pracovní priority a neměli by se nechat

pohlit kritikou od ostatních lidí. Za nejdůležitější krok k překonání problému se považuje rozpoznání vyhoření. Test je určen ke zjištění stupně vyhoření a k tomu, jak člověk vnímá svůj život.

Dalším způsobem, jak lze měřit vyhoření je podle **inventáře projevů syndromu vyhoření**. Pomocí dotazníku lze vypočítat rozumovou, emocionální, tělesnou a sociální rovinu. Po sečtení bodů všech rovin jedinec obdrží celkovou míru náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření. Maximum je 96 bodů, minimum je 0 bodů. Dotazník je pouze orientační, napovídá, na kterou rovinu by se měl jedinec více soustředit (Tošner, Tošnerová, 2002).

Jedinec uvede u každé položky, do jaké míry se ho výpověď týká. Přepis dle Tošner, Tošnerová (2002, s. 6):

vždy často někdy zřídka nikdy

Počet bodů 4 3 2 1 0

1. Obtížně se soustřeďuji
2. Nedokážu se radovat ze své práce
3. Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“
4. Nemám chuť pomáhat problémovým klientům
5. Pochybuji o svých profesionálních schopnostech
6. Jsem sklíčený/á
7. Jsem náchylný/á k nemocem
8. Pokud je to možné, vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy
9. Vyjadřuji se posměšně o příbuzných klienta i o klientech
10. V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á
11. Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením, apod.
12. Frustrace ze zaměstnání narušuje moje soukromé vztahy
13. Můj odborný růst a zájem o obor zaostává
14. Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní
15. Jsem napjatý/á
16. Svou práci omezují na její mechanické provádění
17. Přemýšlím o odchodu z oboru
18. Trpím nedostatkem uznání a ocenění

19. Trápí mě poruchy spánku
20. Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání
21. Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru
22. Cítím se ustrašený/á
23. Trpím bolestmi hlavy
24. Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s klienty

5 Prevence a léčba

5.1 Prevence

Pro osobu, která dospěla do fáze syndromu vyhoření je důležité, aby si uvědomila, že její stav není v pořádku, že trpí syndromem vyhoření a že je to vážná věc, která se musí co nejdříve řešit. Musí se chtít léčit, musí najít motivaci se z tohoto stavu dostat a mít sílu udělat změnu. Nejtěžší na zotavení se je převzetí osobní zodpovědnosti. Člověk by si měl uvědomit, aby mohl pomoci sám sobě, že za zlost, úzkost a bezmoc, kterou si v sobě buduje, nemůže nikdo jiný, ale pouze jeho vnímání světa. Dalším podstatným bodem, jak zvládnout vyhoření je přesvědčení, že život a práce, kterou člověk dělá, dává smysl. Trpící osoba by si měla umět udělat čas především na relaxaci a jakoukoli pohybovou činnost. „*Odpočinkem se rozumí činnost diametrálně odlišná od činnosti, která se vykonává v zaměstnání.*“ (Jeklová, 2006, s. 24) Pokud má osoba špatnou fyzickou kondici, je více pravděpodobné, že u ní dojde ke vzniku syndromu vyhoření, neboť tělesný stav organismu ovlivňuje psychický stav. Nejdůležitější pomocí pro trpícího je sociální opora. Jedná se o rodinu, přátele, kolegy atd. Udržují-li si člověk dobré vztahy s ostatními lidmi, tím spíše se vyvaruje příznakům vyhoření. Další nezbytností je, aby si osoba hlídala vlastní hranice a měla jasně stanovené a ujasněné pracovní úkoly. Měla by si toho vzít na starost tolik, kolik dokáže zvládnout. Významnou roli hraje dostatek kompetencí, znalostí a dovedností, které jsou potřebné k vykonávání činnosti (Jeklová, 2006).

Tabulka 3: Praktická opatření napomáhající potlačení vyhoření

Snížit na sebe vysoké nároky	Zajímat se o své zdraví
Naučit se říkat ne	Stanovit si priority
Předcházet komunikačním problémům	Plánovat
Vyjadřovat otevřeně své pocity	Hledat emocionální podporu
Hledat věcnou pomoc	Vyvarovat se negativnímu myšlení
Doplňovat energii	Dělat přestávky

Zdroj: vlastní zpracování dle Jeklové, 2006, s. 26

Priess (2015, s. 159) uvádí několik tipů, co dělat při syndromu vyhoření. Podstatným bodem je mluvit sám se sebou. Tázat se sebe sama, proč došlo k syndromu vyhoření, jaký je pravý důvod vzniku, proč problém zašel až tak daleko, kde jsou konflikty a problémy. Člověk by měl vložit veškerou svou energii do změny, ne do zloby, měl by dělat kompromisy a měl by řešit problémy hned zpočátku, neodkládat je na jindy. Osoba si musí přiznat, že život není vždy spravedlivý, nesmí se utápět ve své minulosti, ale naplno se věnovat budoucnosti, a především by se měla naučit odpočívat a říkat ne. Poschkamp (2011) tvrdí, že v současné době se stále častěji objevují nabídky vzdělávacích seminářů pro zaměstnance. Větší smysl by dávala povinná psychoedukace v sociálních profesích, která by se opakovala a informovala zaměstnance i vedoucí pracovníky o syndromu vyhoření, jeho příznacích a možnostech léčby. Dalším způsobem, jak předejít syndromu vyhoření je supervize. *„Supervize je forma podpory a poradenství pro lidi v pomáhajících profesích. Může mít formu individuální a skupinovou, může se zaměřovat na případ určitého klienta, na vztahy s kolegy, na atmosféru v týmu.“* (Pešek, Praško, 2016, s. 147) Jeklová (2006, s. 27) dodává: *„Odborně prováděná, pravidelná supervize je jedním z nejlepších preventivních opatření proti syndromu vyhoření.“* Supervizor pomáhá zlepšit efektivitu práce a profesionální kompetence pracovníkům (Pešek, Praško, 2016).

„Psychohygienu se zabývá rozvojem a podporou duševního zdraví, prevencí duševních poruch a nemocí. Je to soubor opatření a postupů, jak těchto cílů dosáhnout.“ (Hartl, 1993, in Chamoutová, 2006, s. 13)

„Duševní hygiena je obor v psychologii, jež se zabývá duševním zdravím, podmínkami, které vedou k zachování tohoto zdraví, k normální adaptaci a adjustici v sociálním a fyzikálním prostředí.“ (Musil, 2010, s. 41)

„Pravidla pro zachování výkonnosti a zdraví:

- pravidelně odpočívat,
- plánovat přestávky, dělat v jednu chvíli pouze jednu věc,
- hledat příčiny problémů, nevyhýbat se konfliktům kompenzacemi,
- vyváženě se stravovat,
- dbát na dostatek spánku,
- pravidelně si dělat volno,

- stanovit si priority, naučit se říkat ne,
- žádat o zpětnou vazbu.“ (Priess, 2015, s. 167)

„Doporučená prevence syndromu vyhoření pro profesionály, pracující s druhými lidmi:

- Udržovat odměřenost od klientů, pacientů.
- Mít pestrý rozvrh pracovního dne.
- Snažit se do denního režimu zahrnout přestávky.
- Oddělovat osobní život od pracovního.
- Neprožívat neúspěch jako tragédii.
- Vážít si sociální podpory.
- Přiznat si svoji nedokonalost.“ (Švingalová, 2006, s. 58)

5.2 Léčba

„*Psychoterapie je základní léčbou syndromu vyhoření.*“ (Švingalová, 2006, s. 59)
 Využívané formy psychoterapie jsou logoterapie, existenciální psychoterapie a daseinanalýza. Nutnou součástí léčby je obnova životosprávy, posílení tělesné zdatnosti, relaxace, zapojení relaxačních cviků do každodenního života a zaujetí pozitivního přístupu k životu (Musil, 2010). Jestliže se bude osoba považovat za oběť, bude přesvědčena o svém právu na odškodnění a nepřijme za sebe odpovědnost, je velmi malá šance, že se osoba vyléčí. Aby byla terapie úspěšná, je nutné, aby vyhořelý jedinec vynaložil veškeré své úsilí k uzdravení a spolupracoval s terapeutem (Priess, 2015).

„*Chceme-li úspěšně vyléčit syndrom vyhoření, musíme se s nemocným vydat hledat jeho samotného – jeho charakter, jeho identitu, jeho domov. Základem úspěšné terapie syndromu vyhoření je navázat dialog sám se sebou*“ (Priess, 2015, s. 157).

6 Lékaři a zdravotní sestry v době Covid-19

Pandemie COVID-19 se stala bezprecedentní krizí zdravotnické péče. Rostoucí pracovní nároky na zdravotníky způsobují psychický stres. U zdravotnických pracovníků se mohou vyvinout příznaky posttraumatické stresové poruchy, úzkosti, deprese, nespavost nebo poruchy užívání návykových látek. Psychická zátěž zdravotníků se liší také podle regionů. Předběžné zprávy ze zemí postižených na počátku pandemie zdůrazňují vysokou míru psychické zátěže u poskytovatelů zdravotní péče. V populaci vystavené zdravotní krizi a stavu nouze byla během prvních týdnů pandemie COVID-19 hlášena vysoká úroveň osamělosti, obav, únavy a nízké tíšňové tolerance významně spojená s depresí, úzkostmi a stresovými příznaky. Tato psychická zátěž se zdá být vyšší u poskytovatelů zdravotní péče, zejména u těch, kteří jsou mladší, méně zkušení, a mezi těmi, kteří pracují v první linii. Prodloužená pracovní doba, počet nemocných pacientů a omezená logistická podpora jsou spojeny s nejvyšší prevalencí psychické zátěže (Azoulay, De Waele and Ferrer, 2020). V systematickém přehledu třinácti studií (33 062 účastníků) byla souhrnná prevalence úzkosti 23,2 % a deprese 22,8 %. Ze studie vyplývá, že polovina poskytovatelů zdravotní péče, pracujících s pacienty, kteří onemocněli COVID-19, trpí syndromem vyhoření. U zdravotnických pracovníků se zvyšuje emoční vyčerpání, depersonalizace a klesá úroveň osobního úspěchu. Pandemie COVID-19 vystavuje zdravotnické pracovníky pečující o pacienty v kritickém stavu extrémnímu tlaku, který může způsobit syndrom vyhoření. Pandemie SARS-CoV-2 má za následek celkový nárůst nových případů úzkosti, deprese a syndromu vyhoření především u zdravotníků v první linii, a to u specialistů JIP. Lékaři na JIP trpí příznaky těžkého vyhoření a úzkosti (Sun, Qiu and Huang, 2020).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 Kvalitativní šetření

Praktická část práce využívá pro zjištění požadovaných informací kvalitativní šetření. Na základě předem stanovených výzkumných otázek byly realizovány polostrukturované rozhovory s lékaři a zdravotními sestrami různých lékařských oborů.

7.1 Cíl práce

Hlavním cílem praktické části je zjistit, do jaké míry se u lékařů a zdravotních sester vyskytuje syndrom vyhoření, a jaké jsou zátěžové situace, které mohou syndrom vyhoření způsobit a na základě výsledků šetření navrhnout vhodná opatření, která by předcházela vzniku syndromu vyhoření.

Výzkumné otázky byly zaměřeny na problematiku syndromu vyhoření, konkrétně na motivaci, cíle, očekávání, konflikty na pracovišti, zátěžové situace, stres a prevenci.

Výzkumné otázky:

- 1) Co Vás motivovalo k výběru povolání?
- 2) Jaká jste měl/a očekávání od této práce?
- 3) Pociťoval/a jste během své kariéry stres?
- 4) Jakou formu prevence volíte?

7.2 Výzkumné metody

Vzhledem k citlivému tématu bakalářské práce proběhla praktická část formou polostrukturovaných rozhovorů s oslovenými lékaři a zdravotními sestrami. Dotazování tak měli možnost lépe vyjádřit své postoje k problematice syndromu vyhoření. Rozhovory probíhaly v soukromém prostředí zdravotníků. Byly nahrávány na mobilní zařízení, poté přepisovány a následně analyzovány pomocí kódování. Respondentům byly položeny otázky, které byly vybrány tak, aby se z odpovědí na základě analýzy a komparace daly vyvodit odpovědi na čtyři hlavní výzkumné otázky. Délka rozhovorů se pohybovala v rozmezí od třiceti do šedesáti minut.

7.3 Charakteristika vzorku

Průzkumného šetření se zúčastnili čtyři oslovení respondenti, dva lékaři a dvě zdravotní sestry.

Respondentkou č. 1 (R1) je pětadesátiletá zdravotní sestra v důchodu. Pracovala jako staniční sestra na infekčním oddělení v Oblastní nemocnici Příbram. Pět let své kariéry působila jako vrchní sestra v Domově Maják, hospici se zvláštním režimem pro seniory.

Respondentkou č. 2 (R2) je šestačtyřicetiletá zdravotní sestra. Nyní působí na endokrinologické ambulanci dětského oddělení v Oblastní nemocnici Příbram.

Respondentem č. 3 (R3) je čtyřiašedesátiletý lékař. Celý život se věnuje chirurgii, jeho dlouholetým pracovištěm byla Oblastní nemocnice Příbram, posledních šest let pracuje jako chirurg v Bavorsku.

Respondentem č. 4 (R4) je pětapadesátiletý lékař. Nejprve působil v oboru dětské lékařství, poté jako internista na Mělníku, dále jako onkolog ve Fakultní nemocnici v Motole. Nyní již několik let žije ve Švédsku, kde se věnuje anesteziologii a získal zde pozici primáře.

7.4 Analýza a komparace výsledků

7.4.1 Motivace k vykonávání povolání

Všichni čtyři respondenti uvedli, že velký podíl na jejich motivaci ke studiu měla rodina nebo blízká osoba:

R1: *„Během prvního ročníku na gymnáziu mi zemřel můj dědeček, což jsem vnímala jako jakési znamení.“*

R2: *„Kamarádka mi řekla, že se v Příbrami otevírá zdravotnická škola, tak jsem chtěla jít s ní.“*

R3: *„Na třídních schůzkách sdělila moje paní učitelka mamince, že se na archeologii nehodím, že ve mně vidí lékaře, nebo veterináře, díky dobrému vztahu k lidem. Já jsem nad tím několik dní uvažoval, a potom jsem si řekl, vždyť vlastně ano, tohle bych dělal moc rád.“*

R4: „*V podstatě mě donutil můj otec. Já jsem chtěl být veterinářem.*“

Respondenti se shodli také na tom, že své nynější povolání vykonávat nechtěli.

R1: „*Vždy jsem chtěla být forenzní patolog.*“

R2: „*Mým přáním bylo jít na průmyslovou školu.*“

R3: „*Přemýšlel jsem nad archeologií.*“

R4: „*Já chtěl být veterinář.*“

Pro respondentku č. 1 byla profese zdravotní sestry podřadná práce, vždy si kladla vyšší cíle.

7.4.2 Očekávání od zaměstnání

Respondentka č. 1 měla od zaměstnání negativní očekávání.

Dva respondenti (2 a 3) se shodli na tom, že v době, kdy nastupovali do zaměstnání, žádná očekávání neměli. Jako důvod uvedli svůj mladý věk.

Poslední respondent chtěl především splnit očekávání svých rodičů.

7.4.3 Cíle v průběhu zaměstnání

Respondentka č. 1 byla vždy velmi ambiciózní, chtěla se stát vrchní sestrou na prestižním oddělení anestezie a intenzivní medicíny. Uvedla, že si v průběhu kariéry kladla vysoké cíle.

Respondentka č. 2 si nekladla velké cíle, odrazovala ji velká administrativa a více starostí.

Respondent č. 4 si během své kariéry uvědomil svůj velký talent, empatii a oblíbenost u pacientů. Pokládal to za zpětnou vazbu a odměnu. Jeho velkým cílem bylo především léčit lidi: „*Dal jsem si za cíl být průvodcem jejich nemocí.*“ Později se chtěl stát dětským anesteziologem. S respondentem č. 4 se shodují respondenti č. 2 a č. 3, jejichž jednoznačným cílem bylo léčit lidi a pomáhat jim.

Respondent č. 3 se na medicínu nedostal napoprvé, nastoupil do nultého ročníku, kde díky práci ztratil veškeré iluze, které získal díky médiím: „*Během provozu jsem pochopil, jak moc těžké povolání s velkým osobním odříkáním medicína je.*“

7.4.4 Vztah k povolání

První respondentka uvedla, že by jinou práci vykonávat nechtěla: „*Pokud bych se znovu narodila, nic jiného bych nehledala. Je to krásná práce.*“

Respondentka č. 2 zaujímá stejný názor a doplňuje první respondentku tímto: „*Ano, vybrala bych si ho bez váhání, líbí se mi, naplňuje mě, dostala jsem se tam, kam jsem měla.*“ Tato respondentka také zmínila, že během kariéry uvažovala o změně pracoviště, kvůli finančnímu ohodnocení. Protože nechtěla za prací daleko dojíždět, zůstala na nynějším místě, a to v nemocnici Příbram.

Respondent č. 3 by své povolání také neměnil, vidí tuto práci jako smysl života. Pro to, aby ho práce uspokojovala, uvedl dvě podmínky: „*Musím mít rád lidi a musí mě naplňovat pomáhat lidem. Každý jsme jiný a měli bychom se řídit vnitřním senzorem.*“ Respondent je vděčný paní profesorce, která ho dobře znala a poslala ho správnou cestou: „*Otevřela mi okno a já už šel jen tou cestou.*“

Poslední respondent by si vybral stejné povolání znovu.

Tři respondenty (2, 3, 4) spojuje chuť do práce. Jsou dny, kdy se do práce těší méně, ale převažuje u nich pozitivní přístup.

R4: „*Ted' se cítím šťastný a těším se do práce. Nedá se to srovnávat se dny, kdy bych si vzal raději život, než abych šel do té blbě práce.*“

7.4.5 Stres

Toto téma mají společné všichni čtyři respondenti.

U první respondentky po dobu kariéry převažoval spíše eustres, který ji neustále motivoval a vedl k lepším výkonům. Nicméně si prošla obdobími, které pro ni byly náročné. Stres pociťovala ve chvíli, když se nepodařilo zachránit pacienta. Měla výčitky svědomí, že pro pacienta neudělali vše: „*Nikdy jsem nedokázala přijít domů a nepřemýšlet nad prací. Až po několika letech jsem se naučila „vypínat“.*“ Dále uvedla, že příčinou stresu byl čas: „*Celý život jsem měla časový stres, nic jsem nestíhala.*“ Práci ji neusnadňovaly ani ostatní zdravotní sestry, které kontrolovala, jestli nezapomněly na své povinnosti. Respondentka přiznala, že trpěla workoholismem, který ji psychicky i fyzicky ubíjel: „*Velký problém mi dělala lidská hloupost a nechut'*

k práci. Vždy potřebuji mít vše hned hotové, jsem velký puntičkář a workoholik, to mě někdy vyčerpává.“ Respondentka poznamenala, že pro zdravotní sestry je vysilující, pokud si nenajdou správnou cestu k pacientovi a on nedodrží pokyny (neužívá léky, nedodrží stravu).

Respondentka č. 2 uvedla, že hlavním stresovým faktorem byl nástup po mateřské dovolené. Obávala se, zda si vše pamatuje, jestli vše umí, nevěděla, jaké má mezery: „... bála jsem se, jak všechno budu zvládat, nechtěla jsem udělat chybu.“ Dále uvedla, že stres měla vždy při změně oddělení, kdy na ni byly kladeny jiné nároky.

Respondent č. 3 popsal své pocity takto: „*Stres jsem pociťoval často, když jsem byl nevyspalý po noční službě a musel jsem jít operovat. Dále jsem zažil špatné vztahy na pracovišti. Velmi mě to psychicky vyčerpávalo, musel jsem svou energii věnovat jinam, než jsem mohl.*“ Stres se u respondenta prohluboval v době, kdy měl rodinné problémy: „*Snážil jsem se je nenosit do práce, ale musel jsem věnovat spoustu energie na to, abych na ně nemyslel.*“ S respondentkou č. 1 se shoduje, že nad prací přemýšlel i doma a měl obavy, zda pacienta nezanedbal: „...*volal jsem do nemocnice, jak se pacientovi daří, jestli nekrváčí.*“

Respondent č. 4 na počátku své kariéry trpěl kancerofobií a měl strach z akutních stavů. Nevěřil si, že by v takovém stavu obstál a pacienta zachránil. Dále uvedl, že pociťoval absolutní stres téměř po celou dobu jeho kariéry. Příčinou stresu bylo příliš mnoho nočních služeb, směn o víkendech, přestěhování do jiné země, učení se novému jazyku. Z rozhovoru vyplývá, že byl respondent workoholik, nedovedl odpočívat, kladl na sebe vysoké požadavky. Tímto se shoduje s respondentkou č. 1.

7.4.6 Zátěžové situace

Dalším tématem, které mají všichni respondenti společné, jsou zátěžové situace. Dvě respondentky (1 a 2) uvedly, že velkou zátěží pro ně byla práce na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO).

R1: „Když jsem měla malé děti, cítila jsem na sobě, že musím změnit oddělení, na ARU už jsem nemohla vydržet.“

R2: „Vzhledem k tomu, že dělám v současné době na dětském oddělení na ambulanci, mohu říct, že mi ubylo mnohem více starostí, než jsem měla na ARU. Tam musí být

člověk rychlý a přesný, aby neohrozil život pacienta.“ Respondentka dodala, že si nosila z nemocnice domů spoustu starostí: „...byla jsem unavená, měla jsem zažívací obtíže a strach o pacienty, bylo to opravdu náročné.“

Respondentka č. 1 poznamenala: *„Medicína je krásná, když pacient odejde z nemocnice zdravý, je smutná, pokud zemře a vy musíte oznámit smutnou zprávu rodině.“*

Zátěžovou situací pro třetího respondenta byla situace, kdy musel řešit pracovní a zároveň i rodinné problémy. V práci přišel do konfliktu se svým nadřízeným a v té době se rozváděl se svou ženou.

R3: „Problémy se stupňovaly v době, kdy jsem se rozváděl a můj nadřízený chtěl dosadit na mé místo svého kamaráda a mě eliminovat. Čekal na mou chybu, kontroloval mě, dělal mi nepříjemnosti, dalo by se tomu říct šikana. Toto není dáno oborem, ale lidským faktorem.“

Poslední respondent komentuje zátěžovou situaci takto: *„Anestezie se velmi podobá smrti, tudíž nesmím udělat jedinou chybu, mám obrovskou zodpovědnost za život pacienta. K největšímu neštěstí může dojít, když lékař přestane být ostražitý.“* K další zátěži došlo po odchodu do švédské nemocnice.

R4: „Po nástupu do švédské nemocnice jsem se cítil jako otrok, měl jsem velký počet nočních služeb, které byly mnohem náročnější než v Čechách. Začátek byl opravdu krutý, byl jsem vyčerpaný, nikoho jsem neznal, musel jsem se naučit mluvit anglicky. Dnes ale vím, že když se chci někam posunout, musím opustit svoji komfortní zónu.“

7.4.7 Syndrom vyhoření

Téma syndrom vyhoření mají společné dva respondenti (1 a 4). Respondentka č. 1 uvedla, že velmi těžké období zažívala až v posledních letech své kariéry, kdy změnila zaměstnání. Začala pracovat v domově se zvláštním režimem pro seniory v Příbrami, kde nebyla spokojena se zdravotní péčí.

R1: „V tu dobu jsem pociťovala největší stres, úzkost a mrzelo mě, že už se nikdo nesnaží pacienty vyléčit.“

Respondentka se příliš ztotožňovala s osudy starých lidí a byla frustrovaná z věcí, které nemohla ovlivnit: „*Tam nastal rozpor mezi mým očekáváním a realitou, protože se jednalo o sociální zabezpečení a zdravotní péče byla až na druhém místě. Toho, kdo byl nemocný, odvezli do nemocnice, ale já jsem chtěla vykonávat zdravotní péči tam.*“

Vyhoření se projevovalo psychickou i fyzickou únavou, nespavostí, respondentce se zdály sny o pacientech, měla odpor chodit do práce. Nakonec musela zaměstnání opustit.

Poslední respondent prožil fyzické, emocionální i mentální vyčerpání. Zcela evidentně se u něho projevil syndrom vyhoření. Respondent své pocity popsat takto:

R4: „Celý svůj život jsem trpěl úzkostmi. Měl jsem stavy neuspokojenosti života, myslel jsem si, že jsem k ničemu, že nemám žádnou hodnotu, měl jsem obavu, že jsem zbytečný člověk. Cítil jsem smutek, bezvýchodnost, bezcennost. Tyto stavy se čím dál víc prohlubovaly a opakovaly se častěji. Ztratil jsem chuť žít.“

Největším spouštěčem příznaků syndromu vyhoření bylo příliš velké množství nočních směn a směn o víkendech. Dále konstatoval, že trpěl workoholismem.

R4: „Byl jsem velký workoholik, ale cítil jsem, že je toho na mě už moc. Chtěl jsem si vzít život, bylo mi špatně psychicky i fyzicky.“

Podle vyšetření psychologa se jednalo o hlubokou deprivaci. Respondentovi byla doporučena 100 % pracovní neschopnost na několik měsíců. Respondent přiznal, že si nikdy nedovolil odpočívat.

R4: „I když jsem lékař, sobě jsem nedovedl pomoci. Byl to jasný případ syndromu vyhoření. Já bych si nikdy nedovolil sám od sebe odpočívat, byl jsem vychovaný pořád něco dělat. Nedovedl jsem si ulevit, bylo pro mě nemožné válet se jen v posteli. Začal jsem užívat antidepressiva, i přesto, že jsem se brání léků vždy vyhýbal.“

Respondent uvedl, že po stanovení diagnózy syndromu vyhoření se mu velmi ulevilo. Po naléhání své nadřízené brzy znovu nastoupil na plný úvazek, vyhoření se mu však znovu vrátilo.

R4: „Skončil jsem na psychiatrii, byl jsem přetížený. Bylo mi doporučeno změnit obor, nebo pracovat na méně procent. Přestoupil jsem do jiné nemocnice, kde jsem se stal primářem na chirurgii. Nebyly zde žádné noční ani víkendové směny.“

Značnou shodu měli respondentka č. 2 s respondentem č. 3. Syndromem vyhoření nikdy netrpěli, zažívali pouze stresové období.

7.4.8 Pracovní kolektiv

Dalším společným tématem pro všechny respondenty je pracovní kolektiv. Všichni uvedli, že se svými kolegy mají dobré vztahy.

R1: *„Pracovních kolektivů jsem měla několik. Koho jsme si nevychovaly nebo nenaučily to, co jsme potřebovaly, na pracovišti nevydržel. S kolektivem jsem byla spokojena téměř pokaždé. Kdo se nechtěl přizpůsobit, tak odešel na jiné oddělení.“*

R3: *„Já jsem s drtivou většinou kolegů vycházel dobře. Taky jsem se potkal s kolegy, kteří lžou, podvádí, ale s takovými jsem žádné osobní vztahy neudržel.“*

Respondentka č. 1 a respondent č. 3 se shodují, že v osobním životě spolu kolegové vycházet dobře nemusí, ale profesionálně by měli vždy.

R1: *„Vždy jsem pracovala na oddělení, kde byla prestiž a nebyl čas dělat chyby. Musela jsem přizpůsobit své chování, být přísná, férová, aby sestry pochopily, že pacient je vždy na prvním místě. Pak jsme mohly fungovat na 100 %.“*

R3: *„Nemůžeš vycházet s kolegou, který s tebou nechce vycházet a nechová se k tobě kolegiálně. I když profesionálně, při operaci, s tebou vycházet musí.“*

Poslední respondent se vyjádřil takto: *„Jeden čas jsem pracoval pod paní primárkou a pod jejím vedením jsem se cítil jako otrok, jednala s námi jako s dobyt看em. Byla psychopatka, jednala jen se svými oblíbenými lidmi a ostatní neměli šanci, i kdyby byli sebelepší. Chovala se k nám tak, jako bychom nic neuměli, deptala nás a neukázala nám z toho cestu. Nejprve jsem si myslel, že je to moje chyba, že jsem tak špatný. Bylo mi z toho velice nepříjemně.“*

7.4.9 Rivalita na pracovišti

Respondentka č. 1 je ambiciózní, vždy usilovala o místo vrchní sestry. Akcentovala, že rivalita na pracovišti byla obrovská. Jedním z důvodů bylo finanční ohodnocení sester z různých oddělení.

RI: „Práce na intenzivní péči je hrozně krásná, náročná, nebezpečná, ale v podstatě jednoduchá, pokud ji člověk umí. Sestra má čas na práci, vždy má k ruce ještě jednu sestru, se kterou se může vždy poradit. Na standardním oddělení je jedna sestra na dvacet pět pacientů a nemá takové finanční ohodnocení, jako sestry z intenzivní péče. Ty se často nad těmito sestrami povyšovaly, kvůli větší prestiži, lepšímu finančnímu ohodnocení, ale myslím, že to bylo a je nespravedlivě ohodnoceno. Sestry ze standardního oddělení mnohdy vykonávají mnohem více práce, musí si umět stejně rychle poradit a jsou na veškerou práci samy.“

Respondentky č. 1 a č. 2 konstatovaly, že v ženském kolektivu ke konfliktům dochází velmi často.

Hlavní příčinou konfliktů bývá rozdělování nočních směn, směn o víkendech a o svátcích. Respondentka č. 2 dodala toto: *„Teď už se v kolektivu objevují i muži. Čím menší kolektiv, tím spolu sestry vychází lépe, aspoň u mě to tak bylo vždy.“*

Respondent č. 3 se shoduje s první respondentkou v názoru, že příčinou konfliktů bývá kariérní růst.

R3: „Lékaři jsou lidé, kteří prahnou po kariéře, chtějí za každou cenu vedoucí místo. Někteří kolegové používají metody, ke kterým bych se v životě nesnížil. Donáší na své kolegy, pomlouvají, dělají naschvály. Je to však projev jejich charakterových vlastností.“

Tři respondenti (1, 2, 3) tvrdí, že za pořádek na pracovišti zodpovídá nadřízený, a to buď primář, nebo vrchní sestra.

RI: „... je třeba mít nekompromisní vedení, které si umí zjednat pořádek. Já jsem se tohle snažila brát vždy s nadhledem a být spravedlivá.“

Druhá respondentka zmínila spory mezi vrchní sestrou a ostatními sestrami. Potvrzuje, jak důležitou roli má vrchní sestra, aby fungovalo oddělení. O vrchní sestře mluví jako o šéfovi, který jen rozdává rozkazy, vždy má odlišné názory, není k dostižení, když sestry potřebují poradit. Respondentka uvedla, že se vždy snaží nejdříve s nadřízenou domluvit než hned začít hádkou. Respondentka dodává, že ze strany nadřízené došlo ojediněle ke kontrole kolegyně, čekala na její chybu.

Respondent č. 4 uvedl, že ve Švédsku je rivalita na pracovišti mnohem menší než v jiných zemích. Snaží se o týmovou práci, pokud se někdo ze zaměstnanců neřídí pravidly, konflikt se okamžitě řeší s nadřízenými. Dále akcentoval, že rivalita na anestezii nemá své místo a není zde možná: „*Nikdo není perfektní, a když se něco nepovede, kolega tě musí okamžitě zastoupit.*“

7.4.10 Negativa na pracovišti

Negativa na pracovišti vidí každý respondent v něčem jiném. První respondentka je shledává v nízkém finančním ohodnocení zdravotních sester, v povyšování vrchních sester nad ostatními sestrami. Negativum je také to, když nová sestra nezapadá do kolektivu, má s jinými sestrami rozepře, nebo pokud nastoupí na oddělení lékař, který není na takové úrovni, na jakou byly zdravotní sestry zvyklé. „*Někdy se kvůli rozepřím na pracovišti zanedbal pacient, což je nepřijatelné a dít by se to nemělo.*“

S respondentkou jednoznačně souhlasí respondent č. 3, který uvádí, že povolání sestry a lékaře není řádně ohodnoceno.

Respondentka č. 2 vidí negativa ve chvíli, kdy pacientovi nedokážou pomoci. Uvádí, jak těžké je vyrovnat se s realitou a přenést se přes pocity smutku: „*Může to být mladý člověk, který má celý život před sebou a onemocněl nevléčitelnou nemocí, to je občas těžké přijmout.*“ Dalším negativem jsou rozhovory s rodinnými příslušníky, kteří medicíně nerozumí a domnívají se, že zdravotníci dělají pro člena rodiny málo a radí pracovníkům, co by měli dělat jinak, lépe: „*S některými lidmi se nedomluví ani na obyčejných věcech. Dalším negativem mohou být stížnosti od pacientů nebo jejich rodin, které se domáhají soudu.*“

Respondent č. 3 uvedl, že je medicína často na úkor rodiny, v čemž shledává největší negativum. Zdůrazňoval, jak je důležité mít životního partnera, který respektuje povinnosti druhého, chápe ho a vytváří podmínky pro to, aby své povolání mohl vykonávat.

Respondent č. 4 uvádí jako největší negativum noční služby: „*Člověk není biologicky noční živočich. Nejhorší je střídání nočních a denních směn. Nikdo nám tohle nedokáže zaplatit penězi, říká se, že noční práce zkracují život.*“

Dále kritizuje pacienty, kteří si neváží zdravotnických služeb a nedodržují pravidla, které lékaři stanovili: „*Ubíjejí mě nezodpovědní lidé, lidé, kteří nepečují o své nemoci, cukrovkáři, kteří neléčí svou cukrovku, kardiologičtí pacienti, kteří nedodržují životosprávu, neberou léky. Kdyby se všichni o sebe starali tak, jak mají, nemuseli bychom mít tolik práce.*“

K zaměstnavatelům se vyjádřil takto: „*Negativem je také to, že zaměstnavatel chce ze zaměstnance vycucát vše, co jde. Medicína je obrovský stres a zodpovědnost.*“

7.4.11 Pozitiva na pracovišti

Všichni respondenti se jednoznačně shodli, že největší pozitivum medicíny je, když pacient odchází zdravý domů.

Pro respondenta č. 4 je největší pozitivum dokonalý přehled o svém těle. Ví, jak se má stravovat, jak je důležitý pohyb, pozná na sobě nemoci: „*Já se jako malý bál lékařů, přišlo mi ponižující se svlékat a nechat se vyšetřit, nechápal jsem, proč se lékař také nesvlékne. Považoval jsem se za podřazeného, on věděl to, co já ne. Dnes už vím také.*“ Významným pozitivem je také vysoká prestiž lékaře: „*Medicína je považována za zaměstnání číslo jedna, lidé z tebe mají dobrý pocit, jsi uznáván.*“

7.4.12 Prevence

Dalším společným tématem je prevence syndromu vyhoření. Aby si respondenti zachovali psychické zdraví a předešli tak syndromu vyhoření, uvedli řadu aktivit, které praktikují ve volném čase. Respondenti preferují práci na zahradě, ruční práce, šití, pletení. Společnou aktivitou všech respondentů byl jednoznačně sport, a to plavání, jízda na běžkách, běh, posilování, relaxační cvičení, procházky na čerstvém vzduchu. Respondenty naplňuje péče o vnoučata a domácnost, rádi vaří a věnují se domácím pracím. Dva respondenti (2 a 3) vyzdvihuje důležitost zdravého životního stylu pro duševní rovnováhu.

Respondent č. 1 a respondent č. 4 čerpají energii z dalšího vzdělávání.

RI: „Také jsem si našla ještě jinou práci. Čtyřikrát jsem šla za svou kariéru studovat. Poprvé jsem studovala postgraduální studium, abych mohla dělat staniční sestru, to mi pomohlo zlepšit sebevědomí, společenské uplatnění. Za pět let, když jsem měla

znovu krizi, jsem si udělala specializaci v anesteziologii a resuscitaci. V padesáti letech jsem dodělala ARO specializaci a později šla na vysokou školu, abych se cítila jako plnohodnotný pracovník týmu.“

R4: „7 let chodím na kurz němčiny.“

Aby člověk nedošel do konečného stádia vyhoření, respondentka č. 1 upozorňuje na automaticčnost: *„Nejhorší je, když sestra přestane u práce přemýšlet a dělá věci automaticky, čímž vznikají chyby.“*

Předejít vyhoření lze díky pozitivnímu vztahu k lidem. Respondent č. 3 tvrdí, aby mohl člověk zvládnout medicínu a neměl krizi, musí mít pozitivní vztah k lidem a ostatní musí pozitivní myšlení opřevovat. Pokud lékař nebo zdravotní sestra nemají rádi lidi, je nemožné toto povolání vykonávat.

R3: „Musí mít rád lidi, bez toho je to šílenost. Můj kolega neměl rád lidi, sestřičky ho rozčilovaly, říkal, že největším nepřítelem doktora je zdravotní sestra, a nakonec spáchal sebevraždu.“

Třetí respondent dodal, že sílu do další práce mu dává síla svého poslání léčit lidi. Uvědomuje si svou nepostradatelnost.

Respondent č. 4 byl na tom po psychické, fyzické i duševní stránce ze všech respondentů nejhůře. Nejtěžší pro něj bylo pochopit situaci a uvědomit si, že trpí syndromem vyhoření. Již od dětství trpěl úzkostmi, které se v průběhu kariéry více prohlubovaly. Po mnoho letech došel k závěru, že na úzkostech nemá takový podíl mnoho práce, ale geny, které zdědil po matce: *„Až když jsem toto přijal, nesmírně se mi ulevilo, přestal jsem hledat novou práci, přestal jsem si stěžovat, že toho mám moc a pracuji tak, aby mi bylo dobře. Zpětně jsem si uvědomil, že má matka byla celý život hluboce deprimovaná. V naší rodině jsme dělali všechno špatně. Vůbec jsme nesportovali, neměli jsme mezi sebou lásku, byli jsme jako roboti.“* Respondent musel přizpůsobit svou pracovní dobu relaxaci a času, potřebného k získání nové energie. *„Snažil jsem se pouze o výkon a takhle to dopadlo.“* Aby získal nové síly, strávil několik měsíců v pracovní neschopnosti, jen odpočíval. Bylo mu doporučeno pracovat pouze na 60 %, pro zachování si psychického zdraví a dosažení životní rovnováhy.

Nejdůležitějším aspektem v době léčby bylo absolvování kurzu Rovnováha v životě, pod vedením psychoterapeutky a rehabilitační sestry. Naučil se odbourávat stres pomocí duševní hygieny, jógy, tai-chi, cvičení gigong a relaxačního dýchání.

7.4.13 Sociální kontakt

Všichni respondenti se shodli, že nejdůležitější prevencí syndromu vyhoření je mít oporu v rodině a dobré zázemí. Pokud se u respondenta objeví příznaky stresu či vyhoření, podstatným aspektem je podpora blízké osoby, vyslechnutí, rada.

První respondentka na sobě cítila velký tlak, byla v práci od rána do večera, cítila, že není po psychické i fyzické stránce v pořádku. Komentovala to slovy: „*Pomohla mi rodina a zachránila mě.*“

Respondent č. 4 uvedl, že vyhledal odbornou pomoc, která mu pomohla syndrom vyhoření překonat. Navštěvoval psychologa, psychoterapie a tělesné rehabilitace.

7.4.14 Prevence ze strany nemocnic

Všichni respondenti uvedli, že na pracovištích, na kterých působí, se pořádají školení ohledně prevence syndromu vyhoření. Respondentka č. 1 vyzdvihla snahu vrchní sestry, která školení vybírala a snažila se, aby ostatní sestry byly o daných problematikách dostatečně informovány. V tomto směru byl o školení zájem spíše ze strany mladších sester. Respondentka uvedla, že díky získaným informacím může pomoci své rodině, když si prochází těžkým životním obdobím.

Respondent č. 4 dodává, že by nauka o rovnováze v životě měla být součástí vzdělávání již od základních škol.

7.4.15 Lékaři a zdravotní sestry v době COVID-19

Na toto téma měli respondenti podobné názory. Každý má však na problematiku jiný úhel pohledu.

Respondentka č. 1 předpokládá, že syndrom vyhoření postihne spíše lékaře a zdravotní sestry v důchodovém věku. Důvodem by mohly být technologie, se kterými se museli zdravotníci naučit pracovat a velký nátlak na pracovníky, vzhledem k velkému počtu pacientů.

Stejný názor zaujímá i respondentka č. 2 a dále usuzuje, že syndrom vyhoření postihne ty zdravotníky, kteří se bojí nákazy příliš.

R2: *„Na odděleních, kde jsou pacienti v opravdu těžkých stavech, hraje stres velkou roli. Tam záleží na tom, jak k tomu člověk přistupuje a na jakém oddělení pracuje. Teď si syndrom vyhoření asi nikdo nepřipouští, ale myslím, že až se zlepší aktuální situace, mnoho lidí ze zdravotnictví odejde, nebo alespoň změní oddělení.“*

Podobné tvrzení měl i respondent č. 3: *„Teď si myslím, že se nic zásadního nemění. Jediné, co se změnilo je to, že se neléčí plánovaně, ale léčí se pouze Covid-19. Doba postcovidová lékařství zasáhne rozhodně. Těžké je to pro sestry, které jsou starší, musí být celou noc na nohou a ráno jsou vyčerpané. Sestry jsou často přetěžované, to je může poznamenat na jejich psychice.“*

Respondent č. 4 uvedl, že pozitivem COVID-19 je v lékařství plánování časů určených ke kontrole pacientů. Respondent také postrádá společenský kontakt.

R4: *„Problémem je, že je zdravotnictví politická záležitost, hlavním signálem ke změně jsou politici. Státní zdravotnictví je servis společnosti. Ve společnosti dochází k obrovskému tlaku na výkonnost. Ve Švédsku je cílem odstranit veškerou papírovou dokumentaci a vést vše v digitální podobě. Technika začíná předbíhat starší ročníky. Ve Švédsku narůstají obrovským způsobem pracovní neschopnosti z důvodu psychologických problémů. Lidé jsou přepracovaní, pracují víc, než dokážou zvládnout. Myslím si, že v budoucnu si zaměstnavatelé uvědomí, že se bude muset změnit pracovní doba, protože lidský organismus nemůže fungovat na úrovni techniky.“*

7.5 Diskuse

Hlavním cílem průzkumného šetření bylo zjistit, do jaké míry se u dotazovaných respondentů vyskytuje syndrom vyhoření, a jaké jsou zátěžové situace, které mohou syndrom vyhoření způsobit.

Dle odpovědí zdravotníků lze usoudit, že pro všechny dotazované je jejich zaměstnání jedním z nejdůležitějších smyslů života, a možnost pomáhat nemocným lidem v nich vyvolává pocit naplnění. Respondenti se shodují na tom, že povolání lékaře a zdravotní sestry přináší do života nespočetně zátěžových situací, ve kterých se musí zdravotníci umět rychle rozhodovat, a pokud nastane komplikace, musí se s ní vypořádat

s nadhledem a chladnou hlavou. I přes všechny stresové situace by si každý respondent zvolil své povolání znovu. Někteří z nich ho dokonce považují za své životní poslání. Krivohlavý (2012, s. 12) tvrdí: „*Nebezpečí číhá zvláště tam, kde ti, kteří danou práci konají, ji považují spíše za poslání než zaměstnání.*“

Z rozhovorů vyplývá, že dva respondenti zcela předešli syndromu vyhoření. Během kariéry na ně působilo několik stresorů, které museli překonat. Třetí respondent prožíval těžké stresové období ve chvíli, kdy musel v určitém období zároveň řešit nejen pracovní, ale i osobní problémy. Pešek a Praško (2016) potvrzují, že o distres se jedná tehdy, pokud člověk nezvládne udržet pod kontrolou události jako rozvod, úmrtí blízkého člověka, přetížení nebo propuštění ze zaměstnání. Tyto události jsou hodnoceny negativními emocemi. Respondent uvedl, že zátěžové období mu pomohlo překonat uvědomění si toho, proč toto povolání vykonává. Tento důležitý aspekt potvrzuje Jeklová (2006), která uvádí, že dalším podstatným bodem, jak zvládnout vyhoření, je přesvědčení, že život a práce, kterou člověk dělá, dává smysl.

Pracovníci jsou vystaveni velkému tlaku faktorů, které respondenty ovlivňují. Jedná se o vysokou emocionální zátěž a intenzitu práce, dlouhou pracovní dobu nebo nepřátelské chování kolegů či nadřízených. Tyto faktory korespondují s teoretickou částí Stocka (2010), který je toho názoru, že pokud v týmu panuje nepřátelská atmosféra, vzájemná neúcta nebo si pracovníci závidí pracovní nabídky a příležitosti, nesvědčí to nic dobrého jak pro jedince, u kterého může dojít ke vzniku stresové reakce, tak pro výkonnost pracovní činnosti, která se snižuje.

Dva ze čtyř respondentů trpí workoholismem, který je vystavuje stresovým situacím. První respondentka má potřebu kontrolovat práci po sestřích, vždy potřebuje mít vše ihned hotové, v práci tráví příliš času, mnohdy na úkor své rodiny. Pešek, Praško (2016, s. 30) tvrdí: „*Workoholismus je chorobná závislost na práci a výkonu.*“, tito lidé očekávají maximální výkony jak od sebe samých, tak od ostatních. Poslední respondent se ztotožňuje s pocity méněcennosti a viny, které si s sebou nese již od dětství. Pokud zrovna nepracuje, má vůči sobě výčitky, zda neodpočívá příliš a zda by neměl čas využít efektivněji. Respondent se bojí zklamání a selhání. Tato tvrzení korespondují s Pešek, Praško (2016, s. 30) kteří dále uvádějí, že faktor ovlivňující

workoholismus respondenta je dětství, které bylo ovlivněno autoritativními a přísnými rodiči, kteří po dítěti vyžadovali dokonale odvedenou práci.

Poslední respondent uvedl, že v průběhu kariéry trpěl psychickým, fyzickým i mentálním vyčerpáním. Pociťoval nechuť do práce i života, dokonce přemýšlel o sebevraždě. Respondent cítil prázdnotu, neuspokojení ze svého života a dlouholetou úzkost. Stock (2010) uvádí, že typickými znaky vyhoření jsou bezmoc, sklíčenost, pocity strachu, kdy lidé nad sebou ztrácí kontrolu, což může způsobit podráždění. V krajních případech, po emocionálním zhroucení, se dostaví myšlenka: „*Bylo by lepší, kdybych nebyl*“. (Kebza, Šolcová, 2003; Křivohlavý, 2012) Příčinami vyhoření byly u respondenta především noční a víkendové služby, přepracování, nedostatek odpočinku a genetické předpoklady po matce.

Jedna ze čtyř respondentů ztratila pocit smysluplnosti práce v posledních letech kariéry, kdy přišla do rozporu se svým očekáváním a realitou. Zdravotní sestra byla vystavena emočně náročným situacím způsobených neochotou personálu poskytovat zdravotní péči seniorům. Kvůli několika sporům na pracovišti a pocitu bezmoci respondentka došla do poslední fáze vyhoření. Kebza, Šolcová (2004) uvádějí, že stres je nejintenzivnější tehdy, pokud stresor působí na člověka chronicky a dlouhodobě a pokud se s ním člověk sám nedovede vypořádat. Podle Křivohlavého (2012) se příznaky vyhoření projevují u člověka, který byl zpočátku do práce velmi zapálen, vše dělal s nadšením, ale časem toto zanícení ochablo, u člověka, který má na sebe vysoké požadavky, pracuje nad svou kapacitu, nad své schopnosti a dovednosti.

Všichni respondenti vyzdvihují jako důležitou součást života rodinu a přátele. Vytvářejí pro ně pozitivní prostředí, jsou jim velkou oporou a dokážou je podržet v náročných chvílích. Jeklová (2006) potvrzuje, že nejdůležitější pomocí pro trpícího je sociální opora. Jedná se o rodinu, přátele, kolegy atd. Udrží-li si člověk dobré vztahy s ostatními lidmi, tím spíše se vyvaruje příznakům vyhoření. Poslední zdravotník využívá odbornou pomoc psychiatra a účastnil se kurzu o duševním zdraví člověka. Podobný způsob, jak předejít syndromu vyhoření je supervize. „*Supervize je forma podpory a poradenství pro lidi v pomáhajících profesích. Může mít formu individuální a skupinovou, může se zaměřovat na případ určitého klienta, na vztahy s kolegy, na atmosféru v týmu.*“ (Pešek, Praško, 2016, s. 147) Jeklová (2006, s. 27)

zaujímá názor: „Odborně prováděná, pravidelná supervize je jedním z nejlepších preventivních opatření proti syndromu vyhoření.“

Z rozhovorů vyplývá, že se všichni respondenti věnují svým oblíbeným volnočasovým aktivitám, díky nimž si udržují psychické zdraví, přicházejí na pozitivní myšlenky a načerpávají novou energii. Respondenti nejčastěji zmínili sport, práci na zahradě a motivační knihy.

7.6 Vlastní doporučení

Dle výsledků získaných dat lze potvrdit, že dotazovaní lékaři a zdravotní sestry skutečně patří do profesí s vysokým rizikem vzniku syndromu vyhoření, tudíž by prevence měla být součástí jejich životů. Přispěla by i k pozitivnímu přístupu a dostatečné energii k vykonávání práce. Důležitým aspektem pro zachování si psychického zdraví je smysluplná pracovní náplň a stabilní životospráva. Pro zdravý životní styl je nezbytné pravidelné stravování, dodržování pitného režimu, dostatek spánku, pohyb na čerstvém vzduchu, čas strávený s rodinou nebo přáteli.

U dvou ze čtyř respondentů došlo během kariéry k syndromu vyhoření. První respondentka vyřešila situaci odchodem ze zaměstnání, druhý respondent volil odbornou pomoc v podobě psychiatra a skupinových terapií.

Nejdůležitější prevencí vyhoření je podle respondentů podpora ze strany rodiny a kontakt s blízkými. Empatie, opora a ochota pomoci dodá respondentům sílu a stresory zmizí rychleji.

Dostatek rozmanitých činností a zájmů je u pomáhajících profesí téměř nutností. Respondenti uvedli několik druhů volnočasových aktivit. Sport, plavání, saunování, relaxační cvičení a mnoho dalších činností uvolní jedince od napětí a zbaví jej myšlenek na práci. Pasivní odpočinek, jako sledování televize a poslouchání rádia bych nahradila aktivitami, u kterých budou respondenti přemýšlet, vynaloží určité úsilí, zlepší se ve svých dovednostech a osvěží tak své tělo i mysl. Těmito aktivitami jsou například práce na zahradě, hra na hudební nástroj, fotografování.

K životu je zapotřebí přistupovat s humorem. Nebrat se moc vážně, zasmát se sám sobě, svým chybám. Smích léčí, skvěle uvolňuje atmosféru a posiluje mezilidské vztahy. Doporučuji četbu humorných knih či sledování komedií.

Motivací do další práce jsou kolegové, kteří do pracovního kolektivu přinášejí pozitivní energii, novou inspiraci a podněty, díky kterým jsou ostatní kreativnější a jsou motivováni neustále pracovat na svém profesním rozvoji.

Všem respondentům bych navrhovala psaní to-do listu neboli seznamu naplánovaných činností, do kterého by zaznamenávali své denní, konkrétní reálné cíle a po jejich splnění je označili jako dokončené. Díky to-do listu by měli respondenti pod kontrolou svůj denní režim. Pro začátek je lepší si stanovit úkolů a cílů méně a dát jim přesné pojmenování. Z to-do listu se může stát příjemný návyk, který respondentům pomůže organizovat dny a vyčistit hlavu. Volnočasové aktivity je dobré předem plánovat a zařazovat je do každodenního života, i kdyby se jednalo pouze o půl hodiny denně.

Druhé respondentce bych doporučila pracovní teambuilding, kterého by se zúčastnily všechny zdravotní sestry. Díky stmelujícím hrám by měly možnost se lépe poznat a vybudovat pozitivního týmového ducha. Mimopracovní aktivitou by mohl být výlet nebo společná káva, u které by sestry sdílely své pocity, pracovní záležitosti nebo osobní život. Dalším možným řešením je týmová supervize. Pokud by došlo k dalším konfliktům na pracovišti, radila bych respondentce nejprve uklidnit své emoce, zjistit si informace o daném problému a následně společně s dotyčným vybrat řešení, která by byla výhodná pro obě strany, nebo se dohodnout na kompromisu.

Respondentka č. 1 byla v posledních letech své kariéry vystavována negativním emocím, které v ní vyvolávaly pocity bezmoci ohledně dlouhodobě nemocných pacientů. Dostávala se kvůli nim do konfliktů s vedením sociálního zařízení. Navrhovala bych, aby na sebe respondentka nekladla příliš vysoké nároky, pokud situaci nemůže nijak ovlivnit, a více se věnovala sama sobě. Pro udržení psychické odolnosti a profesionálního nasazení by si měla zachovat nadhled a měla by si uvědomit, že v určitých situacích udělala maximum a víc udělat nemůže. Pokud by přebírala zodpovědnost za život každého pacienta, brzy by vyhořela. Pro zlepšení situace bych navrhovala trávit více času se svou rodinou, vzhledem k věku by měla respondentka myslet na své zdraví a měla by stresu předcházet co nejvíce.

Dva respondenti zaujímají postoje, které jim zabraňují dostatečně relaxovat. Jde o postoje „musím stále pracovat, nemůžu přeci jen odpočívat a flákat se“. Respondenti by si měli své škodlivé postoje uvědomit a nahradit je rozumnějšími. Lepších

pracovních výsledků a pracovní výkonnosti dosáhnou ve chvíli, kdy budou pravidelně a dostatečně odpočívat.

K tomu, aby člověk načerpal trvalejší energii, je obvykle potřeba více dnů, tudíž bych jako prevenci pro třetího respondenta volila prodloužený víkend strávený se svou rodinou. Změna domácího prostředí, spojeného se stresem, by respondentovi pomohla zapomenout na myšlenky spojené s prací, které by vystřídaly příjemné chvíle strávené se svými vnoučaty.

Čtvrtému respondentovi doporučuji vnímat své tělo, především signály, které mohou značit vyčerpání či přetížení. Respondent má tendenci se přepracovávat, měl by zvolnit, jinak u něj může dojít k psychosomatickým potížím nebo znovu k syndromu vyhoření. Dále doporučuji pracovat na svém seberozvoji, který respondenta přivádí na pozitivní myšlenky. Vzhledem k dlouhodobým problémům bych radila nepřekračovat 60 % pracovní činnosti a dále navštěvovat psychologa či kurzy psychohygieny. Respondent je nadšenec do sportu a zdravého životního stylu, proto bych pro zlepšení psychické kondice navrhovala zakoupení permanentky do fitness centra. Dále respondentovi doporučuji pro pocit smysluplnosti své práce motivační knihy či podcasty. Respondent by se měl naučit necítit vinu za „nic nedělání“.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci na téma „Syndrom vyhoření u pomáhajících profesí“ jsem se zaměřila na analýzu toho, do jaké míry se u lékařů a zdravotních sester vyskytuje syndrom vyhoření a jaké jsou zátěžové situace, které tento syndrom mohou způsobit. Na základě těchto zjištění jsem chtěla splnit hlavní cíl práce – doporučit vhodná opatření, která by předcházela syndromu vyhoření.

V teoretické části práce byly vymezeny pojmy stres a syndrom vyhoření, subkapitoly byly věnovány charakteristice pojmů, které s tématem souvisejí. Tato část práce vycházela z analýzy informací odborné literatury. V praktické části bylo realizováno vlastní šetření, a to s využitím metody polostrukturovaných rozhovorů. Z těch vyplynulo, že syndrom vyhoření prodělali dva ze čtyř respondentů. Dle výsledků rozhovorů se potvrdilo, že zdravotničtí pracovníci spadají do profesí s vysokým rizikem vzniku syndromu vyhoření, kvůli nočním směnám, práci s lidmi, obrovské zodpovědnosti za pacienty, kvůli konfliktům na pracovišti a lehkomyšlnému chování pacientů. V současné době se ve všech pracovištích, ve kterých zdravotníci působí, nabízejí dobrovolná školení s danou problematikou, v rámci prevence syndromu vyhoření.

Vzhledem k současné pandemii Covid-19 lze konstatovat, že zdravotničtí pracovníci jsou ve velké míře ohroženi syndromem vyhoření. Zdravotníci jsou vystaveni obrovskému tlaku, vysoké fyzické i psychické zátěži a stresovým situacím, které mohou vést k frustraci a mohou způsobit syndrom vyhoření.

Pro zachování psychického zdraví respondenti uvedli řadu volnočasových aktivit, nejčastěji sport, ruční práce, čtení knih a pobyt na čerstvém vzduchu. Nejdůležitějším zmiňovaným faktorem prevence je pro zdravotníky rodina, která vytváří příjemné zázemí a je pracovníkům velkou oporou. Zdravotníkům jsem navrhla doporučení, jak syndromu vyhoření předejít, avšak neexistuje jedna univerzální rada pro všechny. Záleží na každém člověku, jaká si zvolí opatření, která by právě jemu pomohla riziko syndromu vyhoření snížit. Je třeba se také smířit s tím, že opatření nebudou fungovat okamžitě. Jedná se o dlouhodobý proces, který by měl vést k trvalému zotavení.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

MONOTEMATICKÉ PUBLIKACE

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.

HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 3. vydání. V Praze: Vyšehrad, 2018. ISBN 978-80-7601-004-8.

CHAMOUTOVÁ, Kateřina a Hana CHAMOUTOVÁ. *Duševní hygiena: Psychologie zdraví*. Praha: Česká zemědělská univerzita, Provozně ekonomická fakulta, Katedra psychologie, 2006. ISBN 978-80-213-1152-7.

JANSON, Simone. *Jak ne být perfektní, ale úspěšný: proč snaha o absolutní dokonalost nikam nevede*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3540-5.

JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Komunikace a stres*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. ISBN 80-7071-246-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. Orientace (Karmelitánské nakladatelství), 2012. ISBN 978-80-7195-573-3.

MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9.

MUSIL, Jiří V. *Stres, syndrom vyhoření a mentálně hygienická optima v dynamice lidského sociálního chování*. Olomouc: Jiří Musil - Psychologická a výchovná poradna, 2010. ISBN 978-80-903449-9-0.

PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-00-8.

POSCHKAMP, Thomas. *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Brno: Edika. Rádce pro pedagogy, 2013. ISBN 978-80-266-0161-6.

PRIESS, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5394-2.

STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. Poradce pro praxi, 2010. ISBN 978-80-247-3553-5.

ŠVINGALOVÁ, Dana. *Stres a "vyhoření" u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. ISBN 80-7372_105-8.

TOŠNEROVÁ, T., TOŠNER, J. *Burn-out. Syndrom vyhoření*. Praha: Hestia, 2002. ISBN 80-902633-4-8.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

AZOULAY, E., DE WAELE, J., FERRER, R. *et al.* Symptoms of burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak. *Ann. Intensive Care* 10, 110 (2020). Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00722-3>

CENTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRAHA – *Webové stránky*. [online]. [cit. 25.02.2021]. Dostupné z: <https://www.csspraha.cz/wcd/users-data/file/syndrom-vyhoreni-zdravot.pdf>

SUN, Q., QIU, H., HUANG, M. *et al.* Lower mortality of COVID-19 by early recognition and intervention: experience from Jiangsu Province. *Ann. Intensive Care* 10, 33 (2020). Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00650-2>

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1: Vyrovnaná životní situace.....	13
Obrázek 2: Vztah míry stresu a výkonu.....	14
Tabulka 1: Projevy syndromu vyhoření, projevující se navenek.....	21
Tabulka 2: Zátěže v práci zdravotní sestry	27
Tabulka 3: Praktická opatření napomáhající potlačení vyhoření.....	32

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Rozhovor s první zdravotní sestrou

Příloha 2: Rozhovor s druhou zdravotní sestrou

Příloha 3: Rozhovor s prvním lékařem

Příloha 4: Rozhovor s druhým lékařem

Příloha 1: Rozhovor s první zdravotní sestrou

A: Autor práce

R1: Respondentka č. 1

A: Co Vás motivovalo k vykonávání Vašeho povolání zdravotní sestry?

R1: „*Já jsem vždy chtěla být forenzní patolog, zdravotní sestra byla pro mě i mou rodinu spíše podřadná práce, ale kvůli době, ve které jsem se rozhodovala kam dál, mi nic jiného, než střední zdravotnická škola nezbylo. Na školu jsem šla s velkou nechuť. Až díky slovům mého dědečka: „Tak budeš sestřička a budeš nás léčit.“ jsem se začínala do školy těšit. Nejprve jsem působila na interním oddělení, kde se mi velice líbilo, protože jsem ráda pracovala se starými lidmi. Během prvního ročníku mi můj dědeček zemřel, což jsem vnímala jako znamení. Kdybych tady byla už dříve a něco uměla, tak nemusel zemřít. Chtěla jsem se naučit vše, být dobrá, umět léčit a pomáhat lidem, zachraňovat jejich životy.“*

A: Měla jste po nástupu do nemocnice nějaká očekávání nebo cíle?

R1: „*Očekávání jsem měla spíše negativní. Povolání zdravotní sestry jsem považovala za podřadnou práci a já jsem vždy měla cíle vyšší. Později, když už jsem nějakou dobu působila jako zdravotní sestra, mým velkým cílem bylo se dostat na prestižní oddělení anestezie a intenzivní medicíny, kde se pořád něco děje. Mým celoživotním cílem bylo stát se vrchní sestrou, pokaždé jsem byla až druhá, ale přes to na mě byly kladeny největší nároky. Vždy jsem si dávala laťku velmi vysoko a chtěla jsem být nejlepší. Měla jsem vzor v mé první vrchní sestře, která byla kapacitou mezi vrchními sestrami. Později jsem tak dobrou vrchní už neměla.“*

A: Pociťovala jste během své kariéry stres?

R1: „*Myslím, že u mě spíše převažoval eustres, který mě neustále vedl dál, motivoval mě k lepším výkonům. Medicína je krásná, když pacient odejde z nemocnice zdravý, je smutná, pokud zemře a vy musíte oznámit smutnou zprávu rodině. Když jsem měla děti malé, cítila jsem na sobě, že musím změnit oddělení, na ARU už jsem nemohla vydržet. Pro sestry je vyčerpávající, když si nenajdou cestu k pacientovi a on nedodrží pokyny (neužívá léky, nedodrží stravu). Ve stresu jsem byla vždy, když jsem měla strach, že se nám nepodaří pacienta zachránit a že jsme neudělali vše. Nikdy jsem*

nedokázala přijít domů a nepřemýšlet nad prací. Až po několika letech jsem se naučila „vypínat“. Celý život jsem měla časový stres, nic jsem nestíhala. Neustále jsem kontrolovala sestřičky, jestli mají vše hotovo, jestli něco nezapomněly. Velký problém mi dělala lidská hloupost a nechuť k práci. Vždy potřebuji mít vše hned hotové, jsem velký puntičkář a workoholik, to mě někdy vyčerpává. Když jsem si myslela, že už mám práce opravdu hodně, že ji nezvládám, neboť jsem byla v práci od rána do večera, pomohla mi rodina a zachránila mě. Těžké období jsem prožívala na konci své kariéry v hospicu Příbram, kde jsem nemohla přijmout to, že už lidem nemohu pomoci. To pro mě bylo velmi náročné, v tu dobu jsem pociťovala největší stres, úzkost a mrzelo mě, že už se nikdo nesnaží pacienty vyléčit. Ztotožňovala jsem se s osudy starých lidí, všichni byli moji dědečkové, babičky a pro mě bylo velmi ubíjející, když je odvezli do nemocnice, ze které se už nevrátili. Tam nastal rozpor mezi mým očekáváním a realitou, protože se jednalo o sociální zabezpečení a zdravotní péče byla až na druhém místě. Kdo byl nemocný, odvezli ho do nemocnice, ale já chtěla vykonávat zdravotní péči tam. Rozepře došla až tak daleko, že jsem odtamtud musela odejít, byla jsem opravdu vyhořelá. Domů jsem chodila psychicky i fyzicky unavená, často jsem v noci nemohla spát, zdály se mi sny o pacientech. Já jsem sestra, která tvrdí, že každá zdravotní sestra, aby nevyhořela, by měla po pěti letech vystřídat oddělení, kvůli stereotypu. Nejhorší je, když sestra přestane u práce přemýšlet a dělá věci automaticky, čímž vznikají chyby. Na infekčním oddělení jsem se sešla s ortopedickými pacienty, chirurgickými pacienty, byla jsem na dětském oddělení, na oddělení jednotky intenzivní péče, pracovala jsem s pacienty se vzteklinou, dělaly se různé výzkumy, proto mi práce nikdy nezevšedněla.“

A: Jaká je Vaše prevence syndromu vyhoření?

R1: „Vždy jsem měla dobré zázemí, bez pomoci manžela a dětí bych takhle nikdy pracovat nemohla. Když jsem byla ve stresu, vždy mi pomohl manžel, uklidnil mě, poradil, ať si najdu nějakého koníčka. Starala jsem se o vnoučata a domácnost. Šila jsem, pletla, pomohly mi všelijaké ruční práce, velkým odreagováním pro mě byla práce na zahradě, jezdila jsem na chatu. V zimě jsem chodila na běžky, plavat, cvičit. Také jsem si našla ještě jinou práci. Při úmrtí pacienta mi pomohla konzultace s lékařem. Čtyřikrát jsem šla během své kariéry studovat. Poprvé jsem studovala postgraduální studium, abych mohla dělat staniční sestru, to mi pomohlo zlepšit

sebevědomí, společenské uplatnění. Za pět let, když jsem měla znovu krizi, jsem si udělala specializaci v anesteziologii a resuscitaci. V padesáti letech jsem dodělala ARO specializaci a později šla na vysokou školu, abych se cítila jako plnohodnotný pracovník týmu.“

A: Vybrala byste si Vaše povolání znovu?

R1: „Pokud bych se znovu narodila, nic jiného bych nehledala. Je to krásná práce.“

A: Jaká jsou negativa a pozitiva při zaměstnání zdravotní sestry?

R1: „Velkým negativem bylo malé finanční ohodnocení zdravotních sester. Zdravotní sestry, které vydržely ve zdravotnictví 40 let, nepracovaly pro peníze, ale proto, že práci měly rády a dokázaly osudy lidí vždy jen zlepšit. Pro mě bylo největším negativum to, když nová sestra nezapadla do týmu, měla s jinými sestrami neshody, rozbroje, nebo pokud na oddělení nastoupili lékaři, kteří nebyli na takové úrovni, na kterou jsme byly zvyklé. Dalším negativem bylo povyšování nadřízených nad podřízenými. Důležitá je týmová práce, bez ní to nejde. Někdy se kvůli rozepřím na pracovišti zanedbal pacient, což je nepřijatelné a dít by se to nemělo. Pozitivem je léčit lidi.“

A: Jaký je Váš pracovní kolektiv?

R1: „Pracovních kolektivů jsem měla několik. Koho jsme si nevychovaly nebo nenaučily to, co jsme potřebovaly, na pracovišti nevydržel. Na infekčním oddělení jsem pracovala vždy s deseti zdravotními sestrami, osm z nich se mnou zůstalo po celou dobu, měly jsme dobré vztahy. Musela jsem přizpůsobit své chování k nim, být přísná, férová, aby sestry pochopily, že pacient je vždy na prvním místě, pak jsme mohly fungovat na 100 %. S kolektivem jsem byla spokojena téměř pokaždé. Kdo se nechtěl přizpůsobit, tak odešel na jiné oddělení. Já vždy pracovala na oddělení, kde byla prestiž a nebyl čas dělat chyby.“

A: Panuje na pracovišti rivalita mezi zdravotními sestrami?

R1: „Rivalita byla mezi mnou a vrchní sestrou, kterou jsem se vždy chtěla stát. Mezi sestřičkami panovala také rivalita, jelikož jsme pracovaly na jedné jednotce standardní sestry a sestry z intenzivní péče. Práce na intenzivní péči je hrozně krásná, náročná, nebezpečná, ale v podstatě jednoduchá, pokud ji člověk umí. Sestra má čas

na práci, vždy má k ruce ještě jednu sestru, se kterou se může vždy poradit. Na standardním oddělení je jedna sestra na dvacet pět pacientů a nemá takové finanční ohodnocení jako sestry z intenzivní péče. Ty se často nad těmito sestrami povyšovaly, kvůli větší prestiži, lepšímu finančnímu ohodnocení, ale myslím, že to bylo a je nespravedlivě ohodnoceno. Sestry ze standardního oddělení mnohdy vykonávají mnohem více práce, musí si umět stejně rychle poradit a jsou na veškerou práci samy. Konflikty vznikaly při rozdělování směn. Sestry se hádaly, kdo bude sloužit o svátcích, víkendech, kdo půjde na noční směny. Dalším problémem je ženský kolektiv. Pomluvy, hádky, sestry si vidí do soukromí, je třeba mít nekompromisní vedení, které si umí zjednat pořádek. Já jsem se tohle snažila brát vždy s nadhledem a být spravedlivá.“

Pořádají se na Vašem pracovišti školení ohledně syndromu vyhoření?

R1: „Za čtyřicet pět let, co jsem působila ve zdravotnictví, byly pravidelné semináře, které se konaly každý měsíc na různá témata, syndrom vyhoření byl také jedním z nich. Naše vrchní sestra si velmi zakládala na tom, abychom byly o všem informovány. Každá sestra měla jiný přístup, některá šla ráda, některá s donucením. Starší sestry většinou semináře odmítaly, ale když měl někdo nějaké psychické problémy na pracovišti, tak to byly většinou tyto sestry, které si nikdy nechtěly nechat poradit. Já mohu dnes říct, že díky školením a kurzům, které jsem absolvovala, dokážu pomoci své rodině a popovídat si s nimi o problémech, které je trápí.“

A: Jak profesi zdravotníků ovlivnil Covid-19?

R1: „Dnes musí sestra ovládat technologie, vše je v digitální podobě, a pokud je sestře padesát nebo šedesát let, myslím, že by to v ní mohlo vyvolávat stres, mohla by mít pocit, že zklame, že něco nezvládne. Mladé sestry jsou v době moderních technologiích vychované, není to pro ně problém. Myslím, že v době pandemie by mohly vyhořet starší sestry, které nestíhají velký nátlak, vždy byly pečlivé, ale pomalejší, nemají už tak rychlé myšlení jako mladé sestry, jenže mladé sestry nemají takové zkušenosti jako ty starší. Já vždy při rozdělování směn dávala jednu starší sestru, která všechno vymyslela a jednu mladší, která všechno oběhala. Mladé sestry přiházejí s inovacemi a starší se nechtějí nechat zahanbit a snaží se jim ještě vyrovnat.“

Příloha 2: Rozhovor s druhou zdravotní sestrou

A: Autor práce

R2: Respondentka č. 2

A: Měla jste nějakou motivaci k vykonávání povolání zdravotní sestry?

R2: *„To, že jsem se dostala na střední zdravotnickou školu, byla spíše náhoda. Mým přáním bylo jít na průmyslovou školu, ale kamarádka mi řekla, že se u nás otevírá zdravotnická škola, tak jsem chtěla jít s ní. Podaly jsme si tedy přihlášku. Nebylo jednoduché se na školu dostat, protože o ni byl velký zájem. Ale nám dvěma to vyšlo. Jinak si myslím, že jsem v sobě měla vždy touhu se o někoho starat, o někoho pečovat. Jsou lidé, kteří by sestru dělat nemohli, já pro to předpoklady měla, proto jsem se tomu nebránila.“ Vždy jsem chtěla být forenzní patolog.“*

A: Měla jste nějaká očekávání a cíle, kterých jste chtěla dosáhnout?

R2: *„Když jsem nastupovala po střední škole do nemocnice, neměla jsem žádná očekávání. Jediným mým cílem bylo pomáhat lidem. Mě baví práce s lidmi, nikdy jsem se nechtěla dostat na vyšší pozici, třeba staniční sestry nebo vrchní sestry, kde bych musela o něčem rozhodovat, vést administrativu, to ne, to mě nelákalo. Práce vrchní je víceméně o papírování a musí zvládat požadavky od sester i lékařů, což může být někdy stresující.“*

A: Pociťovala jste na sobě v průběhu své kariéry stres?

R2: *„Vzhledem k tomu, že dělám v současné době na dětském oddělení na ambulanci, mohu říct, že mi ubylo mnohem více starostí, než jsem měla na ARU. Tam musí být člověk rychlý a přesný, aby neohrozil pacienta. Odtamtud jsem si nosila starosti domů, byla jsem unavená, měla jsem zažívací obtíže, měla jsem strach o pacienty, bylo to opravdu náročné. Člověk se ale musel naučit přes to přenést. Stres jsem měla také v době, když jsem nastoupila do práce po mateřské dovolené. Byla jsem doma devět let, a po takové době jsem nevěděla, jestli si všechno dobře pamatuji, zda všechno umím, nebo alespoň základ, nevěděla jsem, jaké mám mezery, bála jsem se, jak všechno budu zvládat, nechtěla jsem udělat chybu. Podobnou situaci jsem měla vždy, když jsem změnila oddělení a byly na mě kladeny jiné nároky. Práce mě baví, těším se do ní, vybrala jsem si ji, tak jsem se vždy dokázala vzchopit a mohu říct, že o syndromu*

vyhoření vím jen díky rozhovorům se svými kolegyněmi. Já jsem se s ním nikdy nepotýkala a snad ani nikdy nebudu.“

A: Prevence?

R2: „Nejraději pracuji na zahrádce, sázím kytky, starám se o skleník, chodím na procházku se psem, jezdím na kole. Důležitou roli hraje rodinné zázemí. Jsem ráda, že mám manžela, který mě dokáže podpořit, popovídá si se mnou o problémech, poradí mi. Věnuji se domácím pracím, ráda vařím, starám se o dcery.“

A: Vybrala byste si Vaše povolání znovu?

R2: „Ano, vybrala bych si ho bez váhání, líbí se mi, naplňuje mě, dostala jsem se tam, kam jsem měla. Během kariéry jsem chvíli uvažovala o změně pracoviště, ale vzhledem k tomu, že nemocnice Příbram je nejbliž domovu, zůstala jsem.“

A: Těšíte se do práce?

R2: „Jak kdy, někdy jsou horší dny, kdy bych si potřebovala odpočinout, a někdy mám zase přebytek energie a do práce se těším.“

A: Jaká jsou negativa a pozitivna při zaměstnání zdravotní sestry?

R2: „Negativa shledávám ve chvíli, když pracuji na těžkém oddělení a vím, že člověku nelze pomoci. Může to být mladý člověk, který má celý život před sebou a onemocněl nevléčitelnou nemocí, to je občas těžké přijmout, ale musela jsem se s touto realitou smířit a vždy se přes ni přenést. Teď pracuji na ambulanci na dětském oddělení a tam taková negativa nevidím, děti jsou pod kontrolou, jsou dispenzarizované a nejsou v ohrožení života. Negativem by mohly být rozhovory s rodiči. Ne každý medicíně rozumí, a přesto chce radit lékařům a sestřám co mají dělat a domnívají se, že pro jejich rodinného příslušníka děláme málo. S některými lidmi se nedomluví ani na obyčejných věcech. Dalším negativem mohou být stížnosti od pacientů nebo jejich rodin, kteří se domáhají soudu. Pozitivní je, když vidím uzdraveného pacienta odcházet domů. Naplňuje mě dobrý pocit, že jsme mu dokázali pomoci.“

A: Znáte někoho, kdo trpěl syndromem vyhoření?

R2: „*Moje kolegyně zrovna odchází z našeho oddělení. Nemyslím si, že by byla v posledním stádiu vyhoření, ale byla vyčerpána jak po stránce fyzické, tak psychické. Příznaků měla opravdu mnoho. Nesnesla už malé děti.*“

A: Jaký je Váš pracovní kolektiv?

R2: „*Na našem oddělení je pět zdravotních sester, se kterými vycházím moc dobře. Samozřejmě na větších odděleních nebo náročnějších, kde musí být více zdravotních sester, je téměř vždy nějaký problém. Zažila jsem hádky, pomluvy, třicet sester se neshodne na jedné věci, komunikace je náročnější, ale to dost záleží na vrchní sestře, jak si s touhle situací poradí, aby chod pracoviště fungoval tak, jak má. Důvodem hádek byly především směny, kdo bude kdy sloužit. Častěji jsou součástí kolektivu také muži. Čím menší kolektiv, tím spolu sestry vychází lépe, aspoň u mě to tak bylo vždy.*“

A: Zažila jste rivalitu mezi zdravotními sestrami?

R2: „*V současné době mám pocit, že se naše vrchní sestra rozhodla nedělat pro nás sestry vůbec nic. Nelze ji zastihnout, prakticky ji nevidíme, pokud s něčím potřebujeme poradit, nikdy ji neseženeme. Samozřejmě, má odlišné názory, já se s ní vždy snažím domluvit, nechci s ní mít konflikt, ale několik hádek jsme už spolu měly. Z její strany cítím velkou rivalitu vůči nám, myslím, že nám chce dát najevo, že ona je šéf. Nikdy nás ale nezesměšňovala, neměla nadstandardní požadavky, nedělala naschvály, jen jednou chodila kontrolovat kolegyni, čekala, jestli udělá chybu. Je hodně urážlivá, pokud má s někým rozepři, dokáže s ním měsíc nemluvit. Hodně záleží na povaze sestry. Já se vždy snažím vše domluvit nejdříve normálně, bez hádek.*“

A: Pořádají se na Vašem pracovišti školení ohledně syndromu vyhoření?

R2: „*Ano, pořádají se dobrovolné přednášky o syndromu vyhoření. Nejsou moc časté, ale pořádají se.*“

A: Jak profesi zdravotníků ovlivnil Covid-19?

R2: „*Myslím, že po psychické stránce jsou na tom hůř lidé, kteří v současné době nemohou chodit do práce. Já jsem se nebála, že se nakazím, neměla jsem z toho hrůzu, ale jsou tam tací, kteří se velmi bojí a byli by nejradši, kdyby se oddělení zavřela. Řekla bych, že je velké riziko syndromu vyhoření u zdravotníků, kteří se nákazy extrémně*

bojí, nebo u starších ročníků. Na odděleních, kde jsou pacienti v opravdu těžkých stavech, hraje stres velkou roli. Tam záleží na tom, jak k tomu člověk přistupuje a na jakém oddělení pracuje. Teď si syndrom vyhoření asi nikdo nepřipouští, ale myslím, že až se zlepší aktuální situace, mnoho lidí ze zdravotnictví odejde, nebo alespoň změní oddělení.“

Příloha 3: Rozhovor s prvním lékařem

A: Autor práce

R3: Respondent č. 3

A: Co Vás motivovalo k vykonávání Vašeho povolání lékaře?

R3: „Já jsem ve čtvrtém ročníku na gymnáziu ještě nevěděl, čemu bych se chtěl věnovat. Bavila mě historie, přemýšlel jsem nad archeologií, ale nebyl jsem si tím jist. V rodině jsem neměl žádného předchůdce, žádný vzor, kdo by pracoval ve zdravotnictví. Až na třídních schůzkách řekla moje paní učitelka mamince, že se na archeologii nehodím, že mě vidí na lékaře nebo veterináře, díky dobrému vztahu k lidem. Já jsem nad tím několik dní uvažoval, a potom jsem si řekl, vždyť vlastně ano, tohle bych dělal moc rád. Té myšlenky jsem se držel a už jsem z ní neuhnul. I když jsem se po gymnáziu nedostal na medicínu, zůstal jsem v nultém ročníku a za rok jsem se dostal. Motivací tedy byla moje paní učitelka a já jsem jí dodnes vděčný. Byla to moje správná životní cesta.“

A: Očekával jste něco od medicíny, měl jste cíl, kterého byste rád dosáhl?

R3: „Já jsem nastupoval v devatenácti letech, a to jsem žádná očekávání neměl. Moc mi pomohl rok, kdy jsem v nultém ročníku pracoval jako sanitář a ztratil jsem falešné představy o medicíně, které jsem získal z televize. Během provozu jsem pochopil, jak moc těžké povolání s velkým osobním odříkáním medicína je. Jednoznačným cílem pro mě bylo léčit lidi a pomáhat jim. To mi dělalo velkou radost. Dílčím cílem bylo dělat chirurgii.“

A: Zažil jste období kariéry, kdy jste měl stres?

R3: „Ano, samozřejmě. Stres jsem pociťoval často, když jsem byl nevyspalý po noční službě a musel jsem jít operovat. Dále jsem zažil špatné vztahy na pracovišti. Velmi mě to psychicky vyčerpávalo, musel jsem svou energii věnovat jinam, než jsem mohl. Stres jsem měl také v době, kdy jsem řešil rodinné problémy. Snažil jsem se je nenosit do práce, ale musel jsem věnovat spoustu energie do toho, abych na ně nemyslel. Pokud jsem šel operovat na sál, vždy jsem své problémy musel vyhnat z hlavy. Problémy se stupňovaly v době, kdy jsem se rozváděl a můj nadřízený chtěl dosadit na mé místo svého kamaráda a mě eliminovat. Čekal na mou chybu, kontroloval mě, dělal

mi nepříjemnosti, dalo by se tomu říct šikana. Toto není dáno oborem, ale lidským faktorem. Práci jsem si nosil domů, přemýšlel jsem, jestli jsem při operaci neudělal něco špatně, volal jsem do nemocnice, jak se pacientovi daří, jestli nekrvácí. K syndromu vyhoření u mě nikdy nedošlo, mně dělá radost práce s lidmi. Pacient pozná, když lékaři na něm záleží a mně na nich záleželo vždy. To mě drželo nad vodou.“

A: Co jste dělal pro to, abyste se vyhnul stresu?

R3: „Aby člověk mohl zvládnout medicínu a neměl krizi, nebo syndrom vyhoření, musí mít pozitivní vztah k lidem a ostatní lidé musí pozitivní myšlení opětovat. Musí mít rád lidi, bez toho je to šílenost. Můj kolega neměl rád lidi, sestřičky ho rozčilovaly, říkal, že největším nepřítelem doktora je zdravotní sestra, a nakonec spáchal sebevraždu. Další prevencí je jednoznačně sport, pozitivní myšlení, spánek, zdravá výživa, motivující knihy. Jednou větou zdravý životní styl. Medicína mi dala smysl života. Pokud přijde těžce raněný pacient, stanovím diagnózu, jdu ho operovat, bez operace by pacient zemřel. Za několik dní jde domů zdravý, vrací se ke své rodině, ke svým zájmům. To je strašně hezký pocit, který mi dává sílu do další práce, i když to někdy opravdu nebylo lehké.“

A: Vybral byste si Vaše povolání znovu?

R3: „Určitě vybral. Je to pro mě nádherné povolání, které mi dává smysl života. Má to ale dvě podmínky, musím mít rád lidi a musí mě naplňovat pomáhat lidem. Každý jsme jiný a měli bychom se řídit vnitřním senzorem, který nám říká: Ano, to je tvoje správná cesta. Já jsem neskonale vděčný paní profesorce, která mě znala, otevřela mi okno a já už šel jen tou cestou.“

A: Těšíte se do práce?

R3: „Těším. Jsou dny, kdy se těším více, kdy méně, ale neměnil bych. Povolání lékaře mi přineslo spoustu krásných vztahů s kolegy i pacienty.“

A: Jaká jsou negativa a pozitiva při zaměstnání lékaře?

R3: „Medicína je často na úkor rodiny. To je největší negativum. V práci jsem strávil spoustu času, když jsem se vrátil po noční, musel jsem jít spát a nemohl jsem se věnovat rodině. Musíš mít k sobě životního partnera, který to respektuje, vnímá, chápe a vytvoří

podmínky pro to, abys svou práci mohl vykonávat. Další věcí je, že toto povolání nebylo řádně ohodnoceno, o tom jsem přesvědčený, obzvláště v té době, kdy jsem začínal, ale mně to nikdy nevadilo, nemůžu si stěžovat, že bych se měl někdy špatně. Pozitivní na medicíně je vidět vyléčené pacienty, jak odchází domů.“

A: Znáte někoho, kdo trpěl syndromem vyhoření?

R3: „Zrovna mám na pracovišti jednoho kolegu, který má těžkou depresi. Je v péči psychiatra. Poznáš to na něm na první pohled. Je bez mimiky, bez emocí.“

A: Jak byste popsal svůj pracovní kolektiv?

R3: „Nemůžeš vycházet s kolegou, který s tebou nechce vycházet a nechová se k tobě kolegiálně. I když profesionálně při operaci s tebou vycházet musí. Já jsem s drtivou většinou kolegů vycházel dobře. Taky jsem se potkal s kolegy, kteří lžou, podvádí, ale s takovými jsem žádné osobní vztahy neudržoval, profesně jsem s nimi vyjít musel.“

A: Potýkal jste se někdy s rivalitou na pracovišti?

R3: „Rivalita na pracovišti je obrovská. Lékaři jsou lidé, kteří prahnou po kariéře, chtějí za každou cenu vedoucí místo. Někteří kolegové používají metody, ke kterým bych se v životě nesnížil. Donáší na své kolegy, pomlouvají, dělají naschvály. Je to však důsledek jejich charakterových vlastností.“

A: Mohl byste popsat vztah nadřízeného k podřízeným?

R3: „Toto je strašně důležité. Osoba šéfa na oddělení rozhoduje v podstatě o všem. Vytváří atmosféru na pracovišti. Lidé, kteří jsou s ním denně, vidí, jestli se chová spravedlivě, jestli někoho upřednostňuje, jestli dělá to, co sám říká. Primář na oddělení je zásadní osoba. Lékař nemůže být nikdy dobrý chirurg, když ho primář nenechá operovat. On rozhoduje úplně o všem. Může lékařům práci znechutit.“

A: Pořádají se na Vašem pracovišti školení ohledně syndromu vyhoření?

R3: „Ano, pořádají.“

A: Jak těžké je vycházet s pacienty?

R3: „V životě jsem vyšel snad s každým pacientem. Někdy to bylo hodně těžké a musel jsem zatnout zuby. Lidé se chovají neobjektivně, vždy musíš s pacientem vycházet pozitivně, nikdy ne direktivně, to je konec. Je to individuální. Lidé někdy využijí chyby

lékaře nebo zdravotní sestry a žalují zařízení, protože chtějí vysoudit peníze. Tím ale nezpochybňuji, že některý pacient je těžce poškozen zdravotnictvím, to se stávalo a stávat bude. Zdravotník za to musí být zodpovědný a musí přijmout svůj podíl viny. Chyby se dělají všude.“

A: Myslíte si, že se kvůli Covidu-19 zásadně změní psychika lékařů a zdravotních sester?

R3: „Teď si myslím, že se nic zásadního nemění. Jediné, co se změnilo je to, že se neléčí plánovaně, ale léčí se pouze Covid-19. Doba postkovidová lékařství zasáhne rozhodně. Těžké je to pro sestry, které jsou starší, musí být celou noc na nohou a ráno jsou vyčerpané. Sestry jsou často přetěžované, to je může poznamenat na jejich psychice.“

Příloha 4: Rozhovor s druhým lékařem

A: Autor práce

R4: Respondent č. 4

A: Co Vás motivovalo k vykonávání Vašeho povolání lékaře?

R4: „*V podstatě mě donutil můj otec. Já chtěl být veterinář. On říkal, že dokud mě bude žít, musím dělat, co chce on. Na medicínu jsem šel s pocitem, že mi nic jiného nezbyvá. Podlehl jsem tlaku rodičů, byl jsem velice poslušné dítě.*

A: Měl jste od medicíny nějaká očekávání a cíle?

R4: „*Já se poprvé na medicínu, kvůli daným okolnostem, nedostal. Rok jsem pracoval v nultém ročníku. Ještě jsem se pokoušel udělat vzdor proti otci, abych neudělal vše jen podle něj a vybral jsem si dětské lékařství. Neměl jsem vůbec žádná očekávání. Chtěl jsem splnit očekávání svých rodičů. Cíle jsem měl. Medicína mě začala bavit, jakmile jsme začali chodit na klinické obory, kde jsem se setkával s pacienty, uvědomil jsem si, že mám veliký talent, empatii, že jsem oblíbený u pacientů, a to mi dalo zpětnou vazbu, dostal jsem odměnu. Dal jsem si za cíl být průvodcem jejich nemocí. Největším mým cílem bylo dělat dětskou anestezii, později anestezii. Ve třiceti letech jsem si řekl, že chci jet léčit do zahraničí, to se mi splnilo a odjel jsem do Švédska, kde jsem do dnes. Důležité je si určit cíl a datum, kdy chcete cíle dosáhnout.“*

A: Pociťoval jste někdy stres?

R4: „*Trpěl jsem kancerofobií, snažil jsem se zbavit svých strachů, chtěl jsem jít tam, kde se rakovina léčí, abych se fobie zbavil. Vždy jsem se bál akutních stavů, nevěřil jsem si, že budu umět dokonale pomoci pacientovi. Po nástupu do švédské nemocnice jsem se cítil jako otrok. Měl jsem velký počet nočních služeb, které byly mnohem náročnější než v Čechách. Začátek byl opravdu krutý, byl jsem vyčerpaný, nikoho jsem neznal, musel jsem se naučit mluvit anglicky. Dnes vím, že když se chci v něčem vyvíjet, musím opustit svou komfortní zónu. Stres jsem pociťoval absolutně. Anestezie se velmi podobá smrti, tudíž nesmím udělat jedinou chybu, mám obrovskou zodpovědnost za život pacienta. Největší chyba může nastat, když lékař přestane být ostražitý. Celý svůj život jsem trpěl úzkostí. Měl jsem stavy neuspokojenosti života, myslel jsem si, že jsem k ničemu, že nemám žádnou hodnotu, měl jsem obavu, že jsem zbytečný člověk. Cítil*

jsem smutek, bezvýchodnost, bezcennost. Tyto stavy se čím dál víc prohlubovaly a upadal jsem do nich čím dál častěji. Ztratil jsem chuť k životu. Nikdy mi nevyhovovaly noční směny, byl jsem velmi unavený a bylo mi hůř a hůř. V tu dobu mě požádali z jiného oddělení, zda bych jim mohl pomoci, že jsou se mnou moc spokojení. Slibovali mi jen velké případy, ale nakonec jsem dělal vše, z toho jsem byl frustrovaný. Byl jsem velký workoholik, ale cítil jsem, že je toho na mě už moc. Chtěl jsem si vzít život, bylo mi špatně psychicky i fyzicky. Podle výsledků z vyšetření jsem zjistil, že jsem hluboce deprimovaný. I když jsem lékař, sobě jsem nedovedl pomoci. Paní doktorka mi nařídila, ať jenom spím. Byl to jasný případ syndromu vyhoření. Já bych si nikdy nedovolil sám od sebe odpočívat, byl jsem vychovaný pořád něco dělat. Nedovedl jsem si ulevit, bylo pro mě nemožné válet se jen v posteli. Začal jsem užívat antidepressiva, i když jsem byl zásadně proti lékům, a byl jsem ve stoprocentní neschopnosti několik měsíců. Později jsem navštěvoval kurz Rovnováha v životě, který vedla psychoterapeutka a pomáhala jí rehabilitační sestra. Věnovali jsme se duševní hygieně cvičili jogu, tai-chi, qigong, nacvičovali jsme relaxační dýchání. To mi velice pomohlo. Psychoterapeutka mi doporučovala, abych pracoval už jen na 60 %, abych dosáhl životní rovnováhy. Když se ohlédnu zpátky, tak jsme v naší rodině dělali všechno špatně. Vůbec jsme nesportovali, neměli jsme mezi sebou lásku, byli jsme jako roboti. Snažil jsem se pouze o výkon a takhle to dopadlo. Po stanovení diagnózy syndromu vyhoření se mi opravdu ulevilo. Po čase se mi udělalo lépe. Přišla za mnou má nadřízená, jestli bych už nemohl pracovat znovu na 100 %, já to přijal, i když jsem se necítil, a opět se mi vše vrátilo. Skončil jsem na psychiatrii, byl jsem přetížený. Bylo mi doporučeno změnit obor, nebo pracovat na méně procent. Přešel jsem do jiné nemocnice, kde je pouze ranní chirurgie a stal jsem se primářem. Nebyly zde žádné noční ani víkendové směny.

A: Prevence?

R4: „Být doma, vzpamatovat se a několik měsíců nepracovat, jen odpočívat, psychoterapie, tělesná rehabilitace, schůzky s psychologem. Musel jsem pochopit situaci, uvědomit si, že trpím syndromem vyhoření. Mnohokrát jsem si myslel, že příčinou vyhoření a úzkostí je práce, ale pak jsem došel k závěru, že to mohu mít v genech. Až když jsem toto přijal, nesmírně se mi ulevilo, přestal jsem hledat novou práci, přestal jsem si stěžovat, že toho mám moc a pracuji tak, aby mi bylo dobře.

Zpětně jsem si uvědomil, že má matka byla celý život hluboce deprimovaná. Měla všechny symptomy. Pravidelně chodím do posilovny a na procházky, důležité je chodit ven na vzduch, sport je nejlepším antidepressivem. Snažím se jíst zdravě, mám přátele, starám se o zvířata, vzdělávám se, čtu, poslouchám rádio, 7 let chodím na kurz němčiny, jezdím na dovolenou za teplem. Díky kurzu jsem se naučil odpočívat a být v životní rovnováze.“

A: Vybral byste si Vaše povolání znovu?

R4: „Určitě. Kdybych znovu začínal studovat medicínu, vybral bych si ortopedii.“

A: Těšíte se do práce?

R4: „Teď se cítím šťastný a těším se do práce. Nedá se to srovnávat se dny, kdy bych si vzal raději život, než abych šel do té blbě práce.“

A: Jaká jsou negativa a pozitivna při zaměstnání lékaře?

R4: „Ze své zkušenosti jsou velká negativa noční služby. Člověk není biologicky noční živočich. Nejhorší je střídání nočních a denních směn. Nikdo nám tohle nedokáže zaplatit penězi, říká se, že noční práce zkracují život. Negativem je také to, že zaměstnavatel chce ze zaměstnance vysát vše, co jde. Medicína je obrovský stres a zodpovědnost. Ubíjejí mě nezodpovědní lidé, lidé, kteří nepečují o své nemoci, cukrovkáři, kteří neléčí svou cukrovku, kardiologičtí pacienti, kteří nedodrží životosprávu, neberou léky. Kdyby se všichni o sebe starali tak, jak mají, nemuseli bychom mít tolik práce. Pozitivem je, že medicína je považována za zaměstnání číslo jedna, jsi uznávaná, máš velkou prestiž, lidé z tebe mají dobrý pocit. Já za největší pozitivum považuji to, že se dozvím vše o svém těle, vím, jak mám žít, jak důležitý je pohyb. Já se jako malý bál lékařů, přišlo mi ponižující se svlékat a nechat se vyšetřit, nechápal jsem, proč se lékař také nesvlékne. Považoval jsem se za podřazeného, on věděl to, co já ne. Dnes už vím také. Tam, kde nyní pracuji, jsme jako rodina, mohu se na ně obrátit s jakýmkoliv problémem.“

A: Jaký je Váš pracovní kolektiv?

R4: „Jeden čas jsem pracoval pod paní primářkou a pod jejím vedením jsem se cítil jako otrok, jednala s námi jako s dobyt看kem. Byla psychopatka, jednala jen se svými oblíbenými lidmi a ostatní neměli šanci, i kdyby byli sebelepší. Chovala se k nám tak,

jako bychom nic neuměli, deptala nás a neukázala nám z toho cestu. Nejprve jsem si myslel, že je to moje chyba, že jsem tak špatný. Bylo mi z toho velice nepříjemně, měl jsem úzkosti, musel jsem na psychoterapii. Nejdůležitější v kolektivu je primář, který by měl vytvářet příjemné pracovní prostředí. Ve Švédsku jsem nyní s kolektivem moc spokojený.“

A: Panuje na pracovišti rivalita mezi lékaři/zdravotními sestrami?

R4: „Rivalita na anestezii nemá své místo, není možná. Nikdo není perfektní, a když se něco nepovede, kolega tě musí okamžitě zastoupit. Ve Švédsku je rivalita mnohem menší než v jiných zemích. Zde se snaží o týmovou hru, pokud se tím někdo z týmu neřídí, okamžitě se to řeší. Rivalitu jsem zažil v České republice.“

A: Pořádají se na Vašem pracovišti školení ohledně syndromu vyhoření?

R4: „Myslím si, že nauka o rovnováze v životě by měla být součástí vzdělávání nejlépe od mateřských škol. Ve společnosti dochází k obrovskému tlaku na výkonnost. Ve Švédsku je cílem odstranit veškerou papírovou dokumentaci a vést vše v digitální podobě, abys měl ke všemu okamžitý přístup. Technika začíná předbíhat starší ročníky. Ve Švédsku narůstají obrovským způsobem pracovní neschopnosti z důvodu psychických problémů. Lidé jsou přepracovaní, pracují víc, než dokážou zvládnout. Myslím si, že v budoucnu si zaměstnavatelé uvědomí, že se bude muset změnit pracovní doba, protože lidský organismus není na úrovni techniky.“

A: Jak profesi zdravotníků ovlivnil Covid-19?

R4: „Problém nastává, pokud se zdravotnictví stává politickou záležitostí. Státní zdravotnictví je servis společnosti. Jsou u nás zavedeny online porady, ale schází nám společenský kontakt. Pozitivem je, že více plánujeme časy, kdy mají pacienti přijít, aby se nesešli v čekárně všichni najednou.“