

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta  
Katedra sociální patologie a sociologie

# Syndrom vyhoření ve zdravotnictví

## Bakalářská práce

Autor: Lucie Hvězdová  
Studijní program: B 7507 Specializace v pedagogice  
Studijní obor: Sociální patologie a prevence  
Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.



## Zadání bakalářské práce

<b>Autor:</b>	<b>Lucie Hvězdová</b>
Studium:	P14P0482
Studijní program:	B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální patologie a prevence
<b>Název bakalářské práce:</b>	<b>Syndrom vyhoření ve zdravotnictví</b>
Název bakalářské práce AJ:	Burnout syndrome in health care

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Bakalářská práce se zabývá syndromem vyhoření u zdravotních sester. V teoretické části jsou rozebrány rizikové a protektivní faktory spojené se syndromem vyhoření, jeho projevy, důsledky, fáze a komorbidita. Dále je věnována pozornost stresu, frustraci a sociální opoře v etiopatogenezi syndromu vyhoření. Empirická část zjišťuje závažnost syndromu vyhoření u zdravotních sester. Výzkumná metoda: standardizovaný dotazník (SOC 29, SDS, STRESS PROFILE).

HERMAN, Erik a Pavel DOUBEK. Deprese a stres: Vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy. 1. vyd. Praha: Maxdorf Jessenius, 2008. ISBN 978-80-7345-157-8. HERMAN, Erik, Ján PRAŠKO a Dagmar SEIFERTOVÁ. Konziliární psychiatrie. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2007. ISBN 978-80-903708-9-0. JANŮ, Luboš. Chronický únavový syndrom. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-416-0. MIKŠÍK, Oldřich. Psychika osobnosti v období závažných životních a společenských změn. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1600-1. PONĚŠICKÝ, Jan. Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění. 1. vyd. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-518-3. PRAŠKO, Ján a kol. Chronická únava. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-139-5. PTÁČEK, Radek, Libuše ČELEDOVÁ a kol. Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1998-9. PTÁČEK, Radek, Jiří RABOCH, Vladimír KEBZA a kol. Burnout syndrom jako mezioborový jev. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-5114-6.

Garantující pracoviště:	Katedra sociální patologie a sociologie, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.
Oponent:	prof. PhDr. Blahoslav Kraus, CSc.
Datum zadání závěrečné práce:	5.1.2016

**Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce PhDr. Stanislava Pelcáka, Ph.D. samostatně a uvedla všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové .....

.....  
Lucie Hvězdová

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. Stanislavu Pelcákovi, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady, připomínky, poskytnuté materiály, které mi věnoval při psaní této práce. Dále bych chtěla poděkovat těm, kteří jakýmkoliv způsobem přispěli ke vzniku této práce. Především respondentům výzkumu za jejich čas a trpělivost při vyplňování dotazníků.

## **Anotace**

HVĚZDOVÁ, Lucie. *Syndrom vyhoření ve zdravotnictví*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2017. 49 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá syndromem vyhoření a jeho souvisejícími jevy ovlivňující osoby pracující ve zdravotnictví. Teoretická část pojednává o psychické zátěži a stresu jako příčinách syndromu vyhoření. O možných psychických důsledcích výkonu profese, kterými mohou být deprese, chronický únavový syndrom nebo již zmíněný syndrom vyhoření. Dále o salutoprotektivních faktorech syndromu vyhoření - resilienci, sociální opoře nebo copingu. Empirická část mapuje psychické důsledky výkonu profese a moderující vliv salutoprotektivních faktorů u zdravotních sester. Kvantitativní výzkum je tvořen standardizovaným dotazníkovým šetřením pomocí metod - Stress Profile, SDS a SOC.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, stres, psychická zátěž, resilience, sociální opora

### **Annotation**

HVĚZDOVÁ, Lucie. *Burnout syndrome in health care*. Hradec Králové: Faculty of Education Univerzity of Hradec Králové, 2017. 49 p. Bachelor thesis.

Annotation Bachelor thesis is focused on burnout syndrome and related phenomena which influences health care workers. The theoretical part describes mental stress and stress as a reason of burnout syndrome. Other possible psychology consequences during working performance can be Depression, Chronic fatigue syndrome or aforementioned Burnout syndrome. The theoretical section continues with salutoprotective factors - resilience, social support or coping. The empirical part is mapping psychological consequences of the work performance of nurses and their moderates influence salutoprotective factors. Quantitative research is formed by standardized surveys - Stress profile, SDS and SOC.

Keywords: Burnout syndrome, stress, psychological burden, resilience, social support

## Obsah

Seznam zkratk	8
Úvod	9
1 Psychická zátěž a stres jako příčina syndromu vyhoření	10
1.1 Psychická zátěž a stres	10
1.2 Rizikové faktory ovlivňující výskyt syndromu vyhoření	17
2 Psychické důsledky výkonu profese	20
2.1 Syndrom vyhoření	21
2.2 Deprese	24
2.3 Chronický únavový syndrom	26
3 Resilience a prevence syndromu vyhoření	28
3.1 Resilience	28
3.2 Proaktivní zvládnání stresu	29
3.3 Sociální opora	30
3.4 Salutoprotektivní faktory životního stylu	32
4 Smysl pro soudržnost v etiologii syndromu vyhoření	35
4.1 Výzkumný problém, cíl šetření a hypotézy	35
4.2 Výzkumný soubor a procedura	35
4.3 Popis použitých metod	37
4.3.1 Stress profile	38
4.3.2 Sebeposuzovací stupnice deprese (SDS)	39
4.3.3 Nezdolnost typu SOC	39
4.4 Výzkum a výsledky	40
4.4.1 Deprese jako možný ukazatel syndromu vyhoření	40
4.4.2 Vztahy mezi nezdolností smyslu pro soudržnost a vybranými ukazateli zdraví	41
4.5 Souhrn	43
5 Závěr	44
Seznam tabulek	45
Seznam grafů	45
Seznam použitých zdrojů	46

## **Seznam zkratek**

BOS - Burnout syndrome

CFS – Chronický únavový syndrom

GAS - General Adaptation Syndrom

MKN 10 – Mezinárodní klasifikace nemocí

SOC – Smysl pro soudržnost

WHO – Světová zdravotnická organizace



## Úvod

Žijeme v hektickém 21. století a téměř všichni za něčím spěcháme, do zaměstnání, za rodinou či za přáteli. Máme málo času a také pocit, že den je příliš krátký. Zažíváme zátěž, často i stres, z kterého pramení nejen vyčerpání. Ovšem většina těchto lidí ještě zdaleka netuší, co je v budoucnosti může potkat. Největší nápor zažíváme v zaměstnání, však si uvědomme, kolik času v něm trávíme, jaké jsou na nás kladeny požadavky a nároky. Ať jsme manažery, učiteli nebo zdravotními sestrami. Třebaže je toto téma již hodně prostudováno, domnívám se, že je stále mnoho informací a souvislostí, které je třeba odhalit či více zdůraznit. Díky tomu lze těmto jevům lépe čelit a negativním důsledkům se vyhnout.

Z výše zmíněných důvodů je volba tématu bakalářské práce – syndrom vyhoření. Skládá se z teoretické a empirické části, kde se dozvíme mnohé o tomto jevu. Cílem práce je analyzovat vybrané faktory proaktivního zvládnání zátěže a stresu, zahrnují resilienci, coping a další protektivní faktory životního stylu zdravotních sester.

Teoretická část je rozdělena na tři výstižné kapitoly, které obsahují několik podkapitol. V první kapitole je třeba definovat příčiny syndromu vyhoření, jsou jimi psychická zátěž a stres. Následující kapitola je věnována podrobnějšímu popisu syndromu vyhoření, depresi a chronickému únavovému syndromu. Poslední kapitola teoretické části obsahuje protektivní faktory syndromu vyhoření, jako je resilience, coping nebo sociální opora.

Empirická část se věnuje taktéž syndromu vyhoření, spojeného s depresí a psychickou odolností. Prováděna je pomocí tří standardizovaných dotazníků a tázání jsou právě zdravotní sestry. Důvod oslovení respondentek v nemocnicích a ordinacích je prostý. Dle mého názoru jsou zaměstnanci zdravotnictví (nejen zdravotní sestry) vystavováni opravdu velkému psychickému náporu, stejně tak jako zaměstnanci jiných pomáhajících profesí. Také Ptáček, Čeladová ve své knize uvádějí tuto skupinu respondentů jako vysoce rizikovou. Výzkumným cílem bakalářské práce je zmapovat psychické důsledky výkonu profese a možný moderující vliv salutoprotektivních faktorů životního stylu (sociální opora, resilience a coping) s důrazem na syndrom vyhoření u pracovníků ve zdravotnickém zařízení.

# 1 Psychická zátěž a stres jako příčina syndromu vyhoření

Při pojmech psychická zátěž či stres se každému vybaví jiné životní události. Těžko však před těmito událostmi dokážeme uniknout. Každý z nás se alespoň jednou ocitl v nepříjemné nebo těžké životní situaci.

Následující kapitola obsahuje základní informace ohledně výše zmíněných pojmů. V kapitole ohledně psychické zátěže, si povíme její vznik, formy, stresory vzniku. V kapitole o stresu to pak budou příčiny vzniku, eustres a distres, nebo co to jsou stresory a salutory.

Pokud nejsou zátěž i stres jakýmkoliv způsobem zvládnány, často se stávají příčinami nejen syndromu vyhoření, ale také jiných negativních jevů. O těchto jevech se zmíním později.

## 1.1 Psychická zátěž a stres

Podle Mikšíka (2009 s. 32) je psychická zátěž vyhocený vztah mezi psychikou subjektu a situačními nároky vnějšího okolí. *„Zátěž tedy vzniká v důsledku nesouladu mezi požadavky a podmínkami na jedné straně a vlastnostmi a stavem člověka na straně druhé.“* (Štikar a kol. 2003, s. 74) Dalo by se tedy říci, že zátěž je jakýsi konflikt mezi osobností jedince a prostředím, v kterém se jedinec nachází. Tento vnitřní konflikt vede k psychickému selhání a desintegraci osobního potencialu. Podobně pak definuje Hošek (1994, s. 53) náročné životní situace. *„Náročné životní situace jsou spouštěčem a stimulatorem adaptačních dějů, které jsou neodmyslitelným činitelem vývoje člověka.“*

Mikšík (2009, s. 33-35) ve své knize Psychika osobnosti v období závažných životních a společenských změn uvádí pět základních zátěží, kterými si může člověk projít. Běžná psychická zátěž je zátěž, kterou je jedinec schopen řešit pomocí svých dovedností, schopností a návyků. U optimální psychické zátěže je nejdůležitější, že není provázena negativními důsledky v psychice. Člověk v tomto období dosahuje radosti z úspěchu, uspokojení, nových dovedností. Životní situace, které způsobí vysoké nebo naopak nízké nároky na psychiku jedince, definuje zátěží pesimální. Nároky, které jsou nejvyšším bodem řešitelnosti, se nazývají hraniční psychická zátěž. Tyto nároky jedinec řeší pomocí všech sil, je to pro něj samotného velmi těžké

se s nimi vyrovnat. Často se dostává do stavu obranných, únikových kompenzačních mechanismů. Většinu případů však jedinec danou situaci zvládne, vyrovná se s ní a řeší ji. Posední je psychická zátěž extrémní, kterou se člověk není schopen integrovat s prostředím a vzniká u něj psychické selhání.

Jak jsem již výše zmiňovala, zátěž můžeme definovat jako nerovnováhu mezi subjektem a prostředím. Pokud tedy chceme určitou zátěž vyřešit, musíme podle Mikšíka (2009, s. 37-39) projít třemi fázemi nespecifických změn v psychice. A to od fáze, kde se naše psychické síly mobilizují až po fázi, kdy zátěž vyřešíme nebo podlehneme jejímu nátlaku. Ve fázi první mobilizujeme psychické síly (někdy také používáme spojení fáze přípravná). Prožíváme velké psychické napětí a to hlavně v emocionální (citové) sféře. Nejčastěji to zažíváme v situacích, kdy cítíme ohrožení nebo ztrátu. Mobilizace psychických sil se projevuje pocitem nejistoty, obavami, nízkým sebeovládáním, sklíčenou náladou, ale i pocitem odstoupit či uniknout. Důležité je také zmínit, že každý prožívá tuto fázi v jiné intenzitě. Někdy zátěž čekáme a jindy ne, někdy máme zkušenosti se s ní vyrovnat a jindy je tomu naopak. V druhé fázi zátěž řešíme pomocí mechanismů rezistence a adjustace. Zde je potřeba vzniklý problém poznat a řešit. Důležité je nahradit pasivní prožívání stimulujícím prožíváním a aktivní činností postupně nalézat rovnováhu. Při specifických změnách v psychice bychom sem také zařadili řešení pomocí úniku, obrany nebo útoku. Vyřešením nebo podlehnutím zátěže se věnuje fáze třetí. To buď nalezneme a aplikujeme vhodné postupy nebo podlehneme okolnímu tlaku. Pokud zvládneme psychickou zátěž vyřešit, pocítujeme v naší psychice uspokojení až euforii anebo nastupuje vyčerpání. Přičemž vyčerpání zde není úplnou zvláštností. Při vynaložení tolika sil v předešlých fázích je pochopitelné, že na naše tělo teprve vše dolehlo. Pokud však podlehneme tlaku okolí a selžeme, obvykle sledujeme dočasnou destrukci psychiky a odstup aktivního řešení situace. Poté většinou nastupuje zotavení, kdy se snažíme situaci znovu řešit. Na konec se situace buď vyřeší anebo nastupuje definitivní selhání, které se projevuje primárně úzkostí (viz tabulka 1).

Tabulka 1: Linie nesespecifických změn v psychice

Mobilizace psychických sil	Řešení zátěže - resistenční a adaptační mechanismy	Vyřešení zátěže nebo podlehnutí tlaku zátěže
I. FÁZE	II. FÁZE	III. FÁZE

Zdroj: Mikšík, 2009, s. 36

Na psychiku osobnosti jsou kladeny velké nároky (v práci, v rodině, atd.), s kterými se musí jedinec vypořádat. Podle povahy zmíněných nároků mají na člověka určité účinky, a to buď stimulující (povzbuzující) nebo dezintegroující. Mikšík toto rozdělil do pěti typů situačních nároků (viz tabulka 2).

Tabulka 2: Taxonomie zátěžových situací

Nároky	Stimulace rozvoje	Desintegroující účinky
<b>1. Nároky na činnost a výkonnost</b>	zvyšování práceschopnosti, rozvoj dovedností, pracovních návyků, postupů, činností a interakcí, odolnosti vůči únavě a strategii zvládnutí	rozvoj tendence resignovat, lhostejný vztah k životu, úkolům a povinnostem, pocity deprese, vyčerpání a nedostačivosti, snadná unavitelnost, nižší koncentrace na výkon
<b>2. Problémové situace</b>	rozvoj schopností vyrovnávat se s novými situacemi, s nároky na přizpůsobivost a kreativitu	neschopnost vpravit se do vzniklé reality, rozvoj maladaptivní interakční odezvy na řešený problém
<b>3. Překážky (bariéry)</b>	rozvíjení volných vlastností a schopností aktivně se vyrovnávat s překážkami na cestě k dosažení cíle	regrese cíle směrných aktivit, spontánní uvolňování tenzí spojených s frustrací a deprivací potřeb
<b>4. Konfliktogenní situace</b>	rozvoj integrované struktury procesů rozhodování a jednání v ambivalentních podmínkách a situacích	aktualizace subjektivně neřešených nároků na rozhodnutí přijmout jednu z neslučitelných variant jednání

<b>5. Stresogenní situace</b>	rozvoj odolnosti vůči bezprostředním účinkům nových okolností na realizaci osvojených aktivit	dezintegrace psychických struktur a osvojených činností, neobvyklostí a anticipací možných důsledků chybného kroku
-------------------------------	---	--

Zdroj: Mikšík, 2009, s. 45-46

Nyní se pojdme podívat na některé z náročných situací. Řadíme sem problém, konflikt a frustraci - deprivaci. Tyto situace přesahují únosnou míru zátěže a obvykle se k nim připojuje i stres.

**Problém** – O problému často mluvíme proto, že chceme zdůraznit jeho důležitost a řešení. Hledáme cestu ke změně nežádoucí situace, protože je člověku nepříjemná nebo ohrožující a není schopen se s danou situací adaptovat. Neřešené nebo nevyřešené problémy nám nepomáhají, naopak přinášejí další negativní důsledky.

**Konflikt** – Paulík ve své knize Psychologie lidské odolnosti (2010, s. 52-55) popisuje konflikt jako střed dvou protikladných sil, střed zájmů, postojů či názorů a představuje nerovnováhu v systému. Důvodem vzniku bývá narušená komunikace mezi lidmi. Nemusí být vždy jen prvkem negativním, ale může mít i pozitivní význam. Bez konfliktu by nebylo vývoje. Stejně tak jako u problému je důležité konflikt řešit a vyřešit. Není-li vyřešen má často negativní důsledky, např. narušení vztahů a komunikací mezi lidmi. Konflikty lze obecně rozdělit na intrapersonální a interpersonální. Konflikty intrapersonální se týkají pouze jedné osoby a odehrávají se uvnitř našich těl. Naopak interpersonální konflikty jsou konflikty dvou a více osob.

*„Frustrace jako psychický stav nastává, když je nějakým způsobem znemožněno uspokojení aktualizované potřeby či dosažení určitého cíle.“* (Paulík, 2010, s. 51) Důležitou roli hraje také chování směřované k cíli a motivace daného jedince, která je důležitá k naplnění frustrace. Frustrační situace rozlišujeme podle jejich původu na dva typy. Exogenní frustraci, vyvolanou vnější překážkou (např. uzamčená místnost, zmeškaný odjezd vlaku) a endogenní frustraci, která je vyvolána vnitřní překážkou, zábranou či bariérou (např. strach). Agrese zaměřená na vnější okolnosti na sebe nebo druhé lidi je častým typem frustrační

reakce, která bývá často spojená s hostilitou a hněvem. Tyto reakce mohou být aktivní (např. kompenzace, překonání překážky) nebo pasivní (např. odevzdanost, rezignace, sklíčenost). S frustrací úzce souvisí pojem deprivace, která definuje dlouhodobé nedostatečné znemožnění uspokojování potřeby jedince.

Na konec této kapitoly je důležité zmínit pojem stresové faktory neboli stresory. „*Termín stresor je možno chápat jako “negativně na člověka působící vliv”.*“ (Křivohlavý, 1994, s. 12) Mezi stresory řadíme materiální faktory (např. nedostatek potravy, tekutin), sociální faktory (např. působení agresivních, netaktních lidí), ale může jím být i osamění, nedostatek času atd. Můžeme jej rozdělit na ministresory a makrostresory. „*Ministresory (mikrostresory) vyjadřují poměrně mírné až velmi mírné okolnosti či podmínky vyvolávající stres.*“ (Křivohlavý, 1994, s. 13) Makrostresory působí děsivěji a mají až ničící vliv, jsou tedy závažnější. Tyto stresory jsou důsledky náročných životních situací a skrze ně se dostáváme do stavu stresu.

A jak se vyrovnat se zátěží? „*Člověk se naučí zvládat určité typy zátěží tím, že si osvojí „oblíbené“ techniky chování pro určité situace a ty potom celkem stereotypně uplatňuje v náročných životních situacích. Osvojené techniky, kterými se člověk vyrovnává se zátěžemi se stávají jeho osobnostní výbavou, podstatným znakem jeho osobnosti.*“ (Hošek, 1994, s. 53) Základní techniky dělíme na aktivní a pasivní. Mezi aktivní patří např. upoutávání pozornosti, kompenzace nebo racionalizace. Naopak do technik pasivních můžeme zařadit izolaci, popření nebo regresi.

Nyní si pojdme říci více o stresu. Podle Praška, Praškové (2001, s. 11, 34) je stres jak duševní tak tělesná reakce na výše zmíněné stresory, která nám navozují pocit ohrožení, strach, že se něco stane či pocit, že ztrácíme kontrolu. Prožívání stresu je signál, který nás varuje před vážnějšími důsledky, pokud na něj nezareagujeme změnou našeho životního stylu. Jiní známí autoři tento jev definují. „*Jako stresové vnímáme události, které mají tři charakteristiky: neovlivnitelnost, nepředvídatelnost a míru, ve které představují výzvu pro hranice našich schopností.*“ (Herman, Doubek, 2008, s. 10) Také v knize Konziliární psychiatrie uvádějí autoři, že jde o „*přechodnou poruchu, trvající hodiny až dny, která vzniká jako odpověď na fyzickou nebo duševní zátěž u jinak duševně zdravé osoby.*“ (Herman, Praško, Seifertová, 2007, s. 114) Můžeme tedy říci, že se autoři v podstatě shodují na stejném závěru, co stres znamená.

Z pohledu biologického pojetí stresu používáme pojem Obecný adaptační syndrom (GAS) od Selyeho, který se zajímal o problematiku adaptace spojenou se stresem. Jde o odpověď organismu na ohrožení a mělo by vést k obnově homeostázy organismu, která je narušená/porušená. Stresová odpověď je známá třemi fázemi. Fáze první je poplachová, kdy nastává mobilizace organismu a sil u jedince, který se dostane do stresu a snaží se situaci zvládnout. Druhá fáze je stádium rezistence (někdy také stádium adaptace), při které se organismus člověka přizpůsobuje dané situaci. Stres se stává přirozenou součástí jeho života. Třetí a poslední fáze je vyčerpání, neboli selhání a kolaps organismu v důsledku dlouhého zvládnání stresové situace. (Paulík, 2010 s. 46)

Stresory neboli negativní životní faktory jsou dle Křivohlavého (2001, s. 170) faktory, vystavující člověka nepříznivým životním vlivům (tlakům), vedoucí k napětí a tíživé životní situaci. Oproti stresorům stojí salutory, tj. pozitivní životní faktory, ty Křivohlavý (2001, s. 170) definuje jako „*faktory, které v těžké situaci člověka posilují, povzbuzují a dodávají mu sílu, výdrž v boji i odvahu k dalšímu pokračování zápasu se stresorem.*“ Jako příklad salutorů můžeme uvést relaxaci, duševní zdraví, aktivity, ze kterých máme radost nebo požádání druhých o pomoc. Správně by měla být naše životní situace vyrovnaná, tzn. aby stresory a salutory byly u člověka v rovnováze.

Křivohlavý (2001, s. 170) vysvětluje, že „*pro stresovou situaci je podstatný poměr mezi mírou (intenzitou, velikostí, tlakem apod.) stresogenní situace (stresoru či stresorů) a silou (schopnostmi, možnostmi apod.) danou situací zvládnout.*“ O stresu můžeme tedy hovořit až v případě, kdy stresory jsou vyšší než salutory, tzn. že stresogenní situace je intenzivnější než schopnost člověka situaci zvládnout. Tuto situaci nazýváme jako tzv. nadlimitní zátěž, jejím příkladem může být úmrtí v rodině, změna zaměstnání nebo rozvod manželství. (Křivohlavý, 2001, s. 171)

Jednou z možností měření životních událostí a jejich vlivů na psychiku člověka je hodnocení podle Holmese a Raheho. V jejich Škále životních událostí jsou určité životní situace, které leckdy ovlivňují běžný život jedince. Důležité je zmínit, že zde nalezneme jak negativní, tak pozitivní životní události, které mohou vést ke vzniku tělesných nebo psychických onemocnění. Výsledek je znám po součtu jednotlivých událostí, které jedinec zažil za určité časové období. V tomto případě pak vyšší skóre znamená vyšší riziko pro vznik nemoci. Hranice, která vymezuje

tzv. zdravý život, činí maximálně 250 bodů za jeden kalendářní rok podle níže uvedené tabulky (viz tabulka 3). (Herman, Doubek, 2008, s. 38-39)

Tabulka 3: Škála životních událostí (Holmes a Rahe 1967)

Pořadí	Škála životních událostí	Body
1	Smrt partnera	100
2	Rozvod	73
3	Rozchod manželů nebo druhů	65
4	Výkon trestu	63
5	Smrt blízkého příbuzného	63
6	Vlastní zranění nebo nemoc	53
7	Sňatek	50
8	Výpověď z práce	47
9	Neshody nebo smíření manželů	45
10	Odchod do penze	45
11	Onemocnění rodinného příslušníka	44
12	Těhotenství	40
13	Sexuální potíže	39
14	Přírůstek nového člena rodiny	39
15	Změna nebo problémy v zaměstnání	39
16	Změna finanční situace	38
17	Smrt blízkého přítele	37
18	Změna pracovního zaměření	36
19	Zabavení zastaveného majetku	30
20	Změna zodpovědnosti v zaměstnání	29
21	Odchod syna nebo dcery z domu	29
22	Problémy s příbuznými	29
23	Vynikající osobní úspěch	28
24	Manžel(ka) začal(a) nebo přestal(a) pracovat	26
25	Zahájení nebo ukončení studia	26
26	Změna životních podmínek	25
27	Změna osobních zvyků	24
28	Problémy s nadřízeným	23
29	Změna bydliště	20
30	Změna školy	20
31	Změna rekreace	19
32	Změna náboženských aktivit	19
33	Změna společenských aktivit	18
34	Změna spánkových aktivit	16
35	Změna stravovacích aktivit	15
36	Dovolená	13



37	Vánoce	12
38	Drobné porušení zákona	11

Zdroj: Herman, Doubek, 2008, s. 38-39

Již v předchozí části jsme se zmiňovali o tom, že stres není jen negativní část našeho života, ale můžeme zažívat i stres pozitivní. V návaznosti na to bych ráda připomněla dva druhy stresu - eustres a distres. Eustres je pozitivní a v určité míře stimuluje jedince k lepším a vyšším výkonům. Tento druh stresu často zažíváme například při sportu (horolezci, automobiloví jezdci), při sňatku či narození dítěte. Naopak distres je negativní. Nalezneme ho tam, kdy nejsme schopni zvládnout situaci, která nás ohrožuje. Při distresu pocítujeme emocionální nevolnost a může poškodit či vyvolat onemocnění.

Na příznacích stresu se různí autoři (Křivohlavý, 1994, s. 29-30) shodují a rozdělují jej do tří druhů. Mezi fyziologické příznaky patří - nespavost, bolest hlavy, migrény, průjem, zácpa, bušení srdce, vyrážky na kůži, nadýmání apod. Dalším druhem jsou příznaky emocionální neboli citové, kam můžeme zařadit - precitlivělost, úzkost, změna nálad, podrážděnost, lhostejnost, nerozhodnost atd. V poslední skupině nalezneme příznaky stresu spojené s chováním, tzv. behaviorální příznaky - snaha vyhnout se úkolům, nemocnost, výmluvy, agrese, užívání drog a alkoholu, konflikty s lidmi, zvyšování hlasu atd.

To však nemusí být konečné stádium. Stres může vyvolat závažné zdravotní problémy, např. alergie, vysoký krevní tlak, vředy, rakovinu nebo infarkt. Proto je prevence tohoto jevu velmi důležitá. Stresu lze předcházet nastavením rytmického života, dostatkem aktivního odpočinku a tělesné aktivity.

## 1.2 Rizikové faktory ovlivňující výskyt syndromu vyhoření

*„Zátěž organismu je výsledkem působení řady činitelů“.* (Štikar a kol., 2003, s. 73)

Vhodnější je mluvit o rizikových faktorech či situacích, které ke vniku syndromu přispívají, než o určitých příčinách. Co vede k vyhoření, vyhasnutí? Jednoznačná odpověď na otázku vlastně není. Syndrom vyhoření (BOS) může vzniknout z mnoha důvodů v zaměstnání, v osobním životě či v samotné osobnosti jedince.

Podle výše zmíněného autora se jedná o tyto základní faktory (stresory) ovlivňující výskyt BOS.

- Proces práce (pracovní úkoly a jejich plnění),
- podmínky biologického a fyzikálního charakteru, ovlivňující pracovní výkon a činnost,
- sociálně psychologické podmínky, vyplývající ze soužití a interakce lidí (stálý styk s lidmi, zvýšená zodpovědnost, ztráta pracovních perspektiv). (Štirak a kol., 2003, s. 79-80)

Mezi rizikové faktory objevující se v pracovním životě řadíme monotónní a repetitivní práce (pracovní úkoly), přetížení a podtížení, kombinace vysoké náročnosti práce s nízkou mírou vlastní kontroly nad prací, vnucené pracovní tempo, těžkou fyzickou práci, střídání denních a nočních směn, spánkový deficit, vědění vysoké pracovní odpovědnosti, nízká asertivita, nedostatek odpočinku apod. Do faktorů týkajících se rodiny řadíme partnerské problémy a konflikty, bytové či finanční podmínky, nemoc, omezené sociální kontakty atd. (Ptáček, Čeladová a kol., 2011, s. 33-34, Kebza, Šolcová, 2003, s. 16)

Více informace o syndromu vyhoření se dočtete v kapitole 2.1.

*Tabulka 4: Klasifikace stresorů*

<b>Skupina</b>	<b>Zdroj</b>
Svalová zátěž	1 Stereotypie pohybů
	2 Složitá koordinace pohybů
	3 Velká přesnost pohybů
	4 Nepřiměřená dráha pohybů
	5 Velká hmotnost břemen
	6 Nerovnoměrné rozložení pohybů
	7 Trvalé stání
	8 Trvalý sed
	9 Extrémní poloha
	10 Statické zatížení
	11 Prostorové omezení
Senzomotorická zátěž	1 Velký počet přímých zrakových informací – pozdější zásah
	2 Velký počet přímých zrakových informací – rychlý zásah
	3 Trvalé sledování jednoho místa zrakem
	4 Ztížená viditelnost sledovaných míst
	5 Velká náročnost zrakového rozlišování

	6 Velká náročnost sluchového rozlišování
	7 Nedostatek zrakových či sluchových podnětů
	8 Velký počet sdělovačů – velká proměnlivost – rychlý zásah
	9 Trvalé sledování jednoho či několika sdělovačů
	10 Složité vztahy mezi údaji na sdělovačích
	11 Vysoké nároky na přesnost čtení a rozlišování údajů
	12 Složitý způsob kódování
	13 Ztížená viditelnost a identifikace sdělovačů
Mentální zátěž	1 Jednotvárná činnost
	2 Vysoká náročnost přípravy postupů
	3 Vysoká náročnost analýzy odchylek v běžném provozu
	4 Vysoká náročnost řešení mimořádných situací
	5 Složité výpočty, rozbor, kalkulace apod.
Hluk a vibrace	1 Nadměrná hlučnost
	2 Impulzivní charakter
	3 Tónový charakter
	4 Nadměrné hodnoty vibrací
	5 Vibrace o kmitočtu způsobujícím rezonační kmitání důležitých orgánů
Osvětlení	1 Nedostatečná intenzita
	2 Nerovnoměrnost oslnění
	3 Nevhodná barva světla
Klimatické podmínky	1 Trvale extrémní teplota
	2 Časté střídání teplot
	3 Asymetrické tepelné pole
	4 Nepřiměřené proudění
	5 Nepřiměřená relativní vlhkost
Chemické látky	1 Obtěžující plyn, pára, kouř, pach
	2 Zdraví škodlivé plyny, páry, aerosoly
	3 Přímý přenos látek škodlivých zdraví
Pracovní úrazy	1 Mechanické příčiny
	2 Elektrický proud
	3 Exploze
	4 Nevyhovující osobní ochranné pomůcky
Sociální faktory	1 Uzavřený prostor
	2 Velký počet lidí
	3 Velké nároky na kooperaci a komunikaci

Zdroj: Štikar a kol, 2003, s. 81-82

## 2 Psychické důsledky výkonu profese

Jak jste si již mohli přečíst výše o zátěži a stresu, jistě vám je známé, že tyto dva jevy se nemohou obejít bez zásahu do lidského organismu. Bylo zmiňováno, že může jít však o pozitivní i negativní zásahy. Teď se ale zaměříme pouze na ty negativní.

V praktické části této práce se zajímám o syndrom vyhoření, což je jeden z nejnámějších a nejčastějších důsledků výkonu profese, v tomto případě výkonu profese zdravotního personálu.

Všichni víme, že nejde jen o syndrom vyhoření, ale i o jiné druhy důsledků. Dle uvážení bude z těchto důsledků zmíněn syndrom vyhoření, deprese a chronický únavový syndrom. A to s ohledem na omezený rozsah.

Poruchy, jejichž příčinou jsou psychické důsledky, nalezneme v Mezinárodní klasifikaci nemocí 10 (MKN 10) pod písmenem F. Výjimku tvoří syndrom vyhoření, který je řazen pod písmenem Z. Mezinárodní klasifikace nemocí je publikace, koordinována Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a dalšími odborníky, kde nalezneme klasifikaci lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků.

Takto popisují psychické důsledky výkonu profese Štikar a kol. (2003, s. 247) v knize *Psychologie ve světě práce*. „*V psychické oblasti jde o krátkodobé stavy, popisované jako rozlada, únava a únavě podobné stavy, emoční a náladové stavy, dané obecnou energetickou aktivací. Projevy v psychické sféře jsou rané a reverzibilní a předcházejí poruchám neurologicky zjištělným.*“ Pelcák (2013, s. 50) jej zmiňuje jako „*psychické reakce na expozici stresovým situacím zahrnující širokou varietu reakcí, od normální, adaptivní psychické reakce spojené s celkovou aktivací lidského organismu až po dezintegraci osobnosti. Vzájemné cirkulární interakce rizikových a projektivních faktorů u exponovaných subjektů mají synergický účinek a specificky ovlivňují pravděpodobnost vzniku tzv. onemocnění.*“

Můžeme sem tedy zařadit psychosomatické onemocnění, vztah mezi tělem a duší, která se projeví na těle, vznikají však psychologicky. Mezi další psychické důsledky můžeme zařadit akutní reakci na stres, posttraumatickou stresovou poruchu (přírodní katastrofy, autohavárie, apod.) či poruchy přizpůsobení. Z důvodu

omezeného rozsahu práce, se těmito důsledky zabývat nebudeme, informace o nich však naleznete ve výše zmíněné MKN 10.

## 2.1 Syndrom vyhoření

Podle MKN definované WHO jej řadíme do skupiny s názvem Problémy spojené s obtížemi při vedení života, pod označením Z 73.0 Vyhasnutí (vyhoření). BOS je nerovnováha mezi zátěží a odpočinkem, která vede k emoční, fyzické a mentální vyčerpanosti, zklamání. Někdo jej definuje jako stav, jiný jako proces. Kebza, Šolcová (2003, s. 7) ve své publikaci Syndrom vyhoření shrnuli definici jevu takto: *„Jde především o psychický stav, prožitek vyčerpání. Vyskytuje se zvl. u profesí, obsahujících jako podstatnou složku pracovní náplně „práci s lidmi“. Tvoří jej řada symptomů především v oblasti psychické, částečně však též v oblasti fyzické a sociální. Klíčovou složkou syndromu je zřejmě emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a „opotřebení“ a často i celková únava. Všechny hlavní složky tohoto syndromu resultují z chronického stresu.“*

Mezi hlavní profesní skupiny, postihující BOS řadíme:

- *„lékaře (chirurgie, JIP, ARO, psychiatrie, gynekologie, pediatrie atd.),*
- *zdravotní sestry,*
- *další zdravotní pracovníci (ošetřovatelky, laborantky, technici apod.),*
- *psychologové a psychoterapeuti,*
- *sociální pracovníci a pracovnice ve všech oborech,*
- *učitelé na všech stupních škol,*
- *pracovníci pošt, všech druhů,*
- *dispečeri a dispečerky (záchranné služby, dopravy atd.)*
- *policisté, kriminalisté a členové posádek motorizovaných hlídek,*
- *právníci,*
- *pracovníci věznic, atd. (Kebza, 2005, s. 136)*

Faktory ovlivňující výskyt jsme již jmenovali v kapitole 1. 2., a tudíž se k nim nemusíme vracet. Ovšem na faktory se váží příznaky a projevy, které lze rozdělit na fyzické, psychické a pracovní (viz tabulka 5). Pokud budeme tyto příznaky přehlížet a neřešit je, mohou zavinit velkou řadu zdravotních potíží či onemocnění.

Tabulka 5: Příznaky BOS

Fyzické	Psychické
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stav celkové únavy až vyčerpání organismu,</li> <li>• apatie, ochablost,</li> <li>• dechová tíseň, pocity zkrácení dechu,</li> <li>• bušení srdce,</li> <li>• bolesti hlavy,</li> <li>• gastrointestinální potíže,</li> <li>• nespavost,</li> <li>• nespecifické tělesné bolesti.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Předrážděnost,</li> <li>• záchvaty zlosti a hněvu,</li> <li>• zvýšený smutek,</li> <li>• celkový útlum a depresivita,</li> <li>• nekontrolované verbální projevy zlosti,</li> <li>• podezíravost a vztahovačnost,</li> <li>• vyhýbání se pracovním povinnostem.</li> </ul>
Pracovní	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Přesvědčení, že „nic už nemá cenu“,</li> <li>• pokles až naprostá ztráta zájmu o témata související s profesí,</li> <li>• negativní hodnocení instituce, v níž byla profese až dosud vykonávána,</li> <li>• sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání,</li> <li>• projevy negativismu, cynismu a zvýšené iritability ve vztahu k pacientům,</li> <li>• redukce činnosti rutinní postupy, užívání stereotypních frází a klišé,</li> <li>• objevuje se přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti.</li> </ul>	

Zdroj: Ptáček, Čeledová a kol, 2011, s. 34

BOS se projevuje po dlouhodobém působení stresu postupně a v několika fázích. V literatuře naleznete mnoho různých schémat pro průběh BOS. Pro tuto práci bylo použito schéma od Pelcáka (2015, s. 54), který jej rozděluje do 5 fází:

1. **„Nadšení** – *nadmíru se angažuje, nadšeně pomáhá, dělá přesčas i předepsané úkoly, obětuje se, čeká ocenění a přijetí od nadřízených, kolektivů i pacientů.*
2. **Stagnace** – *začíná být rezervovanější k pacientům, jejich požadavky začínají unavovat, vyhýbá se kontaktu s nimi, vyhledává pacienty „kteří dělají radost“.*
3. **Frustrace** – *„obránné stádium“, kdy se střídá snaha a vzdávání, požadavky vnímá často jako obtěžující, „utrhne se na ně“, cítí stále „časový tlak“, snaží se systematicky vyhnout kontaktu s problémovými pacienty, v blízkých vztazích začíná být podrážděný, objevují se konflikty pro drobnosti v rodině, omezuje přátelské kontakty, podrážděnost a bojovnost i vůči kolegům.*

4. *Apatie* – rezignuje na terapeutické vztahy vůbec, omezení na technické řešení bez osobního angažmá, cynismus, značkuje, pomlouvá, požadavky nadřízených otravují, chování se mění v rodině podobném trendu, rezignuje na odborný růst.
5. *Vyhoření* - stav plné neangažovanosti a vyhýbání se profesním požadavkům.“

Vyhoření je výsledkem výše popsaného procesu a velmi negativně působí na náš zdravotní stav. Jedinec trpící vyhořením je náchylnější k onemocnění, k úrazům. Ovšem nejen to, problémy se vyskytují v zaměstnání, v kontaktu s dalšími lidmi a negativním postoji k sobě samému. Důsledky vyplývající z vyhoření můžou mít tělesný, psychický a sociální charakter. Mezi tělesný řadíme poruchy spánku, vyčerpanost, vysoký krevní tlak, svalové napětí atd. Psychickým charakterem je ztráta nadšení, nezodpovědnost, zapomnětlivost, negativní postoj k sobě i ke společnosti, agresivita, nespokojenost atd. A sociálními důsledky mohou být ubývání angažovanosti, omezení kontaktu s kolegy apod. (Ptáček, Čeledová a kol, 2011, s. 35)

Jakmile se člověk dostane do stavu vyhoření, je třeba mu pomoci. Stejně jako jinde, i zde platí, čím dříve se s léčbou začne, tím větší je úspěšnost. Pokud jde o počáteční fázi, je možné využít mnoha relaxačních technik, terapií, sportování, oblíbené zájmy či koníčky, změna živého stylu atd. Další z možností je návštěva psychologa, psychoterapeuta nebo psychiatra, důležité je potvrzení od praktického lékaře. Dnes už velmi rozšířené a pro nás přístupné jsou možnosti využití internetu a telefonu, formou poraden a linek důvěry. Někdy je bohužel stav pacienta závažnější a zmíněné možnosti pomoci nezabírají nebo nestačí. V této situaci je nezbytné naordinovat léčbu medikamenty. Na BOS se předepisují léky totožné s těmi na depresi.

Zmínili jsme už většinu informací ohledně syndromu vyhoření. Avšak stále nám jedna základní zbývá. Jedná se o prevenci daného jevu, která je téměř nezbytností. Nejdůležitější je fakt, že i já mohu vyhořet, přijmout. Vyhledat pomoc a dále si nechat pomoci. Prevenci je třeba se věnovat v rovině osobní (zaměstnanec) a v rovině systémové (zaměstnavatele). Mezi možnosti prevence patří již zmíněná meditace, sportování, zdravý životní styl apod. (slouží jako prevence tak léčba). Jako další vhodné prostředky předcházení můžeme zařadit sociální oporu, resilienci (viz níže). Ze strany zaměstnavatele pak přednášky, semináře, supervize.

Desatero doporučení jak zvládat pocity vyhoření:

- „*Bud' sama k sobě laskavá a vlídná.*
- *Uvědom si, že tvým úkolem je pomáhat změnám, ne násilně měnit druhé.*
- *Najdi si své „útočiště“ – místo klidu.*
- *Bud' druhým oporou, neboj se je pochválit, nauč se to přijímat od nich.*
- *Uvědom si, že v situaci, v níž jsi, jsou zcela oprávněné občasné pocity bezmoci.*
- *Snaž se obměňovat své pracovní postupy.*
- *Najdi rozdíl mezi naříkáním, které přináší úlevu, a naříkáním, které tě ničí.*
- *Když jdeš domů, soustřed' se na dobré věci.*
- *Snaž se sama sebe povzbuzovat a posilovat.*
- *Využij posilujících prvků přátelství.*
- *Ve volném čase nehovoř o práci.*
- *Plánuj si chvíle oddechu a odpočinku.*
- *Nauč se říkat „rozhodla jsem se“ na místo „musím“.*
- *Nauč se říkat NE; zač stojí každé tvé ano, když nikdy neumíš říci NE?*
- *Netečnost a rezervovanost ve vztahu k druhým lidem je nebezpečnější než připustit si myšlenku, že se dál nedá už nic dělat.*
- *Raduj se, směj se, hraj si.“ (Honzák, 2015, s. 217)*

Toto jsou slova Ptáčka, Čeladové a kol. (2011, s. 42) z knihy *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. „*Lékaři se řadí do vysoce rizikové skupiny pro rozvoj syndromu vyhoření, které může zásadně ovlivňovat pracovní výkonnost, přístup k pacientům i výskyt pracovních chyb a omylů. Ohrožuje tak tedy nejen lékaře, pacienty, ale i samotný systém zdravotnictví.*“ Na základě toho bylo mé rozhodnutí věnovat se v druhé části této práce syndromu vyhoření ve zdravotnictví, konkrétně u zdravotních sester. Poroto se více o BOS spojeném s depresí a sociální oporou u personálu zdravotnického zařízení dozvíte níže

## 2.2 Deprese

Skličenosť, otupělost, melancholie, apatie či lhostejnosť. Jedním z největších problémů dnešní vyspělé společnosti, deprese, je léčitelná nemoc. Jde



o dlouho trvající psychickou poruchu, při které jedinec nezvládá prožívat potěšení, má pokles nálad či smutek. „*Projevuje se jako soubor duševních a tělesných příznaků, které nemusejí být vždy všechny přítomné. Z duševních příznaků je to často smutná nálada, ztráta radosti ze života, větší hádavost nebo zvýšené duševní napětí.*“ (Deprese a její léčba, online) Mezi tělesné příznaky patří bolest hlavy, vyšší krevní tlak, hubnutí či přejídání se, pocit špatného vidění nebo bolestmi páteře, atd. Také „*nespavost je častou stížností depresivních nemocných, probouzejí se po půlnoci nebo v časných ranních hodinách.*“ (Herman, Praško, Seifertová, 2007, s. 307) Jedná se o velmi závažný stav, někdy až životu ohrožující.

Základní druhy deprese nalezneme v MKN 10, ve skupině s názvem Afektivní poruchy (poruchy nálady), pod označením F30-F39. Příkladem je dystymie, bipolární porucha, reaktivní porucha nálady, poporodní deprese nebo sezónní afektivní porucha.

„*Deprese je jedním z psychologických důsledků stresu. Jestliže stres přetrvává a dostane se za počáteční varovnou fázi, případně přes fázi „odolávání“ až k fázi „vyčerpání“, stává se deprese skutečným nebezpečím.*“ (Melgosa, 1997, s. 43) Důležité je však zmínit, že ne vždy je deprese způsobena stresovými faktory. Nejpodstatnější znaky deprese definoval Křivohlavý (2013, s. 20) jako „*depresivní nálada, snížený zájem o život, snížená chuť k jídlu, myšlenky na sebevraždu, snížená schopnost na něco se soustředit, podstatně nižší životní energie, nespavost nebo naopak zvýšená spavost, snížené sebevědomí, snížená pohyblivost.*“

Jaké existují léky proti depresi? Existuje jich mnoho. Mezi hlavní patří léčba antidepresivy. Antidepresiva vám může předepsat psychiatr. Používají se minimálně půl roku, a jejich účinek se projeví po 10-14 dnech používání. Další z možností je psychoterapie a psychohygienu, což je reálné řešení životních problémů. Ukázat pacientům, jak se dá žít, aby se k depresi nevraceli. Pracovat s pacientem, rozebírat s ním problémy a tím mu pomoci. Často se k léčbě používají oba dva přístupy, které se v době aplikace na jedince prolínají. (Deprese a její léčba, online) Mezi další, někdy i účinnější prostředky léčby deprese, patří příjemné prostředí, příjemné aktivity, uvolnění se a relaxace (imaginace), smích, vyhlížení budoucnosti s nadějí a mnoho dalších. (Melgosa, 1997, s. 50)

Jak často, u koho a kde se deprese vyskytuje? Dříve byla považována za onemocnění převažující u starších a starých lidí. V současné době se však ukazuje, že onemocněním trpí nejčastěji lidé v produktivním věku, tedy lidé v době,

kdy nejvíce využívají svých možností a schopností. Dříve onemocněním trpěly spíše ženy než muži, v dnešní době je to již vyrovnané. A závěrem je zajímavé zmínit, že deprese se vyskytuje častěji u lidí rozvedených a z disharmonických, chudších rodin nežli u členů z harmonických a standardních rodin.

### 2.3 Chronický únavový syndrom

Únava je normální a každý z nás jí někdy zažívá. V knize *Chronická únava* autoři zmiňují asi 10-30 % lidí, kteří si stěžují na únavu a vyčerpání. Spíše tomu je v západních rozvinutých zemích než v těch rozvojových. (Praško, Adamcová, Prašková, Vyskočilová, 2006, s. 14) Dává nám signál, abychom zpomalili a odpočinuli si. Když nám však únava ovlivňuje každodenní život a je vytrvalá, měli bychom o ní vědět více. Chronický únavový syndrom (CFS) je podle Janů *„onemocnění charakterizované velkou únavou až hlubokým vyčerpáním a snadnou unavitelností po běžné fyzické nebo psychické zátěži.“* (Janů, 2003, s. 10) Důležité je tedy zmínit, že příčiny vzniku CFS můžou být dvojího charakteru. Stejně tak jako Janů, píše i Praško, Adamcová, Prašková, Vyskočilová (2006, s. 15) že, *„u některých lidí je únava spojena spíše s tělesnými příznaky, u jiných zase s psychickými, u někoho se objeví oba typy.“* Doprovází jej další jevy, jako jsou zvětšené a citlivé krční mízní uzliny, bolesti hlavy, svalů a kloubů, poruchy spánku apod. (viz tabulka 4). Autorka knihy *Chronický únavový syndrom* uvádí, že *„únavový syndrom je často spojován s nadměrným stresem, depresivními stavy, psychickou nepohodou. Poruchy v oblasti psychiky mohou únavovému syndromu předcházet a být jeho příčinou.“* (Kačinetzová, 1999, s. 11.)

Únava musí trvat minimálně 6 měsíců a musí jej doprovázet výše zmíněné jevy, aby se jednalo o CFS. Tento syndrom postihuje osoby bez ohledu na pohlaví či věk. I když podle Janů (2003, s. 10-11) jsou více ohroženy ženy (přibližně 3x častěji než muži) mezi 20 a 50 lety, vzdělané, se smyslem pro povinnosti, zodpovědnost a neschopností odpočinku.

Příčiny chronického únavového syndromu jsou různorodé, proto léčba i terapie je velmi obtížná. Několik center na léčbu již ve světě existuje, a to ve státech rozvinutých, především v USA a Británii. *„U nás téměř neexistují specialisté na tento syndrom, doporučení a rady odborníků bývají často nepodložené,*

*odrážejí jen částečné znalosti a předsudky.*“ (Praško, Adamcová, Prašková, Vyskočilová, 2006, s. 74) Z důvodů, že nevíme přesné příčiny vzniku, se těžko hledají jednotlivé formy terapie. Často se tedy setkáváme s terapiemi odlišnými, které používají především léčbu symptomatickou (orientovanou na projevy). Dále se používají prostředky vitaminoterapie, různé formy cvičení, homeopatie nebo jiné přírodní léčby, diety, antidepressiva či kortikosteroidy. Nejdůležitější roli hraje včasná diagnostika jevu, která umožňuje rychlejší zahájení léčby. Nedílnou součástí je však dostatečné množství odpočinku, na který lidé často zapomínají.

Nemoc není zmíněná v MNK 10. Je zde uvedena pouze neurastenie (F48.0), která má téměř totožná kritéria.

*Tabulka 6: Zdravotní potíže pacientů s CFS*

<b>Potíže</b>	<b>Na základě dotazníku (%)</b>	<b>Uváděné pacienty (%)</b>
Únava	100	100
Bolesti svalů	75	55
Gastrointestinální potíže	67	48
Problémy s koncentrací	65	34
Alergie	65	0
Svalová slabost	60	29
Problémy se spánkem	48	29
Problémy s pamětí	48	19
Bolesti kloubů	44	32
Bolesti hlavy	39	47
Podrážděnost	33	14
Závratě	31	24
Bolesti v krku	22	13
Depresivní rozlady	16	11
Polyurie	17	0
Opakující se infekce	16	15
Rozmazané vidění	14	0
Lymfadenopatie	14	5
Subfebrilie	8	11

Zdroj: Janů a kol., 2003, s. 13

### 3 Resilience a prevence syndromu vyhoření

Dosud zmíněná fakta nejsou příliš optimistická. Následující kapitola nastíní některá z možných řešení a předcházení výše uvedených situací.

Zároveň je třeba zdůraznit významné pojmy, jako je resilience, coping či sociální opora. Tyto strategie by měly pomáhat v již vzniklých a ne příliš příjemných situacích, ale také jako prevence, abychom se v situaci neocitli. K předcházení či odstranění negativních vlivů slouží pomocné techniky, uvedené v závěru kapitoly.

#### 3.1 Resilience

*„Resilience je schopnost zvládnout konfrontaci s výrazně nepříznivými okolnostmi.“* (Šolcová, 2009, s. 11) Jiná autorka definuje resilienci jako *„skutečnost, že určitý jedinec má dost fyzické i psychické síly a dostatečné sociální dovednosti, aby se mohl úspěšně vyrovnat s nejrůznějšími problémy a ještě dokázal takto získané zkušenosti využít ve svůj prospěch.“* (Vágnerová, 2010, s. 354) Jinými slovy jde také o nezdolnost či odolnost. Z počátku byla resilience u dětí i dospělých brána jako charakteristika či osobnostní rys, schopnost vyrovnat se s nepřízní a stresem. Nyní je považována za proces a většinou se odvíjí od vnějších faktorů. Jde o schopnost vyrovnávat se s těžkostmi, tedy o adaptaci.

Faktory resilience můžeme rozdělit na rizikové a protektivní neboli ochranné. Rizikovými faktory jsou stresory, které zvyšují pravděpodobnost špatné adaptace a negativní důsledky v oblasti zdraví, školy a sociálního přizpůsobení. Oproti tomu protektivní faktory redukují nebo eliminují negativní účinky rizikových faktorů (viz tabulka 5).

Závěrem je důležité zmínit, že resilience není vyhýbání se stresu, ale naopak čelit mu. Způsobem rozvoje zodpovědnosti, sebedůvěry a pocitu kompenzace u jedince.

Tabulka 7: *Protektivní faktory – zdroj resilience (na úrovni jedince, rodiny, komunity a kultury)*

<b>Protektivní faktory/zdroje resilience</b>	<b>Protektivní mechanismus</b>
<b>Individuální úroveň</b>	
Konstituční residence	Pozitivní temperament, statný neurobiologický systém.
Sociabilita	Citlivost k ostatním, prosociální postoje, citová vazba (attachment) k ostatním
Inteligence	Školní výkon, plánování a rozhodování.
Komunikační dovednosti	Rozvinutá řeč, čtenářské dovednosti.
Osobnostní charakteristiky	Rozvinutá řeč, čtenářské dovednosti. Tolerance k negativním emocím, sebeuplatnění, sebevědomí, pozitivní sebepojetí, vnitřní lokalizace kontroly, smysl pro humor, nadějeplnost, strategie zvládnání stresu, trvalý hodnotový systém, vyvážený pohled na zkušenosti, tvárnost a pružnost, mravní síla, přesvědčení, houževnatost, odhodlání.
<b>Úroveň rodiny</b>	
Podporující rodina	Rodičovská vřelost, povzbuzení, pomoc, soudržnost a péče v rodině, blízký vztah s pečujícím dospělým, víra v dítě, neobviňování, vzájemná manželská opora, talent nebo koníček, který je ostatními oceňován.
Socioekonomický status	Materiální prostředky.
<b>Úroveň komunity</b>	
Školní zkušenosti	Podporující kamarádi/vrstevníci, pozitivní vliv učitele, úspěch.
Podporující komunita	Víra v jedince, netrestání.
<b>Zdroje na úrovni kultury</b>	
	Tradiční aktivity, tradiční spiritualita, tradiční jazyk, tradiční medicína.

Zdroj: Šolcová, 2009, s. 43-44

### 3.2 Proaktivní zvládnání stresu

K proaktivnímu zvládnání stresu neboli copingu se váže i pojem adaptace. Adaptace je vyrovnání se zátěží, která je relativně normální a poměrně dobře zvládnutelná. Na druhou stranu coping je boj člověka s nadlimitní či podlimitní

zátěží, při které nemá k dispozici znalosti a dovednosti, které by potřeboval. Vysvětlení copingu z knihy Křivohavého (1994, s. 43) Jak zvládat stres: „V odborné literatuře se setkáváme často s dnes již klasickou definicí kóupinku formulovanou Cohenem a Lazarusem: „Zvládáním (kóupinkem) se rozumí snaha - jak intrapsychická (vnitřní), tak zaměřená na určitou činnost – řídit, tolerovat, redukovat a minimalizovat vnitřní i vnější požadavky kladené na člověka a střety mezi těmito požadavky. Jde přitom o požadavky mimořádně vysoké, které člověka značně namáhají a zatěžují jeho převyšující zdroje, které má daná osoba k dispozici.“ Při zvládání využíváme jak vnitřní (vrozené dispozice, osobnost jedince), tak vnější faktory jedince.

Lazarus později určil dva typy copingu, podle toho jak působí. Coping zaměřený na problém a coping zaměřený na emoce. „Pokud subjekt soudí, že je možno něco dělat, volí coping zaměřený na problém. Ten spočívá v přímé akci, v úsilí získat a využít potřebné informace a uplatnit je při změnách vlastního chování nebo při aktivních zásazích do prostředí i ve vyhledávání pomoci od druhých lidí. Pokud hodnocení vyústí do závěru, že se nic dělat nedá, převládne coping zaměřený na emoce.“ (Paulík, 2010, s. 80)

Jak lidé reagují na vzniklé zátěžové situace v praxi, popisuje Paulík. (2010, s. 98) „Lidé reagují na stres různými způsoby. Někteří se v situacích zvýšené či kumulované zátěže snaží upravit svůj pracovní režim (lépe organizovat čas, více odpočívat a spát), užít různých postupů doporučených psychologem (relaxace, meditace, přeznačkování apod.), jiní hledají sociální oporu v okolí nebo odbornou lékařskou, psychologickou či právní pomoc.“ Všechny právě vyjmenované postupy označujeme jako racionální. Tedy možné bez jakéhokoliv problému používat v běžném životě. Dále však existují již méně racionální postupy, jako je alkohol a cigarety, léky a v nejhorších případech pak i drogy.

### **3.3 Sociální opora**

Sociální opora (anglicky social support) je jeden z faktorů mezilidských vztahů, omezující působení stresu na člověka. Definic sociální opory lze dohledat mnoho. Autorka Šolcová (2009, s. 63) jej definuje jako, „jakýsi sociální fond, ze kterého lze čerpat v případě potřeby systém sociálních vztahů, jejichž

*prostřednictvím se člověku dostává pomoci při snaze dostat nárokům a dosáhnout cílů.*“ Jiný autor píše, že sociální opora „*se vztahuje k síle, kterou člověku, bojujícímu se stresem, dává společenství lidí jemu blízkých. Jde zde v první řadě o tzv. primární sociální skupinu.*“ (Křivohlavý, 1994, s. 176) Primární sociální skupinou se rozumí rodina, kterou představují lidé ochotni pomoci či povzbudit jimi blízkého člověka, který se nachází v těžké životní situaci. Kraus (2015, s. 48) píše, že „*rodina patří mezi nejdůležitější sociální skupinu, ve které jedinec žije a mělo by v ní docházet k uspokojování základních potřeb jedince.*“ Důležitost sociální opory se ukazuje například u syndromu vyhoření, který se projevuje u profesí emocionálně náročných.

Dle Paulíka (2010, s. 24) je možno rozdělit účinek sociální opory na přímý a nepřímý. Přímý účinek předpokládá pozitivní účinek sociální opory na psychickou pohodu a nebere v potaz aktuální úroveň stresovanosti u člověka. Nepřímý účinek spočívá v interakci s aktuální hladinou stresu. Osoby vystavené stresorům chrání uspokojivá sociální opora před dopadem negativních jevů.

Křivohlavý (2001, s. 95) potvrzuje, že sociální opora není omezená pouze na nejbližší, ale lze ji rozdělit do tří úrovní:

- „*Makroúroveň sociální opory. V tomto pojetí jde o celospolečenskou formu pomoci potřebným. Příkladem může být existence tzv. sociální opory, tj. sociální a ekonomické pomoci potřebným, v celostátním měřítku nebo pomoci přes hranice státu lidem v oblasti postižené zemětřesením, záplavami, neúrodou (hladem) – viz např. činnost organizace ADRA.*
- *Meziúroveň sociální opory. O sociální oporu se jedná i tam, kde se určitá sociální skupina lidí snaží pomoci jednomu ze svých členů, případně lidem ve svém okolí, kteří nejsou součástí této skupiny, avšak nacházejí se v určité nouzi. Příkladem může být pomoc spolupracovníků kamarádovi z podniku, pomoc náboženského sdružení starým a chronicky nemocným (Charita, Diakonie apod.), pomoc lidí ze sportovního klubu svému členovi ve chvíli jeho osobní tísně apod.*
- *Mikroúroveň sociální opory. Jde o pomoc a oporu, kterou danému člověku poskytuje osoba, jež je mu nejbližší (sociální opora v rámci dyády, tzn. dvojice lidí) – např. pomoc matky dítěti a dítěte matce, pomoc jednoho manžela druhému, vzájemná pomoc nejbližších přátel.*“

Dále také lze rozdělit čtyři druhy sociální opory:

- *„Instrumentální opora. Konkrétní forma pomoci, např. poskytování finanční pomoci, zařízení neodkladných záležitostí.*
- *Informační opora. Dodání informací, která může být nápomocná při orientaci a řešení situace.*
- *Emocionální opora. Empatickou formou sdělovaná emocionální blízkost (soucítění, laskavost, náklonnost, naděje).*
- *Hodnotící opora. Jednání s danou osobou s respektem a úctou, posilování sebevědomí a sebehodnocení.“ (Tichá, 2013, s. 31)*

Na základě výše uvedené části lze shrnout, že sociální opora je jednou z nejdůležitějších a nejjednodušších možností, jak někomu pomoci. Vědomí, že je zde pro nás někdo, kdo nám naslouchá, rozumí nám a případně nám může pomoci, tak mění pohled na situaci a poskytuje větší prostor pro zvážení možností, které se jeví v dané situaci jako nejlepší řešení.

### **3.4 Salutoprotektivní faktory životního stylu**

Pod možnostmi jak předcházet a zvládat tyto situace si hned nutně nemusíme představovat meditace a různá terapeutická cvičení. Mnohdy stačí málo, abychom se uvolnili, zapomněli na to, co nás trápí a zlepšili tak náš celkový psychický stav. Jsou to dokonce věci, které známe z našeho každodenního života, a jsou nám blízké. V důsledku zaneprázdněnosti a tíživé životní situace však na ně často zapomínáme či na ně nemáme čas a to právě ve chvíli, kdy jsou pro nás velice důležité. Právě v této chvíli je třeba zastavit se a nadechnout, abychom mohli opět pokračovat dál.

Jak se tedy uvolnit a proč? Relaxační techniky slouží jako prevence a léčba řady onemocnění. To je pochopitelné, uvážíme-li, že stres se často uplatňuje jako příčinný či komplikující činitel těchto stavů. Relaxace je komplexní reakce. To znamená, že se navodí jedna nebo více tělesných či psychických změn, které pak automaticky vedou k celkové relaxaci. Daří se tak dokonce ovlivňovat i tělesné funkce, které by se přímo ovlivňovaly obtížně, např. sekrece hormonů nadledvinek. (Nešpor, 2013, s. 47)

Nešpor (2013, s. 48-54) ve své knize Sebeovládání (Stres, rizikové emoce a bažení lze zvládat!) čtenářům radí, jak zvládat stres:



Mezi tělesným cvičením a relaxací existují úzké souvislosti. Relaxace se obvykle dostaví po skončení fyzické aktivity. Mimo často udávaných zdravotních výhod jako je zlepšení činnosti srdce, krevního oběhu atd., tělesný pohyb mírní úzkost, depresi a další silné emoce uvolněné v důsledku stresu (odbourávají se látky vzniklé stresem). Mimo to dochází při pohybu ke zvýšené produkci endorfinů (hormonů štěstí), které stimulují naši dobrou náladu a tím pádem taky větší snášenlivost ke stresu. Mimo pohybu nejrůznějšího druhu (od sportovní aktivity po chůzi), se za účelem uklidnění praktikují techniky, jež spočívají v postupném svalovém uvolnění, uvědomění a relaxování jednotlivých částí těla. Použije-li navíc člověk pohyb, aby se dostal do příjemného uklidňujícího prostředí (procházka do přírody), tím lépe. Vliv prostředí je totiž taky hodně důležitý. Tedy v první řadě i bezpečný a klidný domov.

Další možností, jak zmírnit negativní emoce a stres je navazování pozitivních emocí. To se týká smíchu, laskavosti, pochopení, náklonnosti atd. Smích je vůbec považován za velmi rychlý a efektivní způsob, jak se uklidnit. Zahrnuje totiž tělesné projevy podobné těm, které nastávají při relaxaci. Navíc při něm dochází k uvolnění svalů. Pro smích je typický dlouhý výdech a uvolňování endorfinů. Dále nás pak pozitivní emoce vedou k širšímu a lepšímu vnímání skutečnosti.

Od smíchu se dostáváme k jedné z nejúčinnějších metod, jak se uvolnit, a tím je dýchání. Jedná se o klidné brániční dýchání neboli dýchání do břicha. Při stresu jsou totiž břišní svaly stažené, aby chránily vnitřní orgány (stres připravuje tělo na útěk nebo boj). Dýchání se děje především do horní části hrudníku, což je neefektivní a namáhavé. Zdůrazněn je nádech, který často bývá delší než výdech. Naopak při bráničním dýchání se břišní svaly uvolňují, dýchání se děje především do dolní části hrudníku a břicha. Zdůrazněn je naopak výdech (člověk si oddech), ten navíc bývá delší než nádech. Dechové cvičení podle Kraska-Ludecké (2007, s. 101), zhluboka se nadýchněte, na chvíli zadržte dech, napočítejte do pěti, vydýchněte. Tento cyklus opakujte po dobu tří až pěti minut, dokud nepocítíte uvolnění.

Pro zlepšení psychické rovnováhy se také zaměřte na potraviny pro zdraví. Vitamin B je důležitý pro správné fungování nervového systému a působí pozitivně proti únavě. Najdeme ho v ořechách, obilovinách či masu. Protistresový význam má i vitamin C. Vyšší obsah vlákniny snižuje kolísání hladiny krevního cukru a může tak stabilizovat náladu. Jako pomocná léčba u depresivních poruch

se uplatňují omega 3 - mastné kyseliny, které najdeme ve lněném semínku a rybách. Nevhodný je i nadbytek rafinovaného cukru a kofeinu. Vlivem nadbytku cukru dochází totiž ke kolísání hladiny inzulínu, což by také mohlo přispět ke stresu. Kofein zase může přispívat k poruchám spánku a zhoršovat úzkost. Pod vlivem stresu a silných emocí také nefunguje moc dobře trávení. Vařená strava je proto k žaludku ohleduplnější než syrová či smažená. (Nešpor, 2013, s. 99-100)

Někdo umí stav uklidnění navozovat pomocí meditace. Při meditaci si v první řadě procvičujeme soustředění a snažíme se docílit pocitu hlubokého uvolnění, tomu je však třeba se naučit na příslušných kurzech. Doma si však můžeme vyzkoušet dechovou meditaci. Posadíme se vzpřímeně do lotosového sedu, zavřeme oči a soustředíme se na svůj dech. Po každé dvojici vdechu a výdechu se na okamžik zdrží dech. (Kraska-Ludecke, 2007, s. 97-98) Jinému pomůže navodit uvolnění příjemná hudba. Pro navození relaxace pomáhá klidná, melodická klasická i meditační hudba. Dobré jsou také různé tvořivé činnosti (např. malování, psaní, fotografování), které nám pomohou, zaměřit svoje vnitřní já jiným směrem a tím eliminovat stres. Při relaxačních cvičeních se pak často používají uklidňující představy, třeba představa rozkvetlé louky nebo místa, kde se člověk cítí dobře. Prostřednictvím imaginace se také praktikuje tzv. autogenní trénink, který spočívá v postupném vnímání pocitu tíhy, tepla, klidného dechu, tepu srdce, pocitu tepla v břiše a chladného čela.

V první řadě bychom však měli zapřemýšlet nad tím, co nám stres způsobuje a je-li to možné, omezit působení tohoto stresujícího faktoru. Někdy je rozumnější třeba stresující prostředí opustit a vrátit se, až když je člověk klidný. Je také možné si stresující situace dopředu nacvičit. Rozumné zdůvodňování a opakování toho, proč by se člověk neměl stresovat je také pomocí, ale většinou jsou negativní emoce silnější, proto by mohlo pomoci odvrátit naši pozornost jiným směrem, prostě udělat to, o čem víme, že nám pomůže, alespoň trochu se uvolnit (sprcha, čerstvý vzduch, sauna). Důležité je vždy udělat si čas na drobná potěšení. Zlepší se nám tak nálada a nabereme nové síly do další práce.

## **4 Smysl pro soudržnost v etiologii syndromu vyhoření**

### **4.1 Výzkumný problém, cíl šetření a hypotézy**

Pracovníci ve zdravotnictví jsou stejně, jako ostatní pracovníci v pomáhajících profesích, vystavováni velkému množství zátěže a stresu různé intenzity. Dlouhodobá práce v těchto podmínkách, se kterými se musí personál nemocnic každodenně poradit, nemůže na člověka působit kladně. Projevuje se zdravotními, psychickými i somatickými problémy v různé intenzitě, nejčastěji se uvádí syndrom vyhoření a deprese.

Výzkumným cílem bakalářské práce je zmapovat psychické důsledky výkonu profese a možný moderující vliv salutoprotektivních faktorů životního stylu (sociální opora, resilience a coping) s důrazem na syndrom vyhoření, u pracovníků ve zdravotnickém zařízení.

H1: U více než 25 % pracovníků ve zdravotnictví se objevují projevy zvýšené deprese.

H2: Vyšší hodnoty SOC jsou spojeny s méně závažnými projevy deprese.

H3: Vyšší hodnoty SOC jsou spojeny s dodržováním zásad zdravého životního stylu.

H4: Vyšší hodnoty SOC jsou spojeny s vyšší subjektivní pohodou.

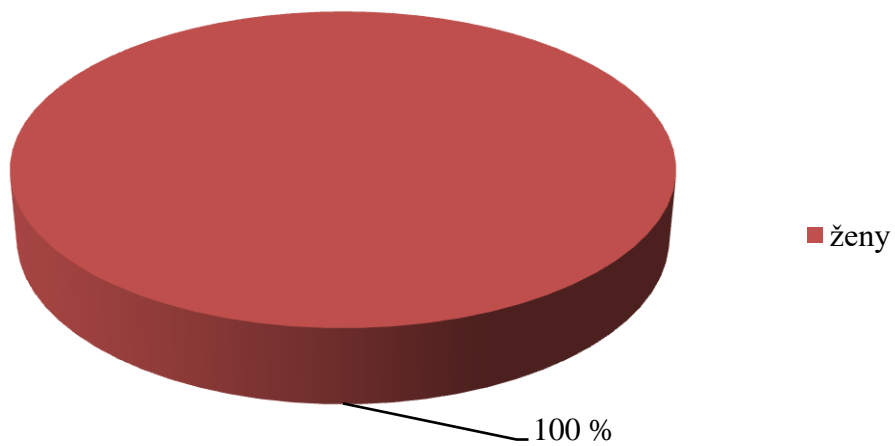
### **4.2 Výzkumný soubor a procedura**

Výzkumný soubor je tvořen pracovníky zdravotnického zařízení, jejichž cílem je poskytovat zdravotní péči jedinci. Mezi tato zařízení řadíme nemocnice, ordinace lékařů, dále výzkumné ústavy aj., jejichž úkolem je poskytnout prevenci, ošetření a ochranu zdraví jedince.

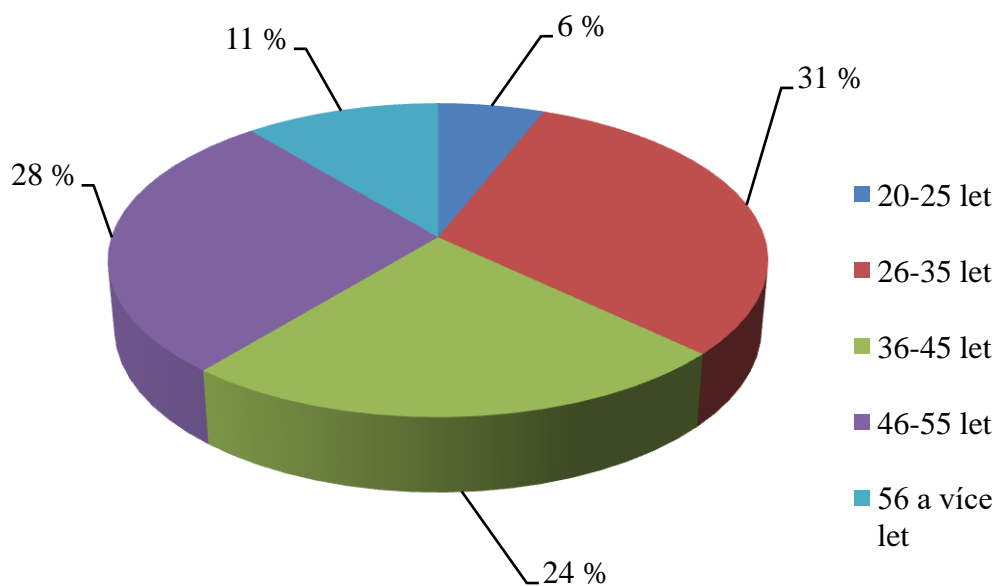
Pro tuto práci byly vybrány zdravotní sestry z nemocničních oddělení ARO a JIP v Praze, kde je nápor na psychiku jedince opravdu vysoký. Respondentky jsou ženy, zastoupeny v různých věkových kategoriích a stupních vzdělání, s několikaletou praxí (viz grafy 1-4 níže). Sběr dat probíhal v prosinci 2016 a lednu 2017. Celkem bylo získáno 139 vyplněných dotazníků, prostřednictvím elektronické

komunikace. Ze 139 vyplněných dotazníků bylo použito 108, zbytek byl vyřazen pro nedostačující odpovědi.

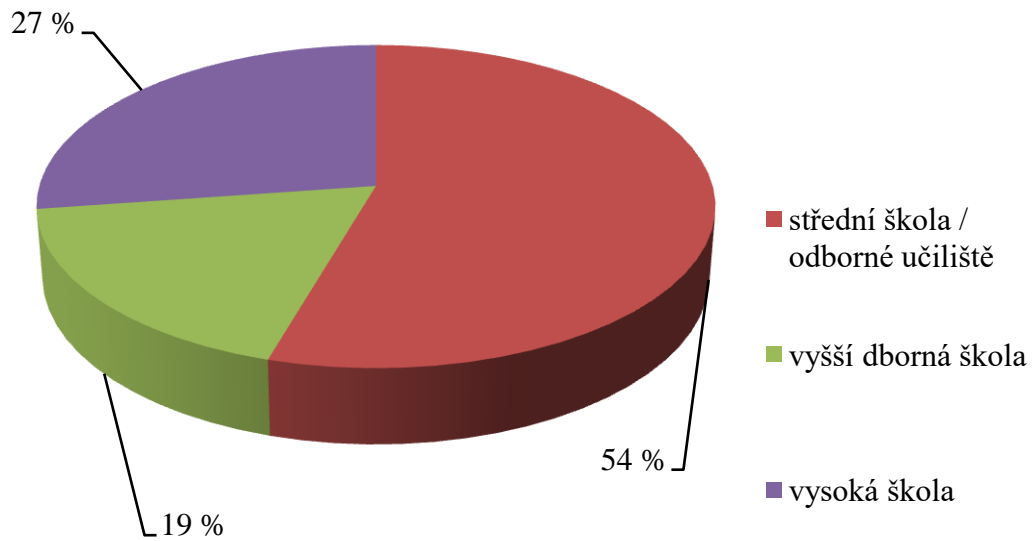
Graf 1: Struktura respondentů dle pohlaví.



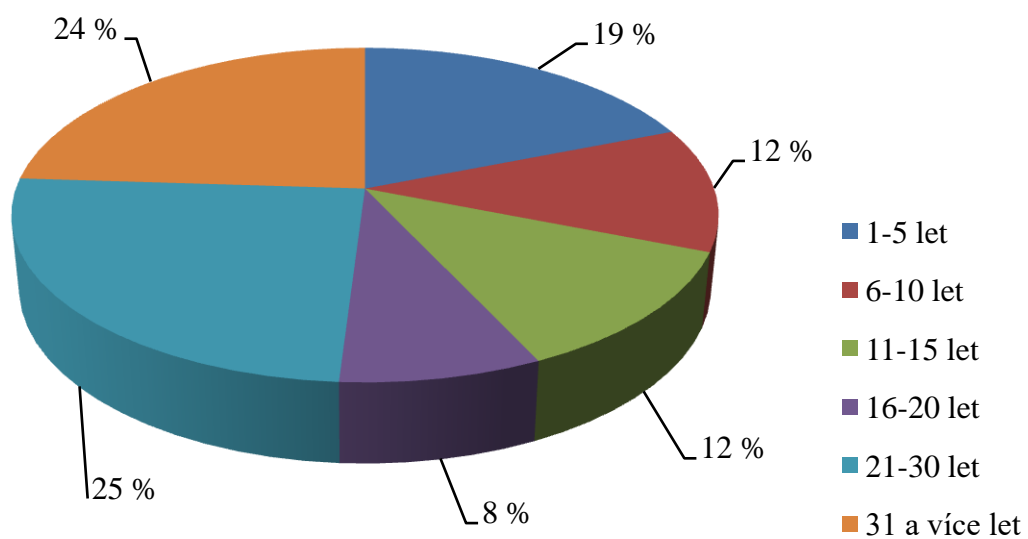
Graf 2: Struktura respondentů dle věkových kategorií.



Graf 3: Struktura respondentů dle dosaženého vzdělání.



Graf 4: Struktura respondentů dle délky praxe.



### 4.3 Popis použitých metod

Pro realizaci kvantitativního screeningového šetření u zdravotních sester byla použita baterie standardizovaných dotazníků: Stress Profile, Sebeuposuzovací stupnice deprese (SDS) a Nezdolnost typu SOC (29).

### 4.3.1 Stress profile

Autorem dotazníku je Kenneth M. Nowack, a autory 1. vydání české verze jsou J. Klose a P. Král (2006). Dotazník je určen k vyplňování osobám s minimálně základním vzděláním a starších 20 let. Stress profile je zaměřen na 15 oblastí (např. oblast zdraví, práce, finanční situace, rodiny, společenských povinností apod.) a obsahuje 123 otázek, týkajících se stresu a zdravotního rizika. Tvořen je také položkami typu: chování typu A, kognitivní nezdolnosti, pozitivního a negativního pohledu na sebe a zhodnocení vlastní psychické pohody.

Dotazník poskytuje respondentům informace o psychologických faktorech, ovlivňujících vztah nemoci a stresu. Dále informuje o zvycích, životním stylu a chování, které mohou zvyšovat nebo ohrožovat délku života.

Zjišťován je hrubý skór, a pomocí převodních tabulek jej nalezneme pod T-skórem (průměr mají 50 a směrodatnou odchylku 10), které je určeno pro českou populaci. Výsledky v rozmezí 40 až 59 reprezentují „normální populaci“, výsledky 60 a vyšší jsou považovány za vysoké, výsledky 39 a nižší se považují za nízké. Stres, ARC, chování typu A a negativní pohled jsou hodnoty rizikově vysoké, ostatní položky vykazují hodnoty rizikově nízké. Každá škála může ovlivňovat vztah stresu a nemoci a být interpretována za poměrně nezávislý faktor (viz tabulka 8).“ (Pelcák, 2013, s. 95-96)

Tabulka 8: Hodnocení oblasti Stress Profile

Škála	Počet položek
Index inkonzistentních odpovědí	(10 párů)
L-skór	5
Stres	6
Zdravotní návyky (celkový skór)	25
Cvičení	3
Odpočinek / spánek	5
Jídlo / výživa	5
Prevence	11

Trs položek ARC (konzumace alkoholu, rekreačních drog a cigaret)	3
Sociální opora	15
Chování typu A	10
Kognitivní nezdolnost	30
Zvládací strategie (bez celkového skóru)	
Pozitivní pohled	5
Negativní pohled	5
Minimalizace hrozeb	5
Zaměřenost na problém	4
Psychická pohoda	12

Zdroj: Pelcák, 2013, s. 96

#### 4.3.2 Sebeposuzovací stupnice deprese (SDS)

Anglicky také jako: Self-rating depression scale (SDS), (Zung, 1974, 1991). Stupnice obsahuje 20 otázek. „Všech 20 položek dohromady zahrnuje příznaky deprese v jejich plné šíři. SDS je určena k popisu deprese ve smyslu onemocnění nálady. Slouží ke kvantitativnímu hodnocení intenzity deprese bez ohledu na její typ.“ (Pelcák, 2013, s. 93)

#### 4.3.3 Nezdolnost typu SOC

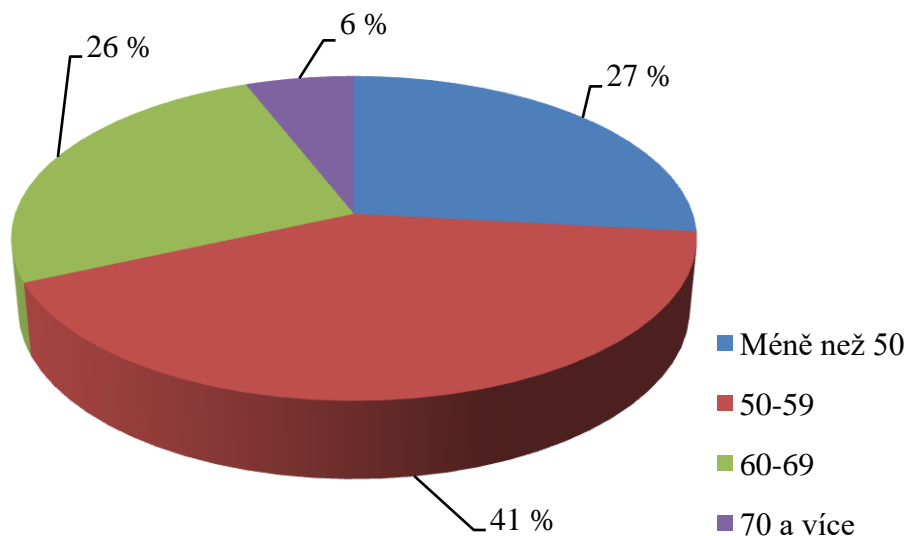
„Antonovsky (1987) vytvořil dotazník SOC o 29 položkách, původním názvem „The Orientation to Life Questionnaire“ – Dotazník orientace na život. Normy pro českou populaci stanovil Pelcák (2008, 2013). Dotazník měří celkovou koherenci životní orientace a je rozdělen na 3 dimenze: Porozumění situaci - Comprehensibility (11 položek), Zvládnutelnost – Ovladatelnost (10 položek), Smysluplnost - Meaningfulness (8 položek). 13 položek je pojato negativně, jejich hodnocení je tedy obrácené. Vyplnění dotazníků trvá zhruba 15 až 20 minut a lze jej vyplňovat individuálně nebo skupinově. Odpovědi jsou vybrány na škále 7 bodů, které jsou ukotveny 2 frázemi. „Metoda SOC je vhodná pro sledování efektivity zvládnutí

stresu, odráží aktivní nebo pasivní orientaci jednotlivce při řešení problémů ve složitých situacích. (Ruiselová, Prokopčáková, 2006)“ (Pelcák, 2013, s. 90)

#### 4.4 Výzkum a výsledky

##### 4.4.1 Deprese jako možný ukazatel syndromu vyhoření

Graf 5: Znamky deprese u dotazovaného souboru respondentů.



Shodně s literaturou, byla zvolena deprese jako ukazatel syndromu vyhoření. Herman, Doubek (2008, s. 8) ve své knize poukazují na prevalenci deprese, která v běžné populaci činí 18 %. Z této informace byla stanvena H1, předpovídající, že u více než 20 % pracovníků ve zdravotnictví se objevují projevy deprese.

Graf 5 ukazuje výskyt deprese u zdravotních sester, které byly zjištěny pomocí dtazníku SDS. U 27 % dotazovaných nejsou žádné známky deprese. Naopak u 41 % respondentek jsou přítomny minimální nebo velké příznaky deprese a u 26 % jde o středně silnou až zřetelně vyjádřenou depresi. Bohužel ani těžké až extrémně těžké depresi nebylo vyhnutelné a to u 6 % oslovených.

Znamky deprese byly tedy zjištěny u 74 % dotazovaných respondentek ze zdravotnického zařízení. **Tímto se H1 potvrdila.**



#### 4.4.2 Vztahy mezi nezdolností smyslu pro soudržnost a vybranými ukazateli zdraví

Tabulka 9: Korelace mezi smyslem pro soudržnost a deprese

	SOC	C	MA	ME	SDSi
SOC	1				
C	0,76	1			
MA	0,92	0,56	1		
ME	0,77	0,27	0,69	1	
SDSi	<b>-0,41</b>	-0,20	-0,43	-0,38	1

Vysvětlivky: SOC – celková hodnota smyslu pro soudržnost, C - srozumitelnost (Comprehensibilita), MA – zvládnutelnost (manageability), ME-smysluplnost (meaningfulness), SDSi – sebesuzovací stupnice deprese.

Statisticky významné vztahy mezi smyslem pro soudržnost a deprese potvrzuje tabulka 9: SDSi : SOC ( $r = -0,41$ ).

Vyšší hodnota SOC souvisí s méně závažnými projevy deprese. **Tímto se H2 potvrdila.**

Tabulka 10: Korelace mezi SOC a oblastmi dotazníku Stress Profile

	SOC	STR	ZDR	CVI	ODP	JIT	PRV
SOC	1						
STR	<b>-0,44</b>	1					
ZDR	<b>0,47</b>	-0,42	1				
CVI	<b>0,26</b>	-0,17	0,50	1			
ODP	<b>0,32</b>	-0,39	0,55	-0,11	1		
JIT	<b>0,28</b>	-0,27	0,76	0,38	0,21	1	
PRV	<b>0,29</b>	-0,22	0,64	0,07	0,31	0,30	1

Vysvětlivky: SOC - celková hodnota smyslu pro soudržnost, STR – stres, ZDR – zdravotní návyky, CVI – cvičení, ODP – odpočinek, JIT – jídlo, PRV - prevence.

Statisticky významné vztahy mezi celkovou hodnotou SOC a položkami Stress Profile potvrzuje tabulka 10: SOC : STR ( $r = -0,44$ ), SOC : ZDR ( $r = 0,47$ ), SOC : CVI ( $r = 0,26$ ), SOC : ODP ( $r = 0,32$ ), SOC : JIT ( $r = 0,28$ ), SOC : PRV ( $r = 0,29$ ).

Vyšší hodnoty SOC souvisí s dodržováním zásad zdravého životního stylu.  
**Tímto se H 3 potvrdila.**

*Tabulka 11: Korelace mezi SOC a subjektivní pohodou*

	SOC	POHODA
SOC	1	
POHODA	<b>0,71</b>	1

Vysvětlivky: SOC - celková hodnota smyslu pro soudržnost,  
POHODA - subjektivní pohoda.

Statisticky významný vztah mezi SOC a subjektivní pohodou potvrzuje  
tabulka 11: SOC : POHODA ( $r = 0,71$ ).

Vyšší hodnoty SOC souvisí s vyšší subjektivní pohodou. **Tímto se H4 potvrdila.**

## 4.5 Souhrn

Závěrem empirické části bakalářské práce jsou zjištěné výsledky shrnuty do několika vět. Cílem této části bylo zmapovat psychické důsledky výkonu profese zaměstnanců zdravotnictví a možný moderující vliv salutoprotektivních faktorů životního stylu s důrazem na závažný jev - syndrom vyhoření.

Začátkem výzkumu byly stanoveny 4 hypotézy. První hypotéza se týkala deprese, zdali se u více jak 25 % respondentů projevují její známky. Zjištěno bylo, že projevy deprese nese 74 % dotazovaných, tato hypotéza byla potvrzena (viz graf 5). Deprese je jedním z možných ukazatelů vyhoření, na základě toho se o depresi více zajímáme i v druhé hypotéze, ve vztahu se smyslem pro soudržnost. Je vyšší hodnota smyslu pro soudržnost spojena s méně závažnými projevy deprese? Bylo zjištěno, že ano. Hypotéza byla tímto potvrzena (viz tabulka 9). Další hypotéza byla také potvrzena, a zjišťován byl vztah smyslu pro soudržnost a vybraných položek z dotazníku Stress Profile (stres, zdravotní návyky, cvičení, odpočinek, jídlo a prevence). Bylo zjištěno, že vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost jsou spojovány s dodržováním zásad zdravého životního stylu (viz tabulka 10). Poslední hypotéza ověřuje korelace mezi smyslem pro soudržnost a subjektivní pohodou jedince. Korelace vyšla ( $r = 0,71$ ), což napovídá tomu, že i poslední hypotéza se potvrdila a vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost jsou spojeny s vyšší subjektivní pohodou.

Výše zmíněné výsledky šetření potvrzují, že salutoprotektivní faktory jako je sociální opora, resilience nebo coping jsou pro jedince v takovémto pracovním prostředí více než nutností. Pokud jimi není člověk vybaven, jednodušeji podlehne stresu, později depresi, syndromu vyhoření a jiným závažným jevům zmíněným v teoretické části této práce.

## 5 Závěr

Závěrem celé bakalářské práce, která nese název Syndrom vyhoření ve zdravotnictví, bych ráda shrnula pár poznatků, které přicházely samovolně, při psaní.

V teoretické části jsou zmíněny všechny tři kapitoly, které byly v úvodu práce stanoveny. Kapitoly jsou dle možného rozsahu popsány, čtenářům poskytnuty základní, avšak velice užitečné a přínosné informace související se syndromem vyhoření. Jde především o jeho příčiny, kterými je psychická zátěž a stres. Dále je popsán samotný syndrom vyhoření a jevy jemu velmi blízké jako je deprese a chronický únavový syndrom. Na konec teoretické části bylo vhodné uvést protektivní faktory zvládnání syndromu vyhoření, mezi které řadíme sociální oporu, coping nebo resilienci.

Empirická část obsahuje kapitolu s názvem Okolnosti syndromu vyhoření. I v této kapitole nalezneme několik podkapitol, ve kterých je stanoven výzkumný cíl a hypotézy výzkumu, výzkumný soubor a popis použitých metod (SOC, SDS, Stress Profile). Nejdůležitější je však podkapitola, která pojednává o výzkumu a jeho výsledcích.

Ptáček, Raboch, Kebza a kol. (2013, s. 79-86) ve své knize Burnout syndromu jako mezioborový jev uvádějí jeden z výzkumů právě u všeobecných zdravotních sester. Popisují průběh syndromu vyhoření i jeho příčiny. Opomíjejí však možnosti jeho prevence, možnosti jeho tlumení a pomoci salutoprotektivními faktory životního stylu. Pojdme si proto nyní podkapitolu o výzkumu a výsledcích stručně shrnout. Stanoveny byly čtyři hypotézy, které se potvrdily. Zjištěno bylo, že téměř 75 % respondentek vykazuje znaky deprese (H1), pokud však mají hodnotu smyslu pro soudržnost vyšší, jsou projevy deprese méně závažné (H2). Dále bylo zjištěno, že vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost jsou také spojovány s dodržováním zásad zdravého životního stylu (H3) a vyšší subjektivní pohodou (H4). Bakalářská práce v návaznosti na uvedené autory dílčím způsobem ověřuje roli salutoprotektivních faktorů v etiologii syndromu vyhoření.

Posledními větami bych ráda připomněla, že syndrom vyhoření je v dnešním rychle plynoucím světě velkým fenoménem. Situací, které nás ohrožují, zažíváme více, než těch, které nám pomáhají. Važme si proto rodiny, přátel, volného času a odpočinku. Využívejme jej efektivněji a uvolněme se, je to právě to, co nám pomáhá.

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1: Linie nespecifických změn v psychice

Tabulka 2: Taxonomie zátěžových situací

Tabulka 3: Škála životních událostí (Holmes a Rahe 1967)

Tabulka 4: Klasifikace stresorů

Tabulka 5: Příznaky BOS

Tabulka 6: Zdravotní potíže pacientů s CFS

Tabulka 7: Protektivní faktory – zdroj resilience (na úrovni jedince, rodiny, komunity a kultury)

Tabulka 8: Hodnocení oblasti Stress Profile

Tabulka 9: Korelace mezi smyslem pro soudržnost a depresí

Tabulka 10: Korelace mezi SOC a oblastmi dotazníku Stress Profile

Tabulka 11: Korelace mezi SOC a subjektivní pohodou

## **Seznam grafů**

Graf 1: Struktura respondentů dle pohlaví.

Graf 2: Struktura respondentů dle věkových kategorií.

Graf 3: Struktura respondentů dle dosaženého vzdělání.

Graf 4: Struktura respondentů dle délky praxe.

Graf 5: Znamky deprese u dotazovaného souboru respondentů.

## Seznam použitých zdrojů

### Odborná literatura

*DUŠEVNÍ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize.* 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-11-5.

HERMAN, Erik a Pavel DUBEK. *Deprese a stres: Vliv nepříznivé životní události na rozvoji psychické poruchy.* Praha: Marxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-157-8.

HERMAN, Erik, Ján PRAŠKO a Dagmar SEIFERTOVÁ. *Konziliární psychiatrie.* Praha: Medical Tribune CZ, 2007. ISBN 978-80-903708-9-0.

HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření.* Praha: Vyšehrad, 2015. ISBN 978-80-7429-552-2.

HOŠEK, Václav. *Psychologie odolnosti.* Praha: Karolinum, 1994. ISBN 80-7066-976-4.

JANŮ, Luboš a kolektiv. *Chronický únavový syndrom.* Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-416-0.

KAČINETZOVÁ, Alena. *Chronický únavový syndrom.* 2. vyd. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-052-1.

KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví.* Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření: Informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu.* 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80 - 7071 - 231 - 7.

KRAUS, Blahoslav a et al. *Životní styl současné české rodiny.* Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-544-8.

KRASKA-LUDECKE, Kerstin. *Nejlepší techniky proti stresu.* Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1833-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi.* 3. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4774-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres.* Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-121-6

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví.* Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.

- MELGOSA, Julián. *Zvládni svůj stres!: Kniha o duševním zdraví*. Praha: Advent-Orion, 1997. ISBN 80-7172-240-5.
- MIKŠÍK, Oldřich. *Psychika osobnosti v období závažných životních a společenských změn*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1600-1.
- NEŠPOR, Karel. *Sebeovládání: Stres, rizikové emoce a bažení lze zvládat!*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0482-4.
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010. ISBN 987-80-247-2959-6.
- PELCÁK, Stanislav. *Osobnostní nezdolnost a zdraví*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. ISBN 978-80-7435-342-0.)
- PELCÁK, Stanislav. *Stres a syndrom vyhoření*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-576-9.
- PRAŠKO, Ján, Katarína ADAMCOVÁ, Hana PRAŠKOVÁ a Jana VYSKOČILOVÁ. *Chronická únava: Zvládání chronického únavového syndromu*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-139-5.
- PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Proti stresu krok za krokem: aneb jak získat klid a odolnost vůči nepohodě*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0068-9.
- PTÁČEK, Radek, Libuše ČELEDOVÁ a kol. *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1998-9.
- PTÁČEK, Radek, Jiří RABOCHA, Vladimír KEBZA a kol. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-5114-6.
- ŠOLCOVÁ, Iva. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2947-3.
- ŠTIKAT, Jiří, Milan RYMEŠ, Karel RIEGEL a Jiří HOSKOVEC. *Psychologie ve světě práce*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0448-5.
- TICHÁ, Iveta. *Psychologie zdraví 2*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3367-7.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 9788024618326.

## **Elektronické zdroje**

Deprese a její léčba. *Dobrapsychitrie.cz* [online]. 2010 [cit. 2017-02-12].

Dostupné z: <http://www.dobrapsychiatrie.cz/deprese/deprese-a-jeji-lecba>