



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Burn-out v přednemocniční a nemocniční péči u nelékařských zdravotnických pracovníků

Vypracoval: Jana Šašková
Vedoucí práce: PhDr. Vlastimila Urbanová

České Budějovice 2014

Anotace

Syndrom vyhoření je stav fyzického, emocionálního a psychického vyčerpání. U zdravotnických pracovníků je riziko vzniku syndromu vyhoření poměrně vysoké, a proto by měl být kladen důraz na jeho prevenci.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda je větší riziko syndromu vyhoření u pracovníků Zdravotnické záchranné služby než u nemocničních pracovníků. Dalším dílčím cílem bylo zjistit vliv délky praxe a pracovního zařazení na psychickou stránku zdravotníků. Bakalářská práce byla též zaměřena na způsoby prevence stresu a syndromu vyhoření.

Ke zjišťování míry vyhoření bylo použito kvantitativní šetření pomocí standardizovaného dotazníku MBI. Ke zjišťování, zda zdravotničtí pracovníci provádějí prevenci syndromu vyhoření, byl vytvořen dotazník, který obsahoval 11 otázek. Standardizovaný dotazník MBI byl vyhodnocen pomocí škály. Prevence vzniku vyhoření byla vyhodnocena v rámci Jihočeského kraje pomocí tabulek a grafů.

Bylo zjištěno, že nemocniční pracovníci jsou mnohem náchylnější ke vzniku syndromu vyhoření než pracovníci Zdravotnické záchranné služby. Z výzkumu vyplynulo, že čím je délka praxe delší, tím se zvyšuje riziko vyhoření u zdravotníků. Většina pracovníků se snaží vyhoření předcházet, ale při srovnání s počtem vyhořelých pracovníků, se tato prevence ukazuje jako málo účinná.

Klíčová slova:

syndrom vyhoření, nemoc, nelékařští pracovníci, přednemocniční péče, nemocniční péče, prevence Burn-out syndromu, psychická zátěž

Abstrakt

The "burn out" syndrom is the state of a physical, emotional and psychical exhaustion. There is a relatively big danger of the "burn out" syndrom emergence by the paramedics and that is why there should be given a big stress to its prevention.

The aim of this bachelor's work was to find out if there is a bigger "burn out" syndrom by the paramedics than by hospital paramedics. The next aim was to find out the influence of the practice' lenght and of the work falling in to the psychical point of view to the paramedics.

It was used the investigation of quantity through the standartised quostionnaire to find out the "burn out" level. We created a quostionnaire that contained 11 questions to find out if the paramedics have the prevention against the "burn out" syndrom. The standartised quostionnaire MBI was evaluated in the area of the South Bohemian region through the charts and graphs.

It was found that the hospital paramedics are more inclinating to the "burn out" syndrom than the ambulance service paramedics. Followingly the investigation, there is a bigger risk of "burn out" syndrom by paramedics with the longer practice. The most of the paramedics try to prevent the "burn out" syndrom but the prevention didn't appear to be efficient in comparison to the number of "burn out" paramedics.

Key words:

burn out syndrom, illness, non-paramedics, pre-hospital care, hospital care, burn out syndrom prevention, psychical burden

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne

.....

Jana Šašková

OBSAH:

1 ÚVOD	7
2 TEORETICKÁ ČÁST	9
2.1 Psychická zátěž a stres.....	9
2.1.1 Psychická zátěž.....	9
2.1.2 Náročná životní situace.....	9
2.1.3 Stres.....	10
2.1.4 Reakce na zátěž.....	12
2.1.5 Důsledky psychické zátěže a stresu.....	13
2.1.6 Prevence a zvládnání stresu.....	13
2.2 Burn-out syndrom.....	14
2.2.1 Profese ohrožené Burn-out syndromem.....	15
2.2.2 Jak vzniká Burn-out syndrom.....	15
2.2.3 Projevy Burn-out syndromu.....	15
2.2.4 Diagnostika syndromu.....	17
2.2.5 Rizikové faktory osobnostní a profesní.....	18
2.2.6 Prevence syndromu.....	21
2.2.7 Léčba syndromu.....	26
2.3 Komunikace s pacientem.....	28
2.3.1 Nemoc jako náročná životní situace.....	28
2.3.2 Osobnost nemocného	28
2.3.3 Postoj nemocného k nemoci.....	29
2.3.4 Komunikace.....	30
2.3.5 Efektivní komunikace s pacientem.....	31
2.4 Přednemocniční a nemocniční péče.....	31
2.4.1 Organizace přednemocniční péče.....	32
2.4.2 Organizace nemocniční péče.....	33

2.5 Profese zdravotníka.....	34
2.5.1 Interpersonální vztahy.....	34
2.5.2 Osobnost zdravotnického pracovníka.....	33
2.5.3 Rizika zdravotnické profese.....	35
3 METODIKA.....	36
3.1 Stanovení výzkumného cíle.....	36
3.2 Stanovení hypotéz.....	36
3.3 Charakteristika výzkumného souboru	36
3.4 Použitá metodika a způsob sběru dat.....	37
3.5 Zpracování a vyhodnocení dat.....	37
4 VÝSLEDKY.....	42
4.1 Výsledky v rámci vybraných okresů Jihočeského kraje.....	42
4.1.1 Porovnání mezi přednemocničním a nemocničním zařízením.....	42
4.1.2 Porovnání vyhoření u pracovníků dle délky praxe.....	44
4.1.3 Vliv pracovního zařazení na míru vyhoření.....	45
4.2 Výsledky z vybraných okresů.....	47
4.3 Míra vyhoření mezi chirurgickými a interními obory v rámci kraje.....	48
4.4 Míra vyhoření mezi ambulantní a lůžkovou částí.....	50
4.5 Míra vyhoření dle věku respondentů.....	51
4.6 Vyhodnocení III. části výzkumného dotazníku.....	53
4.6.1 Prevence syndromu vyhoření.....	53
4.6.2 Vyhodnocení úspěšnosti prevence syndromu vyhoření.....	57
4.7 Hypotézy.....	58
5 ZÁVĚR.....	69
5.1 Doporučení pro praxi.....	70
6 POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY.....	71

1 ÚVOD

Dnešní doba je dobou velice uspěchanou. Na každého z nás působí řada vnějších i vnitřních faktorů, které mohou mít negativní vliv na náš organismus a to jak na stránku somatickou, tak na psychickou. Společnost na nás klade vysoké nároky, neustále se za něčím ženeme, nemáme čas na odpočinek a přestáváme se radovat z maličností. Již od dětství na nás působí stresující faktory. Někdy jimi mohou být samotní rodiče, kteří chtějí, aby z nás něco bylo, abychom získali dobré zaměstnání. Jindy to mohou být naše vlastní pocity, abychom neselhali a nezklamali jejich očekávání.

Postupem věku, když dostudujeme, řada lidí nastoupí do zaměstnání, jiní mají problém, aby je někdo zaměstnal. Již v tuto dobu nastává u řady z nás období, kdy jsme vystaveni neustálému tlaku z našeho okolí. V případě neschopnosti najít práci se stresujícím faktorem stává nejenom samotná nezaměstnanost, ale i blízká rodina, která na nás tlačí, abychom si konečně něco našli. Pokud práci máme, stane se stresorem pro nás samotné zaměstnání. Musíme se učit něco nového, zjistíme, že mnoho věcí, které jsme se ve škole naučili, v praxi vůbec nefunguje a co se spolupracovníků a vedoucích pracovníků týče, nemusíme si býti s některými zrovna sympatičtí. Snažíme se pracovat na 120%, aby s námi zaměstnavatel byl spokojený, protože to, že práci máme, neznamená, že ji budeme mít i v budoucnu. Náš stres při nástupu do práce postupně opadá s tím, čím se toho více naučíme, ale strach o zaměstnání zůstává téměř po celý zbytek našeho života. Kromě pracovního života máme i život soukromý, kdy na nás mohou dopadat chmury, zda najdeme partnera na celý život, zda budeme moci mít potomky, zda nám vydrží manželství, zda budeme zdraví atp.

Krátké působení stresu na náš organismus má stimulující účinek, ale pokud na nás stres působí trvale, může to vést k různým psychickým problémům, v neposlední řadě i k syndromu vyhoření. Pokud se rozhlédnu kolem sebe, vnímám, jak se mí spolupracovníci během let postupně mění, jak je práce přestává bavit, nemají žádnou motivaci, protože je stejně nikdo neocení. Tak jak dříve chodili do práce rádi, tak nyní chodí do práce s nechutí a s myšlenkami na to, jaký problém se opět vyskytne, kolik tam bude práce a co kdo po nich bude *zase* něco chtít. Mnoho z nich často říká, že je práce již nebaví tak jako dříve, a já mám pocit, že i když vědí, co je syndrom vyhoření, tak nikoho z nich ani nenapadne, že by se to mohlo týkat zrovna jich.

Cílem mé práce je zjistit a poukázat na to, zda opravdu u nich jde pouze o otupění, nebo jsou skutečně již polapeni touto nenápadnou, ale přesto velice zákeřnou nemocí.

Zvláště u našeho povolání je riziko vzniku vyhoření poměrně vysoké. Bylo provedeno mnoho výzkumů na syndrom vyhoření, avšak většina z nich se zabírala spíše rizikem vzniku nemoci u lékařů nebo u veškerých zdravotnických pracovníků. I z tohoto důvodu je má bakalářská práce zaměřena pouze na nelékařské zdravotnické pracovníky (zdravotní sestry a záchranáře).

Předpokládám, že výsledek mé práce bude procentuálně srovnatelný s výzkumy, které byly v minulosti provedeny na výzkumném souboru složeném pouze z lékařů nebo ze všech zdravotnických pracovníků.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Psychická zátěž a stres

Psychická zátěž a mírný stres mají pro náš organismus kladný význam. Povzbuzují nás k aktivnímu překonávání a zvládnání úkolů. Déle trvající zátěž však může naše tělo negativně ovlivňovat a mohou vznikat somatická i psychická onemocnění.

2.1.1 Psychická zátěž

Psychická zátěž je souhrn všech vlivů, které na člověka doléhají z vnějšího prostředí a které působí na jeho organismus a zejména psychiku. Největší psychické nároky na nás působí v zaměstnání, kde jsou na nás kladeny velké nároky. Pokud jsou na nás kladeny velké nároky po delší dobu, mohou tyto problémy přerůst v psychosomatické onemocnění. Je nutné zavčas rozeznat psychickou zátěž a přijmout ochranná opatření, aby nedošlo k závažnějším důsledkům. Faktory vyvolávající psychickou zátěž mohou být například časový tlak, mobbing, bossing, nedostatek informací, velká odpovědnost, špatné pracovní podmínky atd. (Richter a kol., 2010).

Mezi typy zátěží můžeme zařadit *stres*, *frustraci*, což jsou situace, kdy je jedinci bráněno dosáhnout uspokojení jeho potřeb, *konflikt*, který je součástí běžného života, ale pokud dojde k jeho kumulaci, stane se zátěží, *trauma*, to jsou náhle vzniklá situace, kdy dojde k nějaké poruše nebo ztrátě (smrt blízké osoby, nehoda), *krizi*, vyznačující se neschopností řešit problémy běžnými způsoby, *deprivaci*, stav, kdy nejsou dostatečně uspokojovány potřeby jedince (Jeklová a Reitmayerová, 2006).

2.1.2 Náročné životní situace

Každý z nás je po celý život ovlivňován prostředím kolem nás a je nucen se stále vyrovnávat se změnami, které život přináší. Tyto překážky se stávají nedílnou součástí našeho života a je pouze na jedinci, jak se s těmito změnami vyrovná. Každý se setkává každodenně se situacemi, kdy dochází k jeho zklamání, musí řešit komplikované problémy. Tyto situace mohou vést k vnitřnímu napětí a neklidu a mohou ovlivňovat naše prožívání a jednání. Pokud se tyto překážky stanou příliš velkými nad možnosti

jedince, může se zhroutit jeho adaptace a může být negativně ovlivněno zdraví jedince i jeho psychická pohoda. Častá a dlouhá kompromitace s těmito změnami může vést k tomu, že změny se stanou pro jedince stresorem (Zacharová a kol., 2007).

2.1.3 *Stres*

Stres je nespecifická odpověď organismu na psychickou zátěž. Jde o vztah mezi dvěma silami, které působí protikladně. Stres v nás vyvolávají *STRESORY*, což jsou situace, které u jedince vyvolávají stresovou reakci. Stresory mohou být příjemné i nepříjemné (svatba X rozvod). Mírný stres má kladný vliv na náš organismus, neboť nás povzbuzuje v efektivním překonávání a zvládnání úkolů. Děletrvajícím zátěž však způsobuje psychosomatické choroby, snižuje pracovní výkon, negativně ovlivňuje naši paměť, koncentraci a soustředění (Cungi, 2001).

Žijeme v uspěchané době. Na každého z nás působí mnoho stresorů, v rodině, v zaměstnání i ve společnosti. Stresory jsou v první řadě *fyzické* např. hluk, hlad, velké množství podnětů, dále *psychické* jako např. mnoho změn v krátkém časovém úseku, vysoké nebo nízké vytížení, časová tíseň a *sociální* např. konflikty s kolegy v zaměstnání nebo ztráta milované osoby. Čím je stresor intenzivnější, tím je nižší schopnost jej zvládat. Na druhé straně jsou, *SALUTORY*, naše obranné schopnosti, které nám pomáhají zvládat zátěžové situace (Ave- comp. s.r.o., ©2008).

Stres rozdělujeme na *eustres* a *distres*.

Eustres je pozitivní stres, který náš organismus stimuluje.

Distres je stres, který nás negativně ovlivňuje nejen psychicky, ale též fyzicky.

Dnes každý třetí až čtvrtý člověk na světě potřebuje během svého života psychiatra. Množí se stavy úzkosti, obavy z nezvládnutí úkolů, agresivita k okolí, strach z nezaměstnanosti, ze ztráty zaměstnání. To vše vede lidi k tomu, že pracují mnohem více, než musí. Velká část labilních a méně odolných jedinců reaguje na stres nevhodným způsobem, nejčastěji nervovým zhroucením. Na blížící se nervové zhroucení nás upozorňují varovné příznaky. Jsou jimi např. únava, která se objevuje po ránu

i po odpočinku. Co jsme dříve zvládali lehce, nám nyní trvá mnohem déle. Mohou se objevovat potíže s koncentrací. Člověk se nemůže soustředit na konkrétní věc,

myšlenky mu stále těkají sem a tam. Objevuje se nespavost, jedinec velmi těžce usíná, často se budí a ráno se mu nechce vstávat. Velmi časté jsou střevní potíže, ať už zrychlená nebo zpomalená peristaltika. Člověk může být popudlivější, kdy jedince rozčílí každá maličkost, reaguje přehnaně, těžko ovládá své emoce. Stres nás ovlivňuje i po somatické stránce výkyvy krevního tlaku. Někteří jedinci mohou mít sklony k hypertenzi, po ránu naopak k hypotenzi, musí pomalu vstávat, objevují se bolesti na hrudi, potíže s dechem (Cimický, 1994).

Na stresory se adaptujeme pomocí adaptačního syndromu, který má tři fáze:

1. Fázi poplachovou, kdy dochází ke zrychlení pulzu, hypotenzi, zmenšení svalového napětí.
2. Fázi rezistence, která se vyznačuje stavem pohotovosti a vypětím organismu.
3. Fázi vyčerpanosti, kdy se dostavuje únava a adaptační reakce na stres se vyčerpává (Cungi, 2001).

Každý z nás odolává stresu jinak. Reakce jedince závisí na jeho vrozených a získaných schopnostech. Cimický (1994) podle odolávání stresu rozděluje jedince do tří skupin.

Skupina A- jsou lidé, kteří jsou impulsivní, agresivní, uspěchaní, ve stresových situacích se jim zrychluje pulz. Tato skupina je ohrožena kardiovaskulárními nebo gastrointestinálními obtížemi.

Skupina B- jsou jedinci vyrovnaní, klidní, nesnáším se umějí postavit přiměřeně.

Skupina C- tito lidé prožívají trápení a nesnáze pouze ve svém nitru, nedávají najevo své emoce, umějí se ovládat. Jsou ohroženi infekcemi, sníženou imunitou, únavou a depresemi.

Cungi (2001) rozděluje ve své knize reakce na stres do 4 skupin:

- 1) Citové reakce- zlost, pláč, hněv, zmatek, strach, podrážděnost.
- 2) Fyzické reakce- tachykardie, tachypnoe, pocení, zrudnutí nebo zblednutí, zvýšený svalový tonus, bolesti břicha.
- 3) Reakce v chování a činnosti- na stres se reaguje tím, že musíme něco dělat (popocházet, křičet, nadávat, kouřit, pít alkohol).

- 4) Reakce na stres tím, že o něm přemýšlíme- nejsme schopni soustředit se na něco jiného, stále se ke stresové situaci vracíme, často hovoříme sami k sobě, přemýšlíme o tom, jak jsme to vyřešili a zda by bylo jiné řešení lepší, co jsme udělali špatně. Často nám tyto vtíravé myšlenky narušují spokojený spánek, situace se nám objevuje ve snech.

2.1.4 Reakce na zátěž

Každý z nás reaguje na zátěž jiným způsobem. Ovlivňuje nás naše osobnost, prostředí, které nás obklopuje i situace, která zátěž vyvolala. Naše obranné mechanismy nám pomáhají udržet psychickou rovnováhu. Reakce na zátěž může být obvyklá, méně obvyklá nebo maladaptivní. Mezi reakce na zátěž řadíme:

- 1) *Agresi*, která se může projevovat křikem, zlostí, fyzickým násilím, slovním napadáním. Jinou formou projevu agrese může být výstřední vzhled, hlasitý smích, mluva.
- 2) *Negativismus*, který se projevuje nejčastěji u dětí tím, že dělají přesně opak toho, co se po nich žádá. Někdy toto chování může signalizovat potřebu pozornosti. Negativismus může být aktivní, kdy jedinec dělá pravý opak toho, co chceme nebo pasivní, kdy jedinec nereaguje na pokyny.
- 3) *Regresi*, kdy se jedinec navrácí k chování z dřívějšího vývojového období (dospělý se chová jako dítě).
- 4) *Fixaci*, při které jedinec ustrne na určitém způsobu chování k jiné osobě.
- 5) *Projekci*, kdy jedinec svádí vinu za svůj přestupek na někoho jiného. Dospělý často připisuje vinu svého neúspěchu někomu jinému, úspěšnějšímu.
- 6) *Racionalizaci*, při které dochází k rozumovému vysvětlení problému. Jedinec si sám je schopen vysvětlit, proč v konkrétní situaci jedná tak, jak jedná.
- 7) *Únik*, patří k častým formám neadaptivního chování. Mezi únik řadíme fyzický útěk, slovní útěk, sebevraždy, útěk do nemoci, fantazii a útěk k návykovým látkám.
- 8) *Ztotožnění se*, kdy jedinec pozitivní vlastnosti někoho jiného připisuje sám sobě. Může to mít pozitivní vliv na sebevědomí jedince a snížení pocitu méněcennosti.
- 9) *Kompenzaci*, při které se jedinec, který nevyvíká v jedné situaci, snaží hledat situace jiné, v kterých by byl lepší než ostatní.

- 10) *Rezignaci*, kdy se jedinec odevzdá situaci a stává se lhostejným. Tuto reakci často využívají pacienti ve vysokém věku nebo těžce nemocní.
- 11) *Represi*, při níž jedinci potlačují svá přání, aniž by je vyslovili. Příčinou tohoto jednání může být ostych před zdravotnickým personálem při hospitalizaci nemocného.
- 12) *Disociaci*, při níž dochází k rozpadu osobnosti jedince. Bývá charakteristická pro neurózu.
- 13) *Egocentrismus*, projevující se tím, že nemocný pro svůj stav není schopen vnímat své okolí.
- 14) *Izolaci*, která pacientovi může pomoci vyhnout se zklamání, neúspěchu.
- 15) *Opačné reagování*, při kterém se jedinec chová v rozporu se svými přáními (Zacharová a kol., 2007).

2.1.5 *Důsledky stresu a psychické zátěže*

Nejčastější komplikací na akutní stresor je posttraumatický stres, nespavost, průjemy, trvalé napětí. Pokud akutní stres přejde do chronické formy, může se dostavit únava a deprese. Při stresu se často uchylujeme k nezdravým prostředkům, jako jsou cigarety, zklidňující léky a alkohol. Zhoršují se naše stravovací návyky, málo spíme. Později dochází k psychosomatickým projevům, jako jsou například vysoký tlak krve, arytmie, onemocnění gastrointestinálního traktu (vředy žaludku a dvanácterníku), poruchy endokrinních žláz (Cungi, 2001).

U špatných stravovacích návyků se objevují dva typy poruch: První z nich se charakterizuje tím, že člověk jí od rána do večera a ve spěchu a druhá porucha je charakterizována tím, že strava nemá správné složení.

2.1.6 *Prevence a zvládnutí stresu*

Boj se stresem bývá velice těžký. Velká pomoc přichází často ze strany rodiny a přátel. Od nich k nám přichází citová podpora. Mnoho lidí, pokud v nich stres přetrvává, sahá po kompenzačních pomůckách, jako je alkohol, cigarety nebo léky. Účinek těchto látek je krátkodobý a jejich dlouhodobé užívání se stává škodlivým.

Mnohdy mohou negativní psychický stav ještě prohloubit nebo mají špatný vliv na náš organismus. K prevenci a eliminaci stresu se doporučuje dodržovat určitá doporučení.

- Je vhodné snažit se eliminovat stresory, které na nás působí. To znamená odmítat setkání, o kterých vím, že jsou pro mě nepříjemné.
- Úprava emočních návyků. Stres je návyk, člověk by se měl naučit jiný způsob chování, než to, co ho do stresové situace přivedlo. Existují programy na zvládnání stresu např. křičet při rozčilení, plakat při smutku, bojové sporty.
- Žít zdravěji. Správná životospráva, nedodržování pravidelného stravování vede k neurotickým poruchám projevujícím se bolestí hlavy, poruchám spánku, úzkosti, podrážděnosti. Měli bychom snížit konzumaci kalorických a smažených jídel, omezit cukr a alkohol.
- Den by měl být rozdělen na tři třetiny. 1/3 patří práci, 1/3 zábavě a 1/3 odpočinku a spánku.
- Relaxace- naučit se relaxovat bývá dlouhodobá záležitost, někdy trvá až 2 měsíce, než se to člověk naučí.
- Začít myslet jinak. Ve stresu nám myšlenky hrají klíčovou roli. Často jsou pesimistické a soustředí se na to, čeho se bojíme. Docílíme toho pomocí restrukturační myšlenek = terapeutická metoda, spočívající v přeměně automatických myšlenek, které zhoršují deprese nebo stres.
- Vedeme čím dál více sedavější způsob života, jezdíme autem a fyzická aktivita je omezena. Dostatek fyzické aktivity nás dělá odolnějšími, silnějšími a klidnějšími. Logicky je považován za zdroj duševní rovnováhy (Cimický, 1994).

2.2 Burn-out syndrom

Burn-out neboli syndrom vyhoření bývá definován různě. Psychologie ho nejčastěji definuje jako stav psychického vyčerpání, které vzniklo v důsledku chronického působení stresu v zaměstnání (Mlčák, 2002). Oficiální definice udává, že jde o subjektivní stav, který se vyznačuje naprostým tělesným, emocionálním a mentálním vyčerpáním. Termín syndrom vyhoření začal první používat v letech 1974-1975 H. J. Freudenberger, který jej charakterizoval jako konečný stav procesu, při němž lidé ztrácejí svůj entusiasmus a svou motivaci (Křivohlavý, 2012).

Syndromem vyhoření trpí velké množství lidí. Každý z nás se může setkat s dlouhodobým stresem a někdy je těžké najít z něj cestu ven. Tento stav se vyskytuje v profesích, pro které je typická vysoká pracovní náročnost a intenzivní kontakt s lidmi. Objevuje se zejména v tzv. „pomáhajících profesích“.

2.2.1 Profese ohrožené Burn-out syndromem

Vyhoření může postihnout téměř každého. Setkáváme se s ním zejména v profesích, kde se setkáváme s vysokým psychickým vypětím. Může se objevit i u lidí, kteří jsou vystaveni dlouhodobému působení situací, kdy se musí starat o nemohoucí nebo dítě. Nejvíce však vzniká ve spojení se zaměstnáním, které je charakterizováno častým kontaktem s druhými lidmi- pomáhající profese. Mezi tyto profese patří např. sociální pracovníci, psychologové, právníci, prodavači, operátoři callcenter, manažeři, novináři, učitelé, zdravotničtí pracovníci, policisté, hasiči a další (psychoweb, ©2008-2013).

2.2.2 Jak vzniká Burn-out syndrom

Syndrom vyhoření není nemoc, nýbrž proces, který se postupně rozvíjí. Každý z nás prožívá někdy akutní stres, který může při dlouhodobém působení stresorů přejít ve stres chronický. Důsledky chronického stresu se projevují pomalu. K syndromu vyhoření dochází během několika měsíců až let a tento stav prochází určitými fázemi. Začíná se měnit profesionální chování člověka, ztrácí zájem o klienta. Nejbližší zaznamenávají, že není vše v pořádku. Stres ze zaměstnání pomalu postupuje do soukromého života jedince.

2.2.3 Projevy Burn-out syndromu

Pro podobnost projevů vyhoření s jinými nemocemi, může docházet k zaměňování s těmito nemocemi, jako například s depresí, únavou, akutním stresem, nebo s depersonalizací. Syndrom vyhoření se projevuje třemi základními symptomy. Vyčerpáním, odcizením a poklesem výkonosti.

Vyčerpanost, kdy se pacient cítí fyzicky i emočně vysílený. Po psychické stránce se cítí sklíčený, bezmocný, mívá pocity strachu, prázdnoty, nezvládá své pocity, snadno vybuchuje nebo se rozpláče, bývá podrážděný, přestává být citlivý vůči druhým lidem, vytrácí se radost z práce i z kontaktu s lidmi. Rodina se pro něj stává přítěží místo zdroje uspokojení. Po fyzické stránce má málo energie, bývá unavený, má poruchy spánku, těžko usíná, často se budí a k ránu se mu chce nejvíce spát, poruchy paměti, soustředění, má oslabenou imunitu s náchylností k infekčním onemocněním, gastrointestinální a kardiovaskulární obtíže (žaludeční vředy, pocity palpitací, stenokardií).

Odcizení. Pracovník, který byl z počátku pro svou práci zapálený, dělal ji s radostí a velkou dávkou pozitivní energie, má najednou lhostejný postoj nejen k práci, ale i ke svému okolí. Má nechuť stýkat se se svými kolegy, pacienty či zákazníky. Má negativní postoj i k životu, práci i k sobě samému. Těžko navazuje nové sociální kontakty, má problém s udržením stávajících vztahů s okolím.

Pokles výkonnosti jedince. Postižený ztrácí důvěru ve vlastní schopnosti, proto klesá jeho produktivita. Jde pouze o subjektivní hodnocení, které postupně přechází do objektivního. Potřebuje mnohem více času na vykonání určitého výkonu, který dříve zvládal ve velmi krátkém čase a bez větších problémů. Jeho schopnost regenerace se prodlužuje a délka odpočinku musí být mnohem delší pro nabrání fyzických i psychických sil. Dochází ke ztrátě motivace k práci, bývá nerozhodný.

Syndrom vyhoření probíhá v několika stádiích. Různí autoři popisují různý počet stádií, nejčastěji 4 nebo 5. Tento proces začíná již v době nástupu do zaměstnání. Postižený může fázemi procházet postupně, některé však může zcela přeskočit. Bartošíková (2006) uvádí 4 vývojové fáze podle C. Maslachové. Tento popis je vhodný u zdravotnických pracovníků.

První fází je *nadšení* pro práci. Jedinci se vrhají do práce, o které mají zkreslené představy, ideály, rádi pomáhají všem a dochází k pracovnímu přetěžování. Práce je pro ně smysluplná, naplňuje je.

Druhou fází je *stagnace*. Dostavuje se vyčerpanost psychická i fyzická. Počáteční nadšení postupně upadá, zjišťují, že vložená energie se ne vždy vrací zpět, začínají mít pocity nevděku. Dochází k uvědomování si nedostatečného finančního

ohodnocení, málo volného času, profese už nestojí v centru jejich zájmu, některé věci se jim začínají zdát naprosto zbytečné.

Ve třetí fázi dochází k *frustraci*. Jedinci se odcizují svému okolí, negativně vnímají sociální okolí, mívají obranné postoje. Objevují se úvahy, zda zvolili dobře při volbě povolání, začínají hledat nějakou změnu nejen v profesi, ale i v soukromém životě.

Poslední fází je *apatie*. Jedinci jsou vyčerpání, lhostejní, negativističtí. Práce se stává pouze zdrojem zisku financí pro obživu, práci vykonávají pouze „do výše svého platu.“ Snaží se minimalizovat kontakt nejen se spolupracovníky, ale i s klienty, nemají zájem o nic nového.

Kopřiva (2006) uvádí tři cesty, které vedou k syndromu vyhoření. Tento popis se spíše hodí pro jiné pomáhající profese, než jsou zdravotničtí pracovníci. Jednou cestou je „Ztráta ideálů“, kdy se prvotní nadšení z práce postupně vytrácí, dochází ke ztrátě smyslu práce a ztrátou důvěry v sebe sama. Další cestou je závislost na práci neboli „workoholismus“, jde o vlastní potřebu před něčím uniknout. Pokud má člověk příliš vysoké pracovní nasazení a málo času na regeneraci, snadno propadá syndromu vyhoření. Poslední cestou je „teror příležitosti“. Jde o pocit, kdy lidem roste práce pod rukama ne z důvodu, že by pomalu ubývala, ale proto že úkolů přibývá. Zároveň časem zjišťují, že dostát všem závazkům vyčerpá všechny jejich čas a energii.

2.2.4 Diagnostika Burn-out syndromu

K diagnostice syndromu vyhoření se dnes nejčastěji používají dotazníkové metody, je však možné, aby ho diagnostikoval lékař na základě projevů, které pacient má. Je možné ho diagnostikovat i na základě pozorování změn, které se s pacientem dějí. Pozorování je možné provádět subjektivně (já sám sebe pozoruji, vnímám změny, které u mě nastali), nebo objektivně (pozorování druhými lidmi, kteří si změn všimli).

Dotazník autorů Hawkins, Minirth, Maier a Thurs-man je vhodný pro toho, kdo si chce sám zjistit, jak to s ním ohledně syndromu vyhoření vypadá. Výhodou tohoto dotazníku je, že nám ukazuje v jakém stádiu vyhoření zkoumaný je (respektuje vyhoření jako proces, který se vyvíjí). Pokud v něm na většinu otázek dotazovaný odpoví „ANO“, naznačuje to, že může k syndromu vyhoření dojít. Dále je možné použít

dotazník BM (Burnout Measure), jehož autory jsou A. Pinesová a E. Aronson. Tento dotazník se zabývá celkovým vyčerpáním (emocionálním, fyzickým a duševním). Kladem tohoto dotazníku je, že má vysokou míru shody mezi údaji, kdy se hodnotí člověk sám a kdy ho hodnotí někdo jiný.

Dalším možným způsobem, jak zjistit syndrom vyhoření u člověka, je dotazníková metoda MBI- metoda Maslach burnout inventory. Jejími autory jsou C. Maslach a S. Jackson. Touto metodou se diagnostikují 3 činitele, kterými jsou emocionální vyčerpání, depersonalizace a snížení výkonnosti (Křivohlavý, 2012).

2.2.5 Rizikové faktory osobnostní a profesní

Vznik syndromu vyhoření jen podmíněn dvěma faktory. Jsou jimi faktory osobnostní a faktory profesní.

1) Faktory osobnostní

Spouštěčem syndromu vyhoření nemusí být pouze vnější stresory, ale spouštěče mohou být ukryty v charakterových vlastnostech postiženého jedince. Mohou to být vysoké nároky na sebe sama, nároky nadřazených na jedince, zvýšená potřeba uznání, snížené sebehodnocení, nedostatek času na plnění pracovních povinností, atd. Každý člověk má své vzorce chování, své zvyky. Někdo má sklony k perfekcionismu, jiný zase k altruismu. Friedmann & Rosenman (1974, cit. podle Stock, 2012) uvádí 2 osobnostní typy, u nichž rozebírá možná rizika vzniku syndromu vyhoření.

Typ A- Podle výzkumu kardiologů Friedmanna & Rosenmana je u osobnostního typu A riziko vzniku infarktu myokardu 2 krát vyšší než u ostatních lidí. Do typu A se řadí lidé ambiciózní, se smyslem pro povinnost, soutěživý, netrpělivý, perfekcionista, se sklonem k agresivitě. Bývá pro ně typický spěch, podrážděnost a vznětlivost. Do tohoto typu se řadí workoholici. Vystavují se současně několika stresorům, jejichž délka i intenzita jsou vysoké. Mívají nesprávné hodnocení situace: „To zvládnou.“ Výsledkem je nerovnováha mezi aktivitou a regenerací, vypětím a uvolněním. Tito lidé nepocítují téměř žádné obtíže, teprve v okamžiku, kdy jim dojde energie a síla, dochází k fyzické reakci. Riziko vzniku syndromu vyhoření je u nich vysoké.

Typ B- kardiologové tuto skupinu dávají jako protipól typu A. Jsou vyznačováni minimální mírou agresivity, velikou trpělivostí, uvolněností. Jde o skupinu lidí, u kterých je poměrně nízké procento vzniku syndromu vyhoření. Negativní stránka u této skupiny spočívá v nízké angažovanosti, nízké motivaci, která může vést k nespokojenosti jak v zaměstnání, tak v soukromém životě (Křivohlavý, 2012).

Jiné typologie (AVEM- Universita Potsdam) uvádějí 4 typy osobnosti:

typ G- vyznačuje se vysokým, ale nikoliv přehnaným pracovním nasazením, udržuje si v práci potřebný odstup, umí regenerovat. Bývá označován za ideální typ, ke kterému bychom se měli snažit jako zaměstnanci přiblížit.

typ A- tento typ je velice podobný typu A kardiologů Friedmanna & Rosenmana.

typ B- tato skupina lidí je nejvíce náchylná k syndromu vyhoření, mají stále vysoké pracovní nasazení, ale v důsledku fyzického i psychického vyčerpání přestávají být efektivní.

typ S- pracovní nasazení u nich bývá střídme, neprojevují žádnou iniciativu nad rámec svých povinností (Stock, 2010).

Pro vznik syndromu vyhoření jsou důležité i *resilience a coping*.

Resilience je odolnost jedince proti stresu po všech stránkách (fyzické, psychické i emocionální). Schopnost resilience si osvojujeme již jako děti, ovšem v dospělosti je možné tuto vlastnost posilovat.

Coping- je způsob chování, které člověk uplatňuje při obtížných životních situacích. Existují 3 druhy copingu:

Strategie orientované na problém. Jedinec o problému hovoří a rozebírá ho.

Strategie orientované na emoce. Jedinec provozuje procházky nebo jiné činnosti vedoucí ke zklidnění.

Neefektivní postupy. Jedinec se problémovým situacím vyhýbá, nepřipouští si ji nebo ji vědomě potlačuje (dělá, že problém neexistuje).

Své strategie copingu si během života vytváříme sami, přejímáme je od svých blízkých, od svého okolí (Stock, 2010).

2) *Faktory profesní*

Nejčastější příčina vzniku syndromu vyhoření má svůj původ v pracovní oblasti. Náročné pracovní podmínky, soutěživost nebo konflikty mezi kolegy, strach o pozici v zaměstnání vedou u mnohých lidí ke stresu.

V zaměstnání jsme zaplaveni množstvím různých textů a vzdělávacích materiálů. Žijeme v době, kdy jsou kladeny vysoké nároky na poskytované služby flexibilitu a rychlost. Řada lidí je v zaměstnání neustále vyrušována telefony, nutností být kdykoliv k dispozici, a proto soustředit se pouze na jednu jedinou věc, kterou momentálně vykonávají, je téměř nadlidský výkon. Jsme nuceni neustále se učit nové věci, například práci s počítačem a zvládat nové softwary. Jsme podrobováni stále kontrole

ze strany svých nadřízených, a tím vzrůstá nespokojenost zaměstnance a zvyšuje se tím riziko stresu. Někdy nás zaměstnavatel svazuje nesmyslnými pravidly, čímž se nám omezuje rozhodovací pravomoc. Nejsou-li lidé dostatečně odměňováni, pracují bez motivace. Mezi motivátory nepatří pouze finanční ohodnocení, ale i ocenění naší práce ze strany nadřízených a kolegů. Pokud dochází k nespravedlivému hodnocení výsledků, může to být pro zaměstnance demotivující a přispívá to k jeho nespokojenosti. Rizikem se může stát i špatný kolektiv. V zaměstnání trávíme více času než se svou rodinou a přáteli. V případě, že nejsme spokojeni v kolektivu, který je vůči nám nepřátelský, chladný, chybí v něm kolegiální a úcta, výrazně se snižuje pracovní výkonnost. V případě, že dochází k nadřování, podceňování, diskriminaci a nespravedlnosti na pracovišti, vzrůstá cynismus pracovníků a hrozí jim pracovní vyhoření. Častým problémem může být konflikt hodnot. Každá společnost má své firemní hodnoty, a pokud jsou v rozporu s vnitřními hodnotami zaměstnance, snadno dochází k vnitřnímu konfliktu, což může být spouštěčem stresové reakce (Stock, 2010).

Agentura OSHA (Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci) uvádí ve svém prohlášení z roku 2007 jako nejčastější příčiny pracovního stresu tyto faktory (European Agency for Safety and Health at Work, ©2007):

- obava ze ztráty zaměstnání
- úbytek jistot v důsledku nových forem pracovních smluv (krácení dovolené, více přesčasů, snížení ochrany proti výpovědi ze strany zaměstnavatele)
- přesun pracovních míst do zahraničí
- dlouhá pracovní doba a rostoucí intenzita práce
- rušení pracovních míst a oddělení
- rostoucí emocionální náročnost práce, vyžadují se stále vyšší sociální a emocionální kompetence
- neslučitelnost zaměstnání se soukromým životem

2.2.6 *Prevence syndromu*

Pokud víme, co je syndrom vyhoření, jak se projevuje a co ho způsobuje, můžeme se mu mnohem lépe bránit. Aby byla prevence vyhoření co nejefektivnější, měla by být prováděna nejen individuálně zaměstnancem, ale i zaměstnavatelem. Jedním ze způsobů, jak se bránit vyhoření, je sociální opora, tzn., že hlavní opora by měla být v rodině, ale měla by být též v zaměstnání od spolupracovníků. Lidé, kteří mají pevné zázemí, jsou mnohem méně náchylní k chorobám, chronickému stresu, a tím i k syndromu vyhoření. Je nutné si uvědomit, že zdravotní sestra je pouze člověk, který má své problémy, podléhá stresu, a tudíž se snadno ze sestry stane pacient. Jako prevenci je dobré dodržovat následující desatero: (Staňková, 2002).

- 1) Žít zdravě
- 2) Kompenzovat pracovní zátěž
- 3) Pravidelnost a systematičnost provozu
- 4) Nepodceňovat psychická rizika povolání
- 5) Dodržení bezpečnostních pravidel
- 6) Reflexe
- 7) Sebereflexe
- 8) Pečování o své zdraví (neléčit sám sebe)
- 9) Dodržení léčebného režimu
- 10) Zvážit, co je potřebné dělat pro své zdraví

Duševní hygiena

Psychohygiena nám pomáhá udržovat se v dobré psychické kondici, dodává nám ztracenou energii. Každý z nás provádí psychohygienu svým způsobem, není tedy možné vytvořit univerzální návod, jak ji provádět. To co jednomu člověku pomáhá, nemusí být k užitku druhému. Jde o soubor pravidel a rad k udržení a prohloubení psychické rovnováhy.

Individuální psychohygiena

Každý ohrožený jedinec, by si měl vytvořit zdravý systém sebe podpory. Postarat se o smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní život v době, kterou netráví v zaměstnání. Tak jako se každý den staráme o svou fyzickou stránku naší osoby (hygiena, čisté prádlo...), tak bychom se měli starat i o naši psychickou stránku neboli provádět psychohygienu (různé relaxační, kondiční cvičení).

Součástí individuální prevence je i příprava na budoucí povolání. Nástup do zaměstnání, je sám o sobě velmi stresující záležitostí, která může být zdrojem vzniku vyhoření. Při přípravě k výkonu našeho povolání dostáváme odborné teoretické znalosti, získáváme praktické dovednosti, získáváme kompetence pro výkon námi vybraného povolání. To nám pomáhá ke snižování míry stresu z nekompetentnosti práci vykonávat. I během vykonávání naší práce by mělo docházet k získávání nových poznatků a neměli bychom stagnovat s vědomostmi pouze na jednom místě.

Měli bychom se naučit znát sami sebe, vědět, co je naše silná a co slabá stránka, vědět, jak zvládáme zátěžové situace. Vědět, co od své práce očekáváme, čeho chceme dosáhnout, umět si vytvořit potřebný odstup, abychom uměli najít hranice. Je dobré vědět, co nám energii dodává a co nám ji naopak bere. Může se to týkat nejen lidí, ale i situací, s kterými se v zaměstnání setkáváme. Přeceňování sebe sama může přispívat k prohloubení stresu a podpořit tak naše vyhoření. Naopak umění říci „dost, potřebuji pomoc“ je dobrou prevencí vyhoření (Bartošíková, 2006).

Důležitá je péče o fyzickou stránku našeho bytí. Pokud nebudeme v pořádku po naší fyzické stránce, nelze očekávat ani psychickou pohodu. Je vhodné provádět adekvátní pohybovou aktivitu, vhodnou pro náš věk i fyzickou zdatnost (Schuster, 2007), např. mít různé koníčky a zájmy. Vhodné vyplnění volného času přináší lidem

uspokojení, protože dělají to, co chtějí a ne co musí, pomáhají načerpat novou energii do zaměstnání a uvolňují myšlenky, které si nosíme domů z práce.

Zdravý životní styl

Dodržování správných životních zásad vede k bio-psycho-sociální pohodě, tedy ke zdraví. Zdraví je dynamický proces a jeho změny mohou být pomalé nebo rychlé. Pokud si chceme udržet zdraví, je nutné pečovat nejen o fyzickou, ale i psychickou stránku. Mnoho nemocí, které se u člověka projeví, může být psychosomatického nebo somatopsychického původu. Dodržování zásad zdravého životního stylu snižuje riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění, vede ke snížení krevního tlaku, hladiny cholesterolu, pomáhá nám udržet ideální váhu. Do zdravého životního stylu zahrnujeme dodržování zdravé výživy (pravidelnost, více stravy rostlinného původu, více ovoce a zeleniny), pohybové aktivity, vyvarování se kouření, alkoholu, kofeinu, stresu, dostatek spánku, odpočinek, pozitivní myšlení a psychická pohoda (Kukačka, 2009).

Relaxace

Při relaxaci dochází k vědomému uvolnění psychického i fyzického napětí. Pozitivně ovlivňuje nervový systém, vyplavují se stresové hormony. Hluboká relaxace dokáže zvládat projevy úzkosti a stresu. Umožňuje nám uvolnění po fyzické námaze, zbavuje nás vnitřního napětí, pomáhá navodit spánek, zvyšuje se naše schopnost soustředění a učení. Abychom se jí naučili, je potřeba trpělivost a opakování. Příčinou vyhoření bývá neschopnost jedince relaxovat. Relaxace nám pomáhá zregenerovat tělo i duši, a proto by se měla stát běžnou součástí našeho života. Pravidelná relaxace má silné účinky na vyrovnání se se stresory. K nejčastějším relaxačním metodám patří: Schulzův autogenní trénink, dechová cvičení, kresba mandal, Jakobsenova progresivní relaxace, jóga, poslech relaxační hudby (psychowalkman), masáže, akupresura. Každému z nás může vyhovovat jiná metoda relaxace (Stock, 2010).

Spánek

Stejně jako dýchání, výživa nebo vyprazdňování, patří spánek k základní biologické potřebě člověka. Slouží k regeneraci organismu, k utřídění zážitků a poznatků do dlouhodobé paměti. Potřeba spánku je individuální, u každého se liší. Zatím co někomu stačí 5-6 hodin spánku k celkové regeneraci, pro jiného může být tato

délka nedostačující a potřebuje 8-9 hodin spánku. Ve spánku se střídají dvě fáze, fáze REM a non-REM fáze. REM fáze nám slouží k regeneraci po psychické stránce, v této fázi se nám zdají sny a non-REM fáze k regeneraci fyzické stránky. Fáze se cyklicky střídají po celou noc a délka jejich trvání se během noci mění. Pokud dochází ke spánkové deprivaci, dostavuje se únava, poruchy soustředění, podrážděnost, úbytek fyzických sil, vyčerpanost. Po dobrém spánku cítí člověk uvolněnost a spokojenost. Tento stav lze navodit též pomocí relaxace. Spánek je možné navodit různými metodami. Místnost, ve které spíme, by měla být vyvětraná a mít nižší teplotu vzduchu než v jiných pokojích. Vhodné je eliminovat rušivé elementy jako jsou hluk nebo světlo. Po fyzické únavě způsobené větší fyzickou zátěží se organismu mnohem lépe usíná. Nápomocny mohou být i různé relaxační a uvolňující koupele (Kukačka, 2009).

Pohybová aktivita

Cvičení má blahodárny vliv nejen na náš fyzický stav, kdy nám pomáhá udržovat se v dobré tělesné kondici, ale při sportu se v těle spalují stresové hormony a uvolňují se endorfiny, které pozitivně působí na naši psychickou stránku a pomáhají nám eliminovat stres v organismu. Dostatek pohybu spolu s vyváženou stravou pomáhá v boji proti obezitě a civilizačním chorobám, jako jsou hypertenze, kardiovaskulární nemoci, hyperlipidémie nebo onkologická onemocnění. Pokud již dojde k onemocnění organismu, pomáhá nám cvičení k rychlejší regeneraci. Zároveň posiluje imunitní systém a odolnost organismu vůči stresu. Pohybovou aktivitu může vykonávat každý člověk. Optimální zátěž, kterou by měl člověk každý den mít, je ujít cca 10.000 kroků. Mezi nejvhodnější aktivity se řadí chůze, nordic walking (chůze se speciálními hůlkami), plavání, cyklistika a hry (pohybové, sportovní). Při výběru vhodné pohybové aktivity je důležité, aby dotyčného vybraný pohyb bavil a přinášel mu uspokojení (Schuster, 2007).

Prevence na úrovni organizace

V rizikových povoláních by se ideální zaměstnavatel měl starat o to, aby se riziko vzniku vyhoření u jeho zaměstnanců snížilo. Spolupracovníci mohou poskytnout sociální oporu, která má velice pozitivní vliv na naši psychickou stránku.

Týmová spolupráce vede k mnohem většímu výkonu jedince, upevňují se kolektivní vztahy, prohlubuje se vzájemná důvěra, respekt. Atmosféra bývá uvolněná a

tím klesá míra stresorů na pracovišti. Vedení by mělo týmovou práci podporovat, aby byl kolektiv pozitivně motivován k výkonu své práce.

Významné místo má dobrá organizační kultura. Vnímá-li zaměstnavatel zaměstnance pouze jako nástroje, které používá k dosažení svých cílů, může být zaměstnanec demotivován k dobrému výkonu své práce. Pokud si však zaměstnanců váží, ví, že bez nich by prosperita organizace byla mnohem menší, dává jim dostatek motivujících podnětů, zaměstnanci se cítí mnohem lépe a jsou v zaměstnání spokojenější.

Výzkum PhDr. Hildy Balkové a PhDr. Bc. Moniky Zibrinové ukázal, že zdravotničtí pracovníci mají pocit nedostatečného motivování, zejména ve finanční oblasti (Sestra, 2012).

Součástí relaxace je i možnost regenerace. Služby by měly být rozepsány tak, aby měl zaměstnanec dostatek času na obnovu svých sil. Některé organizace poskytují svým zaměstnancům poukázky na sportovní nebo kulturní aktivity, rehabilitační poukazy atd.

Nezanedbatelná je péče o psychické zdraví sester. To znamená pořádání kurzů zaměřených na osobnostní rozvoj, nácviky relaxačních metod, zdravý životní styl, oceňování a chvála za dobře odvedenou práci.

Poslední dobou se věnuje pozornost podpoře pracovního růstu zaměstnanců, tj. možnost dalšího vzdělávání, pořádání kurzů, možnost podívat se na jiná pracoviště, stáže (Bartošíková, 2006).

Supervize, jejímž cílem je zlepšit pracovní situaci, atmosféru na pracovišti, je vhodná jak na prevenci vyhoření, tak i její součást při léčbě vyhoření (Smékal, 2011).

Supervize

Supervizi charakterizuje Evropská rada pro supervize jako činnost, při které prostřednictvím zaměřeného pozorování a cílených otázek uvažujeme nad úrovní péče o klienta, zvyšujeme pracovníkovu schopnost reflexe (uvědomovaného vnímání) vlastní práce a sebereflexe. Jejím cílem je ochrana zájmů klienta, prevence syndromu vyhoření a zkvalitnění práce supervidovaného. Otevírá nám prostor k diskuzi o naší práci. Zakládá se na naslouchání a respektování názorů druhých. Hledá překážky ve výkonu

povolání a hledá řešení v pracovních problémech (Jeklová a Reitmayerová, 2006). Existují různé modely supervize: individuální, skupinová, nebo týmová, interní nebo externí.

Individuální supervizi provádí supervizor, který superviduje pracovníka při práci. *Skupinovou* supervizi provádí skupina se stejnými potřebami, která pracuje na společně určeném tématu. *Týmová* supervize se zaměřuje na práci celého týmu. *Interní* supervize, je supervize, která probíhá v rámci pracoviště. *Externí* supervizi provádí nezávislý supervizor, který do organizace přichází z vnějšku.

Supervizi provádí nestranný supervizor, jehož úkolem je zprostředkovat jedinci pohled na jeho pracovní činnost a poskytovat podporu pro jeho další rozvoj. Supervizorem může být jedinec, skupina nebo tým. Supervize má tři základní funkce: podpůrnou, vzdělávací a kontrolní (Sestra, 2011).

Podpůrná funkce: Supervizor podporuje odborný i osobní růst jednotlivců a týmovou spolupráci, poskytuje ocenění a podporu, pomáhá se zvládnutím stresu. U jednotlivců pracuje s jejich pocity a s jejich zvládnutím.

Vzdělávací funkce: Supervize napomáhá rozvíjet dovednosti a schopnosti pracovníka, podporuje učení pracovníků, informuje o nových metodách v práci, rozšiřuje povědomí o prevenci syndromu vyhoření a možnosti práce se stresem.

Kontrolní a řídicí funkce: Supervizor pomáhá stanovovat priority a kompetence, je koncentrována na bezchybný výkon profese, na zajištění kvality služeb, na to, co a jakým způsobem by pracovník měl dělat, supervizor pomáhá sledovat efektivitu práce (muj supervizor, [b.r.]).

2.2.7 Léčba syndromu

Mnohem důležitější je předcházet onemocnění tím, že bude jedinec provádět důsledně prevenci. Pokud již započal proces vyhoření, je nutné včas rozeznat hrozící nebezpečí. Je nutné si přiznat tento stav našeho těla a ducha, aby bylo možné začít s ním něco dělat. Stejně jako alkoholik si musí přiznat, že má problém, aby se mohl začít léčit, tak si postižený v procesu vyhoření, si musí přiznat svůj problém. Pokud se postižený rozhodne se svým stavem něco udělat, změnit ho, měl by získat dostatek informací o této nemoci a podle toho si stanovit plán, aby věděl, co má dělat a jak postupovat.

Existují různé techniky zvládání zátěžových situací, které nám pomáhají chránit se před vyhořením, posilovat naši resilienci a zároveň posilovat schopnost zabránit případnému relapsu vyhoření, pokud jsme ho již někdy prožili.

Stanovení plánu:

Organizace času. Naplánování času na práci a času na mimopracovní aktivity. Náš čas by měl být rozdělen na tři třetiny. Jedna třetina by měla patřit práci, druhá zábavě a třetí odpočinku.

Volnočasové aktivity. Tyto aktivity by měly být důsledně dodržovány i za předpokladu, že odsuneme jiné potřebné činnosti např. úklid. Mezi tyto aktivity můžeme zařadit třeba sport, cvičení, setkání s přáteli, dovolená, výlety a mnoho dalších.

Stanovit si cíle, kterých chceme dosáhnout. Měli by být stanoveny jak v soukromé, tak profesní sféře. Je dobré se za každý dosažený cíl odměnit.

Stanovení priorit. Ujasnit si, co je pro nás důležité. Některé hodnoty našeho života se postupem času a vlivem zkušeností mění.

Přeprogramování myslí. Naučit se odpoutat své myšlenky. Po odchodu ze zaměstnání nemyslet na věci spojené s prací.

Požádat o pomoc. Umět říci lidem, co se v člověku momentálně děje a o potřebě vypořádat se s tím, popřípadě požádat o pomoc.

V lehčích případech nám může pomoci pouze změna prostředí, zdravotní dovolená nebo návštěva psychologa. Někdy nám mohou v zaměstnání vyjít vstříc a dočasně nás přeradit na místo, kde bude na nás působit mnohem méně stresorů. Může jít o jednosměnný provoz nebo zkrácení pracovní doby (Šeblová, 2012).

V těžších případech je vhodné zahájit psychoterapii, nasadit antidepresiva a někdy dokonce hospitalizovat. Pokud začne léčba u postiženého až ve fázi frustrace nebo apatie, návrat do původního zaměstnání je velice obtížný, někdy dokonce zcela nemožný. Mezi nejúspěšnější metody léčby patří kognitivně-behaviorální, která se zabývá chováním, komunikací a vztahy lidí (psychoweb, ©2008-2013).

Psychiatrická léčba, může být formou *deseisanalýzy*, která přispívá k pochopení vlastní existence, naučení se být sám sebou. Další možnou léčbou je *logoterapie*, kdy se

snaží jedinec nalézt smysl života, objevit nové hodnoty, nalézt řešení frustrační situace (Šeblová, 2012).

2.3 Komunikace s pacientem

Umění komunikace předpokládá rozumět člověku v nouzové situaci a znát možnosti pomáhajícího. Zvláště zdravotní sestry by pro dobré vykonávání svého povolání měli mít komunikační dovednosti a respekt k obecným i profesním etickým normám (Vybíral, 2005).

2.3.1 Nemoc jako náročná životní situace

Každý z nás se během života dostává do situací, které se pro něj stávají zátěží, a pokud se s nimi rychle nevyrovná, mohou přerůst až v životní krizi. Jednou z těchto situací se stává i nemoc jedince. Osobnost jedince se formuje právě při střetu s náročnými situacemi. Zvláště u dlouhodobé hospitalizace se může objevit hospitalizmus, což jsou negativní psychické důsledky v souvislosti s pobytem v nemocničním zařízení. Komunikace s nemocným hraje v prevenci hospitalizmu i při zvládnutí nemoci velmi důležitou roli. Díky komunikaci se tyto stavy mnohem lépe diagnostikují a lépe se zvládají.

2.3.2 Osobnost nemocného

Každý člověk je bio-psycho-sociální bytost. Každý nemocný vnímá a prožívá nemoc a změny zdravotního stavu jinak. Pokud nastane stav nemoci a dotyčný zůstává doma, je prožívání nemoci lehčí, než pokud je díky onemocnění hospitalizovaný a odloučený od rodiny. Tato situace může mít negativní vliv nejen na psychiku nemocného, ale i na průběh nemoci samotné. Zdravotníci se ve většině případů orientují pouze na somatické projevy nemoci a její léčbu. Psychická stránka nemocného však zůstává bez povšimnutí. Zapomínají, že nemocný má strach z nemoci jako takové, má obavy o svůj další život, neví, jaké následky bude mít jeho onemocnění. Každý prožívá

nemoc podle typu své osobnosti i podle momentální sociální situace. Je nutné si člověka všimnout jako bio-psycho-sociální jednoty a věnovat pozornost všem jeho potřebám.

Existují faktory ovlivňující osobnost jedince. Mezi tyto faktory patří: Situačně psychologický faktor, což je míra, jak pacient prožívá závažnost situace a nemoc samotnou. Dalším faktorem je samotný proces nemoci, kdy některé nemoci mohou sami o sobě vyvolat změnu osobnosti nemocného (úrazy hlavy, psychické onemocnění). Posledním faktorem je sekundární vlastnost nemoci, kdy na jedince působí délka léčení, bolestivost, následky, které jedinci zůstanou vlivem nemoci aj.

Je velice dobré znát premorbidní osobnost jedince, což je psychický projev jedince v době před nemocí. Jakákoliv změna tohoto projevu může značit problém při léčbě nemoci. Důležitá je spolupráce s rodinou, aby v případě zjištění této změny, mohla zdravotníky o této změně informovat (Zacharová a kol., 2007).

2.3.3 *Postoje nemocného k nemoci*

Každý jedinec vnímá nemoc svým vlastním způsobem, což se odráží ve způsobu jeho chování. Na vytváření postojů se podílí řada faktorů, jako jsou osobnost jedince, druh a závažnost nemoci, sociální zázemí jedince, věk nebo pohlaví. Můžeme rozdělit 7 typů postojů jedince k nemoci.

Ideálním postojem je postoj *rozumový*, kdy se nemocný staví k nemoci racionálně, věří a spolupracuje se zdravotnickým personálem a snaží se o brzké uzdravení. Horší spolupráce je s pacientem, který zaujal *bagatelizační* postoj. Tento nemocný podceňuje nemoc, nespolupracuje s personálem a nedodržuje léčebný režim. Někteří nemocní mohou zaujmout *zapuzující* postoj, při kterém nereagují na varovné příznaky, nechtějí jít k lékaři a díky tomu mnohdy dochází k odhalení vážné nemoci až v pozdním stádiu. Další z postojů k nemoci je *nozofobní*, kdy má jedinec strach z nemoci, bojí se, že i banální onemocnění může být něco mnohem vážnějšího. *Hypochondrický* postoj se u jedinců projevuje tím, že svou nemoc považuje za vážnou, pociťuje příznaky, které se u dané nemoci skutečně objevují, často vyžaduje speciální vyšetření, nevěří lékařům, pokud mu sdělí negativní výsledek vyšetření. *Nozofilní* postoj

zaujímají jedinci, kteří svou nemoc využívají ve svůj prospěch (nemusí do školy, mohou se dívat na televizi, dokončují věci, které jinak nestíhají). Poslední z postojů je *účelový*, kdy nemocný používá nemoc jako únik před nepříjemnou situací nebo chtějí díky nemoci získat nějaké výhody (Zacharová a kol., 2007).

2.3.4 *Komunikace*

Lidská bytost se nemůže dobře vyvíjet bez řádné komunikace. Člověk je tvor společenský a komunikace se stává každodenní součástí jeho života. Dorozumíváme se sami se sebou i s okolním světem. Naši rodiče s námi mluvili i v prenatálním období a my jsme na jejich komunikaci reagovali svými vlastními možnými způsoby dorozumívání. V komunikaci s druhými lidmi jsou velmi důležité obě složky komunikace. To znamená nejen to, co druhým lidem sdělujeme verbálně, ale i to co sdělujeme nonverbálně. Je velmi důležité, aby se tyto dvě složky doplňovaly a nebyli ve vzájemném rozporu. Nemohu říkat: „pacient zemřel, je mi to líto“ a zároveň se u toho usmívat. Pokud dojde k nějaké chybě v komunikaci, může to vést ke zbytečným nedorozuměním a ke ztrátě důvěry. V interpersonální komunikaci nás ovlivňuje chování druhého člověka, které v nás vzbuzuje sympatie nebo antipatie, což může vést k neprofesionálnímu chování z naší strany. Můžeme být odměřeni nebo odsekávat. Naše antipatie může být mnohdy zřejmá spíše z non verbální než z verbální komunikace. Ve zdravotnictví komunikujeme nejen našimi spolupracovníky, ale i s pacientem a jeho příbuznými. Každý kdo pracuje v pomáhajících profesích, by se měl naučit umění komunikace, čímž by se často předcházelo nepříjemným situacím, které mohou vyplynout při nesprávné komunikaci. Znalostí a správným přístupem v komunikaci se mnohem snáze získává důvěra pacienta (Jankovský, 2003).

2.3.5 *Efektivní komunikace s pacientem*

Jak správně komunikovat, aby nedocházelo k nedorozuměním? Mnohdy to bývá velmi složité a i přes veškerou naši snahu k těmto nedorozuměním dochází. Důležité je naučit se kontrolu našich vlastních emocí, neboť právě pod jejich vlivem dochází nejvíce k chybám. Je vhodné provádět vnímavý kontakt „rozumět lidem“. Umět rozpoznat, co od kterého člověka mohu očekávat a vědět, jak s ním zacházet, abychom dosáhly výsledku, který sledujeme. Pro efektivní komunikaci je nezbytná slušnost. Nejednáme s pacientem v nadřazené pozici, hovoříme ohleduplně. Naše řeč by měla být srozumitelná. Nehovoříme s pacientem v odborné terminologii, ale upravujeme mluvený text podle jeho mentálních schopností. Pokud má nějaké dotazy, je nutné mu na ně odpovědět, popřípadě detailně vysvětlit. Prostředí, ve kterém s pacientem komunikujeme, má vliv na kvalitu rozhovoru. V příjemném prostředí se i negativní věci přijímají lépe než v prostředí, ve kterém se necítí pacient dobře. Pokud se cítí dobře, vzbuzuje to v něm větší důvěru k nám. Velmi důležité je při rozhovoru dodržovat soukromí pacienta. Mnohé situace si vyžadují pouze účast zainteresovaných osob a nikoli cizích, jako např. spolupacientů, žákyní nebo mediků. Aby bylo možné se na dialog oboustranně dostatečně soustředit, musí být eliminovány rušivé elementy. Každá sestra by měla umět naslouchat. Měla by poslouchat nejen co pacient říká, ale i to jak to říká. Měli bychom umět projevit empatii, neboť z našeho chování je pacient schopen odhadnout zájem o jeho osobu nebo naopak naši lhostejnost (Haškovcová, 2007).

Tak jako verbální komunikace je důležitá a možná i důležitější nonverbální komunikace. Musíme si dávat pozor na řeč našeho těla, na mimiku, gestikulaci, posturiku. Mimika má základní význam. Naše tvář je výrazově nejbohatší částí těla. Horní polovina obličeje nás dokáže informovat o negativních emocích a dolní polovina o pozitivních emocích. Součástí každého rozhovoru by měla být kontrola. Ujistit se, zda pacient rozuměl tomu, co jsme mu říkali, popřípadě lze-li to, zpětně si to ověřit (Sestra, 2011).

2.4 Přednemocniční a nemocniční péče

V životě každého z nás může nastat situace, kdy budeme potřebovat pomoc druhých lidí. Záchraná služba i nemocnice jsou velice důležitou součástí řetězce přežití pacienta. V současné době jsou kladeny velké nároky na celý zdravotnický personál, zejména na nelékařské zdravotnické pracovníky.

2.4.1 Organizace přednemocniční péče

Přednemocniční péče (PNP) zajišťuje péči o pacienta na místě, kde vzniklo jeho poranění nebo náhlé onemocnění vyžadující zdravotnické ošetření a zajišťuje jeho předání do péče nemocničního zařízení. Tuto péči zajišťuje Zdravotnická záchraná služba. Včasná, rychlá a efektivní poskytnutí PNP má výrazný vliv na řetězec přežití postiženého. Podle zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchrané službě z listopadu 2011 (zákon č. 374/2011 Sb., 2011) mají ZZS povinnost dorazit na místo zásahu do 20 minut od převzetí výzvy.

ZZS jsou zdravotnické zařízení, jejichž zřizovatelem jsou kraje nebo hlavní město Praha.

ZZS je řízena z ředitelství, které má řídicí a koordinační funkci a zajišťuje koordinaci při mimořádných událostech a při krizových situacích. Jednou z nejdůležitějších součástí ZZS je operační středisko, které vyhodnocuje výzvy přijaté na tísňovou linku 155. Vyhodnocenou výzvu předává dispečer do vybraného výjezdového střediska, což jsou místa, odkud je posádka vysílána na místo potřebné jejich zásahu. Do terénu vyjíždí konkrétní výjezdová posádka, jejíž složení vybírá dispečer operačního střediska. Součástí ZZS jsou i pracoviště krizové připravenosti, které zajišťuje psychosociální službu pro zaměstnance a další spolupracovníky při mimořádné události a vzdělávací a výcvikové středisko, kde se vzdělávají nejen zaměstnanci ZZS, ale i laická veřejnost v poskytování první pomoci.

Aby ZZS mohla poraněnému poskytnout PNP, musí obdržet výzvu na tísňové lince 155. Výzvu přijímá a vyhodnocuje dispečer operačního střediska. ZZS disponuje několika typy výjezdových posádek. Patří mezi ně:

Posádka rychlé zdravotnické pomoci (RZP), dvoučlenná posádka, kde minimálně jeden je nelékařský zdravotnický pracovník-záchranář, zdravotní sestra.

Posádka rychlé lékařské pomoci (RLP), tříčlenná posádka, která obsahuje lékaře a pracovníky RZP.

Posádka letecké záchranné služby (LZS), zdravotnická posádka je dvoučlenná- lékař a záchranář nebo zdravotní sestra, letecká posádka- pilot, druhý pilot nebo palubní technik.

Posádka *Rande-vous* (RV), dvoučlenná posádka-lékař a záchranář. Tato posádka nezajišťuje transport zraněných a nemocných, pouze poskytuje zdravotnickou pomoc na místě poranění nebo náhlého onemocnění. Vždy spolupracuje s posádkou RZP.

V kompetenci dispečera operačního střediska ZZS je rozhodovat o závažnosti stavu poraněného nebo nemocného a dle svého uvážení vybírá nejvhodnější typ posádky.

Posádka po příjezdu na místo výzvy provede rychlou diagnostiku zdravotního stavu pacienta, nutné léčebné zásahy a v případě nutnosti provede transport pacienta do zdravotnického zařízení. Dnes platí, že pacienti jsou směřováni na pracoviště, kde je jim poskytnuta adekvátní léčba, která se nutně nemusí shodovat s nejbližším zdravotnickým zařízením (VOŠ a SZŠ Hradec Králové, [b.r.]).

2.4.2 *Organizace nemocniční péče*

Ústavní zdravotnické zařízení zajišťuje ambulantní péči nebo péči o hospitalizované pacienty.

Pacienti zpravidla procházejí přes ambulance, kde se rozhoduje o definitivním způsobu léčby a popřípadě i o uložení pacienta. Pacient může být přijat na standartní stanici (lůžko), na stanici intermediární péče (stanice se zvýšenou péčí) anebo na stanici intenzivní péče. Pacienti v akutním ohrožení života jsou přijímáni rovnou na akutní lůžko a přijetí pacienta se provádí později. Po přijetí pacienta se o něj stará určený ošetřující lékař a ošetřovatelský personál příslušného oddělení. Nelékařský

ošetřovatelský personál podléhá staniční sestře a vrchní sestře. Vrchní sestra má na starosti celé oddělení, staniční sestra pouze určitou část, stanici. Všichni nelékařští pracovníci, včetně vrchní a staniční sestry podléhají primáři oddělení.

2.5 Profese zdravotníka

Povolání zdravotních sester je jedním z nejvíce psychicky i fyzicky náročných povolání. Výkon tohoto povolání je podmíněn vysokými požadavky na jejich odborné znalosti, schopnosti, samostatnost a zodpovědnost. Jde o profesi velmi náročnou, spojenou s řadou zdravotních i psychických rizik.

2.5.1 Interpersonální vztahy

Lidské bytosti jsou sociálními tvory a mezilidské vztahy nás provází po celý život. Snažíme se o pochopení lidí kolem nás, stáváme se součástí společnosti a hledáme si v ní své místo.

Aby interpersonální vztahy byly fungující, je nezbytné, aby obě komunikující strany měly stanovené své hranice a tyto hranice aby byly v rovnováze. Kopřiva (2006), klade na stanovení hranice vztahu velký důraz. Interpersonální vztah mezi pacientem a zdravotníkem, by měl být udržován na profesionální linii, kdežto vztahy mezi spolupracovníky je vhodné udržovat i na přátelské linii. Mohou nám pomoci ve zvládnutí problémů nejen s klienty, ale i osobním životě. Tím se může předcházet přenášení osobních problémů a nálad na pacienty.

2.5.2 Osobnost zdravotnického pracovníka

Posláním zdravotnického pracovníka je pomáhat druhým lidem, kteří jejich pomoc potřebují. Ne každý z nás se na toto povolání hodí. Již od narození se vlivem mezilidských vztahů a působením okolního světa v nás vytvářejí nebo nevytvářejí předpoklady pro výkon tohoto povolání. Ovlivňuje nás funkčnost rodinného prostředí, začlenění do vrstevnického kolektivu, naše životní zkušenosti. Vztahy mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem jsou protkány různými emocemi a někdy

zasahují do osobní sféry. Proto by toto povolání neměl vykonávat někdo, kdo nemá dostatek empatie, pozitivní vztah k lidem a nemá chuť lidem pomáhat a starat se o ně. Jaké předpoklady by tedy měl mít zdravotnický pracovník? Jistě by měl mít chuť a ochotu pomáhat druhým lidem a to i v nepříjemných situacích, jako je například hygiena pacienta nebo jeho vyprazdňování. Zdravotnický pracovník by měl mít respekt k sobě samému i k pacientovi. Umět říci ne, pokud by vztah začínal být nevyrovnaný a brát ohledy na potřeby pacienta. Základní předpokladovou vlastností zdravotnického pracovníka by měla být empatie. Umět se vcítit do prožívání druhých a dívat se na svět očima druhého člověka. Měl by mít schopnost naslouchání tomu, co říká druhý člověk verbální i nonverbální komunikací. Znalost svých hranic, vědět jaké oběti jsem schopna tomuto povolání dát. Znat své silné a slabé stránky. Vlídlost a příjemnost jsou základní vlastnosti, kterou pacienti preferují. Mají pak mnohem větší důvěru ke zdravotníkům a menší strach z pro ně neznámých věcí. Jako v každé profesi i v této by měl mít dostatečné odborné znalosti a dovednosti (Géringová, 2011).

2.5.3 Rizika zdravotnické profese

Stejně jako každá pomáhající profese i zdravotnická sebou nese určitá úskalí. Hlavní náplní práce je pomáhání druhým lidem. Jde o práci, která je fyzicky (sestra nachodí během směny až 5 km), ale zejména psychicky velice náročná. Díky nepřetržitému provozu, kdy pracují ve svátky i o víkendech a veliké zodpovědnosti může docházet ke konfliktům v pracovním kolektivu, nebo i v rodinném prostředí. Velkým nežádoucím následkem mohou být psychická zátěž a stres.

3 METODIKA

3.1 Stanovení výzkumného cíle

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda je větší riziko vyhoření u pracovníků ZZS než u nemocničních pracovníků .

Dílčím cílem bylo zjistit, zda délka praxe a pracovní zařazení mají vliv na psychickou stránku nelékařského zdravotnického pracovníka.

Dalším dílčím cílem práce bylo zjistit, zda nelékařští zdravotničtí pracovníci vědí, jak se mají bránit syndromu vyhoření a zda dělají preventivní opatření, aby k vyhoření nedošlo.

3.2 Stanovení hypotéz

Na základě stanovených cílů, byly stanoveny následující hypotézy:

- **Hypotéza č. 1-** V přednemocniční péči je mnohem větší riziko vzniku syndromu vyhoření, než v péči nemocniční.
- **Hypotéza č. 2-** U zdravotnických pracovníků, kteří mají délku praxe větší jak deset let, je riziko vzniku vyhoření větší, než u pracovníků, kteří mají délku praxe kratší.
- **Hypotéza č. 3-** V českobudějovickém okrese není riziko vyhoření větší, než v ostatních okresech.
- **Hypotéza č. 4-** V chirurgických oborech je riziko vyhoření srovnatelné jako v interních oborech.
- **Hypotéza č. 5-** U pracovníků pracujících u lůžka je větší riziko vyhoření než u ambulantních pracovníků.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Celkový počet výzkumného vzorku byl 255 respondentů. Z každého okresu se zúčastnilo 85 zdravotnických respondentů. Přednemocniční vzorek tvořily ZZS České Budějovice, ZZS Písek a ZZS Český Krumlov. Nemocniční vzorek tvořili Nemocnice České Budějovice a.s., Nemocnice Český Krumlov a.s. a Nemocnice Písek a.s. V každé ZZS bylo rozdáno 15 dotazníků. Dohromady bylo v zařízeních přednemocniční péče

rozdáno 45 dotazníků. Nemocniční vzorek byl rozdělen na pracovníky pracující v interním a chirurgickém úseku, dále byli respondenti rozděleni na pracovníky pracující v ambulantní části a v lůžkové části. Lůžková část byla dále rozdělena na standartní lůžka, JIP lůžka a lůžka ARO + RES. Na každé pracoviště bylo rozdáno po 10 dotaznicích. Do ambulantní části bylo rozdáno dohromady 60 dotazníků, do lůžkové části dohromady 150 dotazníků. Celkově nemocniční vzorek obdržel 210 dotazníků. Dotazníky byly vyplňovány anonymně.

3.4 Použitá metodika a způsob sběru dat

V bakalářské práci bylo sledováno, zda-li doba strávená ve zdravotnictví výrazně ovlivňuje riziko vzniku syndromu vyhoření. Dále bylo sledováno, zda vlastní výběr pracovního místa a pracovního zařazení má na tuto nemoc vliv. Výzkum byl proveden

v rámci Jihočeského kraje a byla porovnána rizikovost v jednotlivých nemocnicích.

Pro zjišťování míry vyhoření u zdravotních sester a záchranářů bylo použito kvantitativní šetření pomocí standardizovaného dotazníku MBI - Maslach burnout inventory (dotazník, část II), jehož autory jsou Maslach a Jackson, který se zaměřuje na emocionální vyčerpání, depersonalizaci a na snížení výkonnosti. Byl vytvořen dotazník, který obsahuje 11 otázek pro zjištění, zda zdravotní sestry provádí prevenci (dotazník, část III). Dotazníky byly na jednotlivá pracoviště dopraveny osobně a zpět byly i vybrány.

3.5 Zpracování a vyhodnocení dat

Dotazníková část č. II byla jednotlivě vyhodnocena pomocí škály a zabývala se třemi aspekty syndromu vyhoření. Každý aspekt byl vyhodnocen jednotlivě. Část III byla vyhodnocena pomocí tabulek a grafů.

Poté byly jednotlivé výsledky zaznamenávány do výsledkového archu. Rozděleny byly vzorky přednemocničních a nemocničních respondentů. Nemocniční respondenti byli vyhodnocováni podle jednotlivého pracovního zařazení. V rámci stanovených cílů a hypotéz byly výsledky dále vyhodnoceny podle jednotlivých oblastí.

Při zpracování zjištěných dat, tvorbě tabulek a grafů byl použit program Microsoft Office Excel a Chí-kvadrát test. Pro znázornění výsledků byl použit kontingenční graf.

Výzkumný dotazník

Vážení,

jmenuji se Jana Šašková a jsem studentkou 3. ročníku Sociální pedagogiky na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity. V letošním roce píši bakalářskou práci s názvem: ***Riziko vzniku Burn-out u nelékařských zdravotnických pracovníků v přednemocniční a nemocniční péči.***

Cílem mé práce je zjistit, zda je riziko vzniku syndromu vyhoření větší v nemocniční nebo přednemocniční péči. Výzkum probíhá ve třech nemocnicích a u třech ZZS v Jihočeském kraji (Č. Budějovice, Č. Krumlov a Písek). Zjištěné výsledky budou porovnávány. Ráda bych vás poprosila o vyplnění dotazníku, který je anonymní, a veškeré informace z něho získané budou použity výhradně k výzkumnému účelu. Dotazník se skládá ze tří částí. První část tvoří vstupní informace, druhou část samotný dotazník BMI a třetí část dotazník zaměřený na prevenci vyhoření.

Děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

V případě zájmu o výsledky výzkumné práce mne můžete kontaktovat:
e-mail: j.saskova@email.cz

Část I.

Pohlaví žena muž

Věk 18-29 30-49 50 a více

Doba praxe 0-4 roky 5-9 let 10 a více let

Pracovní zařazení:

ambulantní pracovník-chirurgický obor interní obor

sestra u lůžka-standartní oddělení ARO, RES JIP

pracovník ZZS

část II.

Pomocí stupnice 1-7 ohodnoťte (zakroužkujte), do jaké míry jsou výroky pravdivé

(1- nikdy, 2- jednou za čas, 3- zřídka, 4- někdy, 5- často, 6- většinou, 7- vždy)

1) Práce mne citově vysává

1 2 3 4 5 6 7

2) Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil

1 2 3 4 5 6 7

3) Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unavený/á

1 2 3 4 5 6 7

4) Velmi dobře rozumím pocitům svých pacientů

1 2 3 4 5 6 7

5) Mám pocit, že s pacienty někdy jednám jako s neosobními věcmi

1 2 3 4 5 6 7

6) Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá

1 2 3 4 5 6 7

7) Jsem schopen/na vyřešit problémy svých pacientů

1 2 3 4 5 6 7

8) Cítím vyčerpání ze své práce

1 2 3 4 5 6 7

9) Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a naladřuji

1 2 3 4 5 6 7

10) Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal/a jsem se méně citlivý/á k lidem

1 2 3 4 5 6 7

11) Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým

1 2 3 4 5 6 7

12) Mám stále hodně energie

1 2 3 4 5 6 7

13) Práce mi přináší pocit marnosti, neuspokojení

1 2 3 4 5 6 7

14) Mám pocit, že své úkoly plním tak usilovně, že mne to vyčerpává

1 2 3 4 5 6 7

15) Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými pacienty

1 2 3 4 5 6 7

16) Práce s lidmi mi přináší stres

1 2 3 4 5 6 7

17) Dovedu u pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru

1 2 3 4 5 6 7

18) Cítím se svěží a povzbuzený/á, když pracuji s pacienty

1 2 3 4 5 6 7

19) Za roky své práce, jsem byl/a úspěšný/á a udělal/a jsem hodně dobrého

1 2 3 4 5 6 7

20) Mám pocit, že jsem na konci svých sil

1 2 3 4 5 6 7

21) Citové problémy si řeším velmi klidně

1 2 3 4 5 6 7

22) Cítím, že mi pacienti přičítají některé své problémy

1 2 3 4 5 6 7

Část III.

V této části dotazníku zakřížkujte své odpovědi, u některých otázek můžete vybrat i více odpovědí.

1) Snažíte se nějakým způsobem předcházet stresu?

ANO NE

2) Pokud ano, jaký způsob nejčastěji používáte?

sportuji relaxuji věnuji se koníčkům
setkávám se s přáteli dodržuji zdravý životní styl jiné

3) Poskytuje Vám zaměstnavatel nějaké benefity (poukazy na sport, lístky do divadla)?

ANO NE

4) Pokud máte v práci nějaký problém, máte za kým jít, aby Vám pomohl, poradil?

ANO NE

5) Umíte říci NE, pokud nestíháte v práci nebo soukromém životě?

ANO NE NĚKDY

- 6) Umíte si říci o pomoc, pokud nestíháte v práci nebo soukromém životě?
ANO NE NĚKDY
- 7) Stíháte svou práci v pracovní době?
ANO NE NĚKDY
- 8) Myslíte si, že odpočíváte dostatečně?
ANO NE
- 9) Máte dostatek času věnovat se svým koníčkům?
ANO NE
- 10) Nosíte si pracovní problémy domů?
ANO NE NĚKDY
- 11) Máte si s kým promluvit o svých pocitech, problémech?
ANO NE ANO, ale raději si to nechávám pro sebe
- 12) Jak řešíte stresové situace?
kouřením alkoholem léky sportem
jídlem popovídáním si s přáteli jinak

4 VÝSLEDKY

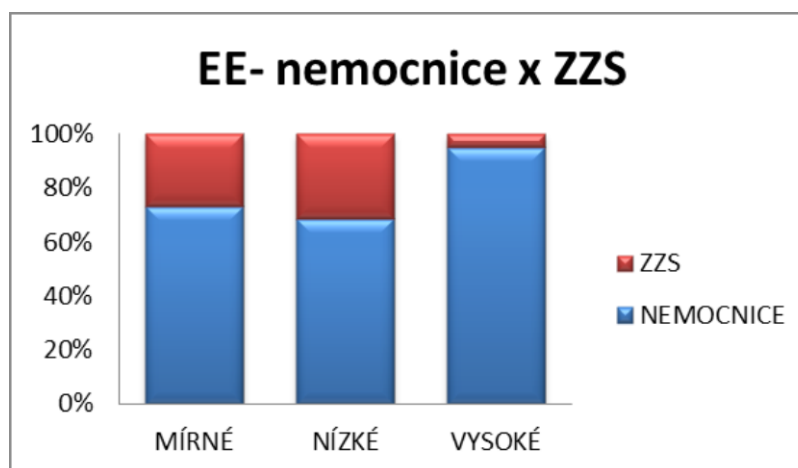
Ze 45 rozdaných dotazníků do přednemocničních zařízení dotazníky vyplnilo 32 respondentů. Z nemocničních 210 rozdaných dotazníků vyplnilo dotazník 182 respondentů. Primární data, uvedena na konci této kapitoly, byla zpracována do tabulek č. 1-6 a následně graficky znázorněna. Přednemocniční i nemocniční vzorky byly vyhodnoceny podle míry emocionálního vyčerpání, stupně depersonalizace a míry osobního uspokojení.

4.1 Výsledky v rámci vybraných okresů Jihočeského kraje

4.1.1 Porovnání mezi přednemocničním a nemocničním zařízením

Emocionální vyčerpání bylo v nemocniční péči značně vyšší, než u pracovníků ZZS. Výrazná část pracovníků ZZS však již byla ve fázi ohrožení (graf č.1).

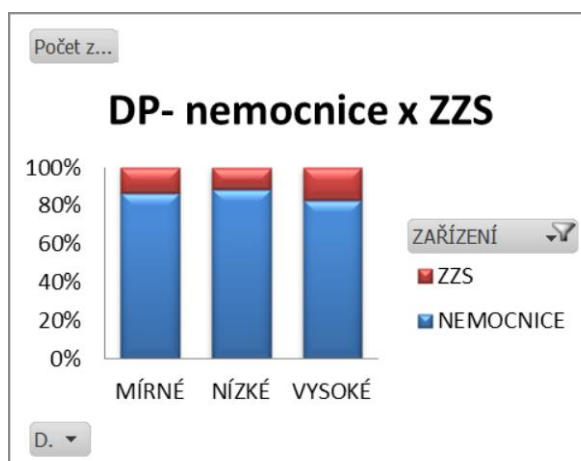
Graf č. 1- Porovnání emocionálního vyčerpání mezi ZZS a nemocnicemi



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 2 vyhodnocuje depersonalizaci. U pracovníků pracujících v nemocničních zařízeních se projevila vyšší míra depersonalizace. Mírná depersonalizace byla též výrazně vyšší u nemocničních pracovníků než u pracovníků ZZS.

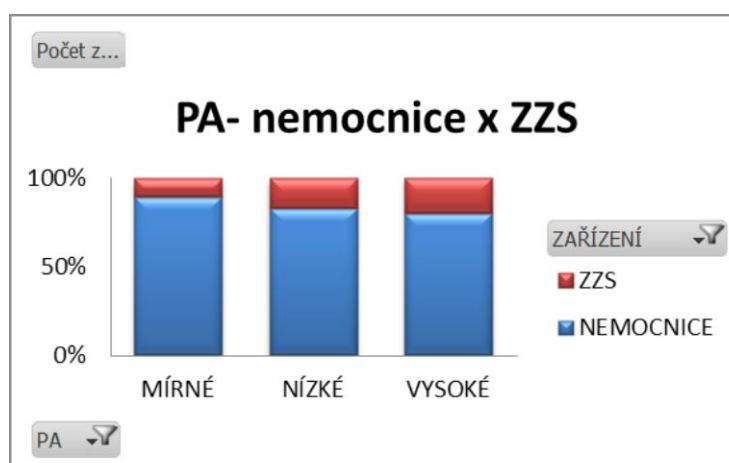
Graf č. 2- Porovnání depersonalizace mezi ZZS a nemocnicemi



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 3 je zřejmé, že v oblasti osobního uspokojení byly výrazně spokojenější pracovníci nemocnice. Znamky vyhoření se více vyskytovaly u pracovníků ZZS.

Graf č. 3- Porovnání osobního uspokojení mezi ZZS a nemocnicemi



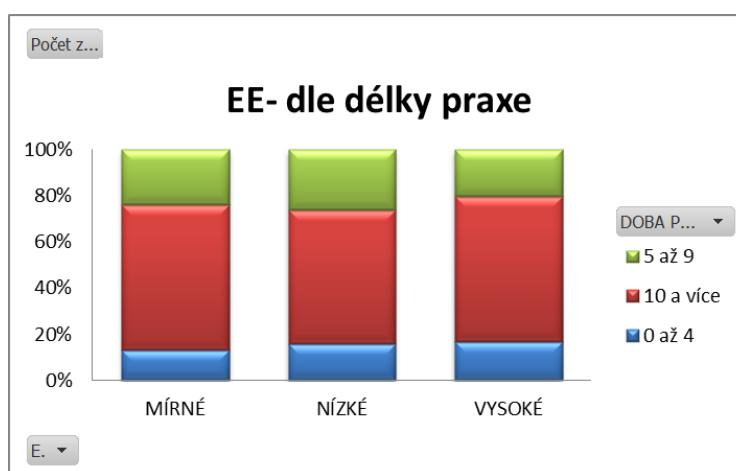
Zdroj: Vlastní výzkum

4.1.2 Porovnání vyhoření u pracovníků dle délky praxe

Počet pracovníků do 10 let praxe čítal 80 respondentů, vzorek pracovníků nad 10 let 134 respondentů.

Při posuzování vlivu délky praxe se ukázalo, že čím delší je doba strávená ve zdravotnictví, tím se zvyšuje emocionální vyčerpání (graf č.4).

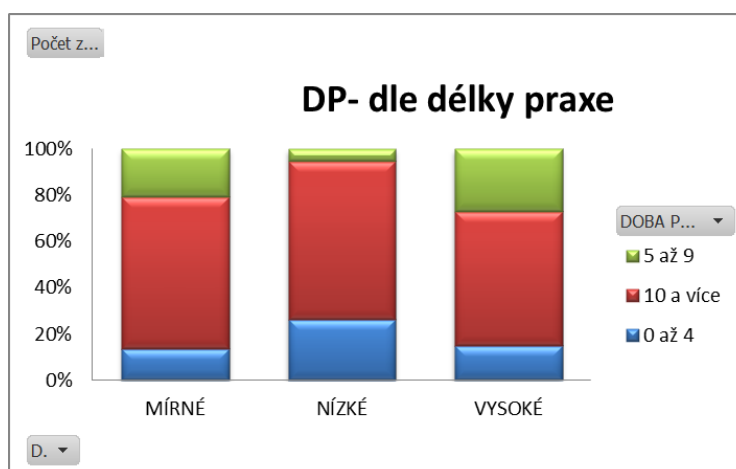
Graf č. 4- Riziko emocionálního vyhoření podle délky praxe



Zdroj: Vlastní výzkum

Z graf č. 5 je zřejmé, že čím byla vyšší doba strávená v zaměstnání, tím se zvýšilo odcizení od pacientů.

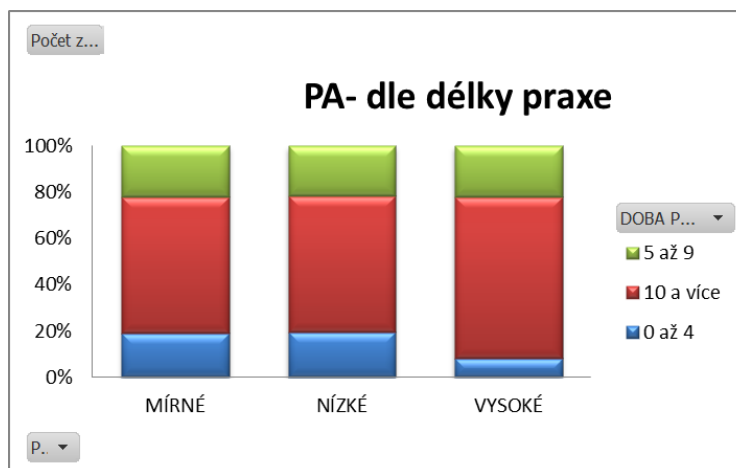
Graf č. 5- Riziko depersonalizace podle délky praxe



Zdroj: Vlastní výzkum

Při vyhodnocení graf č. 6 bylo zjištěno, že je osobní uspokojení vyšší u pracovníků s delší dobou praxe.

Graf č. 6- Osobní uspokojení podle délky praxe

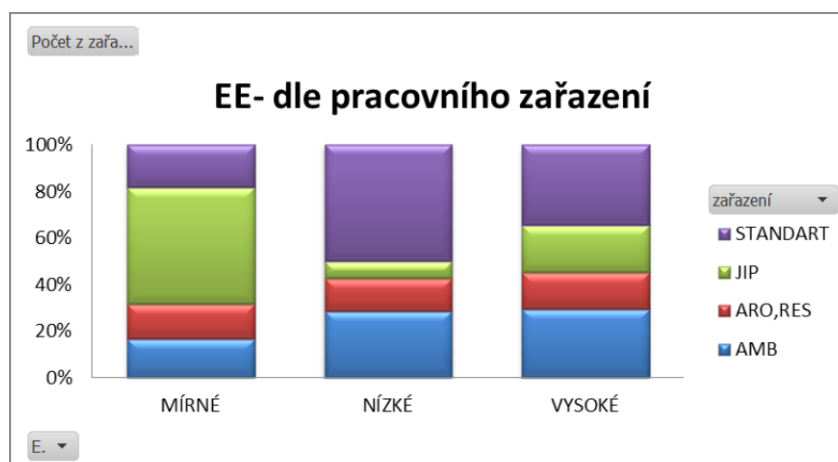


Zdroj: Vlastní výzkum

4.1.3 Vliv pracovního zařazení na míru vyhoření

Nejvyšší míra emocionálního vyhoření se projevilo u pracovníků na standardní lůžkové stanici a pracovníků pracujících v ambulantní části. Pracovníci JIP již měli výrazné riziko (graf č. 7).

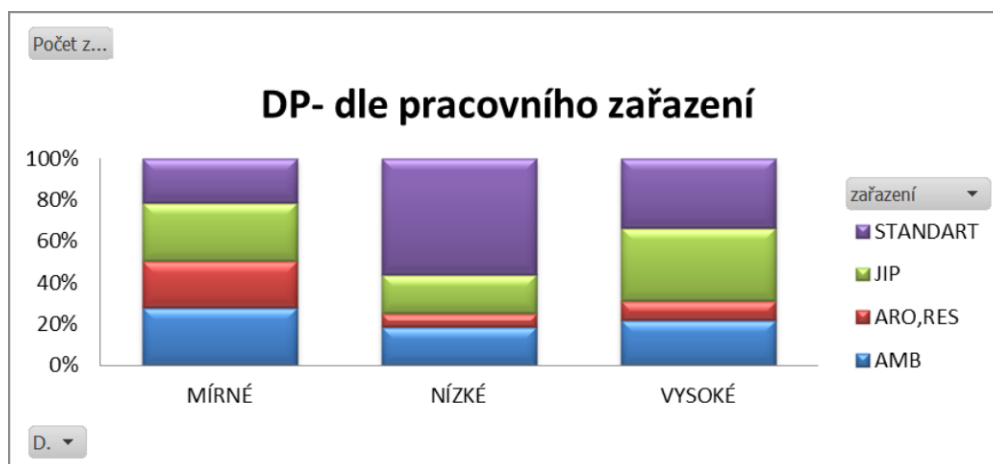
Graf č. 7- Vliv pracovního zařazení na míru emocionálního vyhoření



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 8 znázorňuje vysokou depersonalizaci u pracovníků na JIP a na standartní stanici je nejnižší.

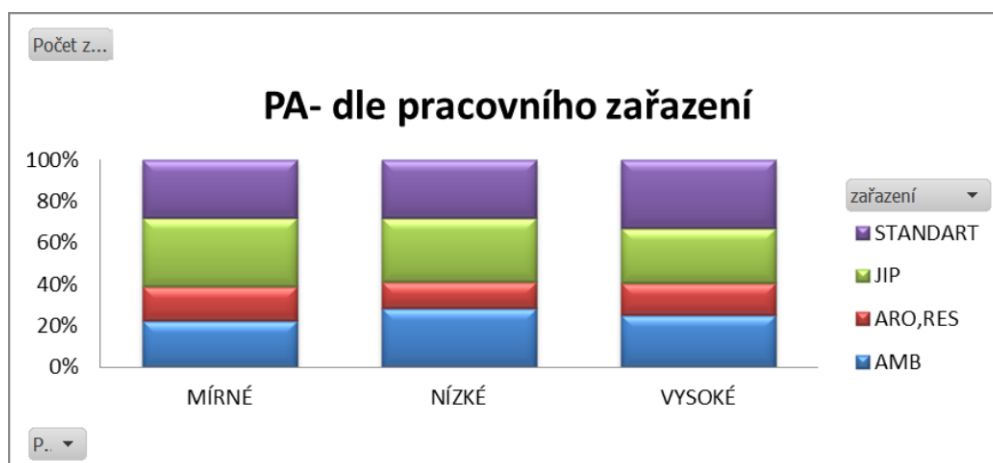
Graf č. 8- Vliv pracovního zařazení na depersonalizaci



Zdroj: Vlastní výzkum

Pracovní uspokojení bylo na všech pracovištích srovnatelné (graf č. 9).

Graf č. 9- Vliv pracovního zařazení na osobní uspokojení

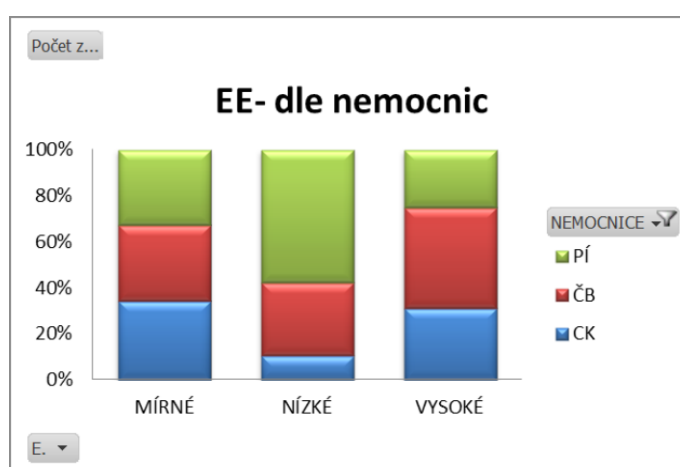


Zdroj: Vlastní výzkum

4.2 Výsledky z vybraných okresů

Při porovnávání vyhoření mezi jednotlivými okresy se ukázalo, že ve všech vybraných zařízeních je většina pracovníků s emocionálním vyhořením. Nejvyšší míra emocionálního vyčerpání se ukázala na Českobudějovicku. Nejnižší počet emocionálně vyhořelých pracovníků byl na Písecku (graf č. 10).

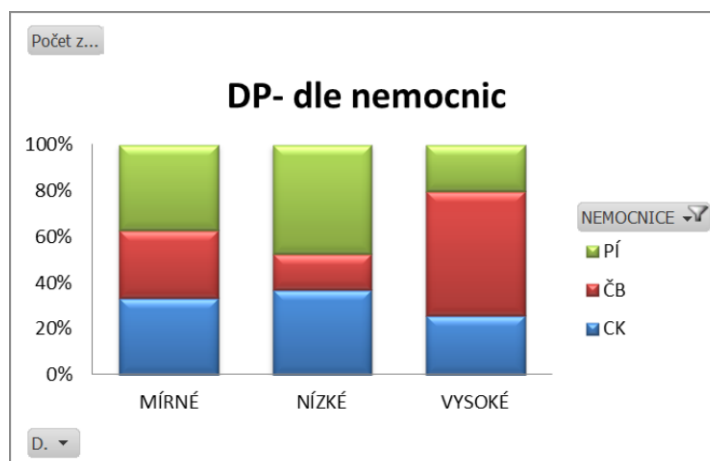
Graf č. 10- Emocionální vyčerpání v rámci jednotlivých okresů



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 11 znázorňuje, že nejvyšší hodnoty depersonalizace se vyskytly v okrese Č. B, v ostatních okresech bylo již riziko vyhoření v této oblasti mírné.

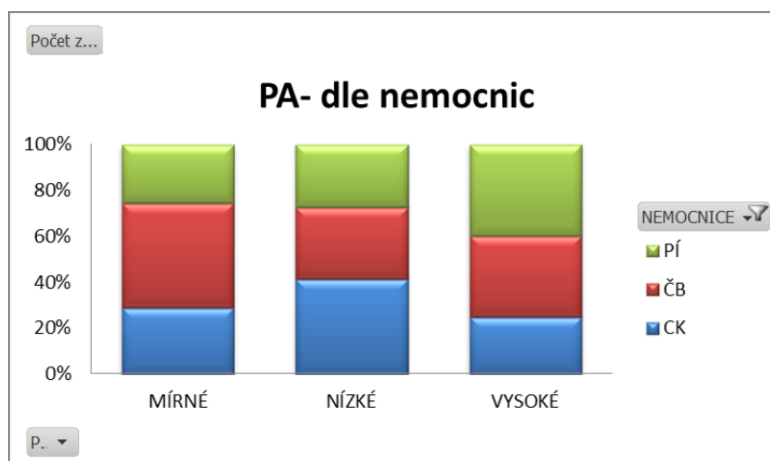
Graf č. 11- Depersonalizace v rámci jednotlivých okresů



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvyšší míra uspokojení se ukázala na Písecku, naopak známky vyhoření jsou nejvíce na Českokrumlovsku (graf č. 12).

Graf č. 12- Osobní uspokojení dle okresů

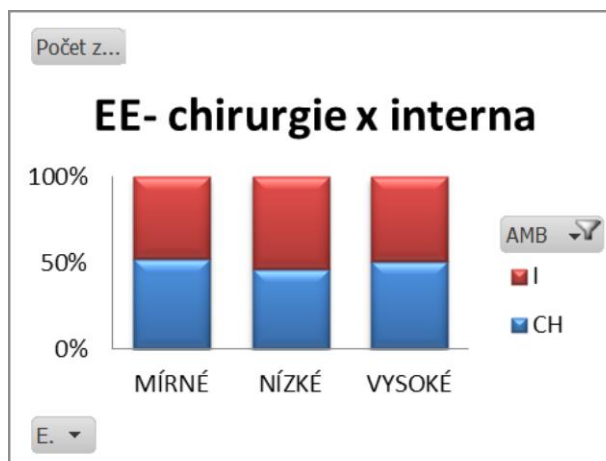


Zdroj: Vlastní výzkum

4.3 Míra vyhoření mezi chirurgickými a interními obory v rámci kraje

Při výzkumu bylo zjištěno, že není výrazný rozdíl emocionálního vyhoření mezi interním a chirurgickým pracovištěm (graf č. 13).

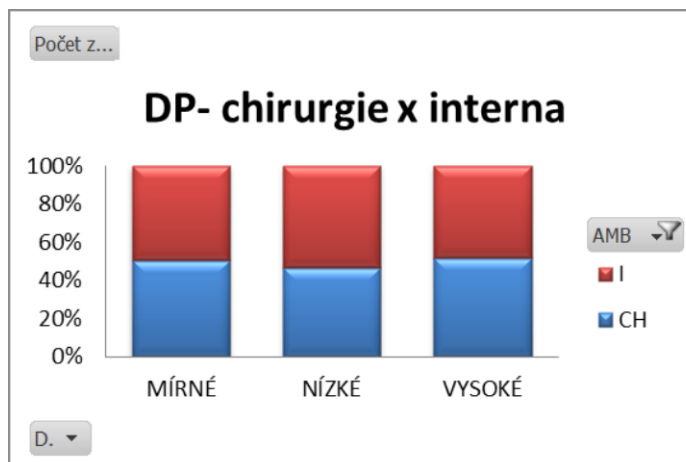
Graf č. 13- Porovnání emocionálního vyhoření mezi interními a chirurgickými pracovišti.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 14 znázorňuje vysokou depersonalizaci a riziko vyhoření na obou porovnávaných pracovištích.

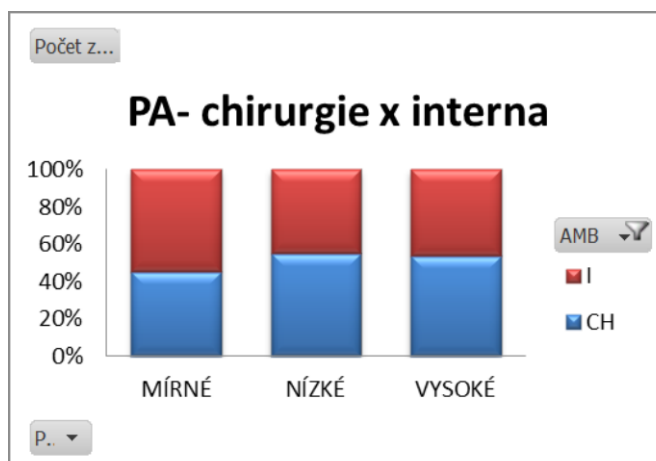
Graf č. 14- Depersonalizace mezi interním a chirurgickým pracovištěm



Zdroj: Vlastní výzkum

Osobní uspokojení je vyšší na chirurgickém oddělení (graf č. 15).

Graf č. 15- Porovnání osobního uspokojení mezi interním a chirurgickým pracovištěm

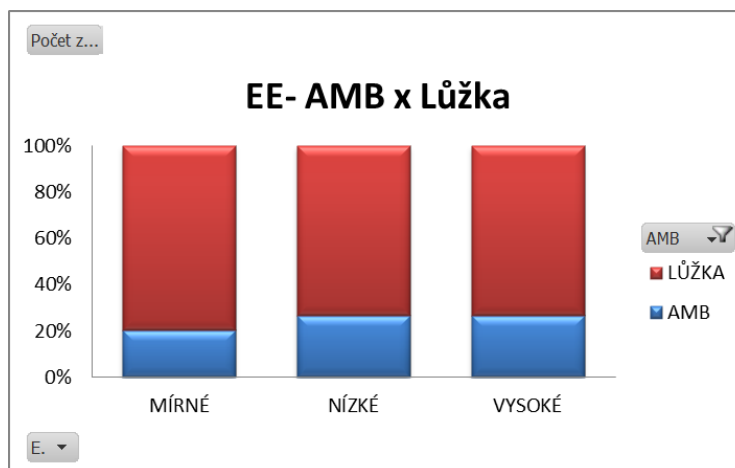


Zdroj: Vlastní výzkum

4.4 Míra vyhoření mezi ambulantní a lůžkovou částí

Graf č. 16 znázorňuje, že v lůžkové části je více vyhořelých pracovníků, než v části ambulantní.

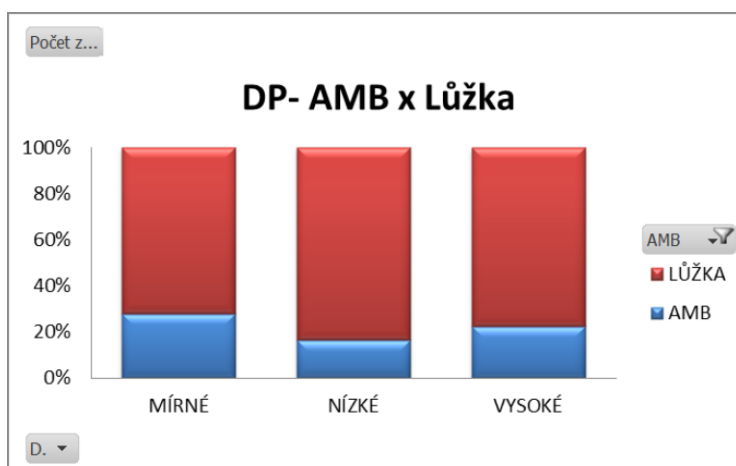
Graf č. 16- Srovnání emocionálního vyčerpání mezi ambulancí a lůžkovou částí



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 17 znázorňuje, že u pracovníků pracujících u lůžka byla míra odosobnění od pacientů výrazně větší než u ambulantních pracovníků.

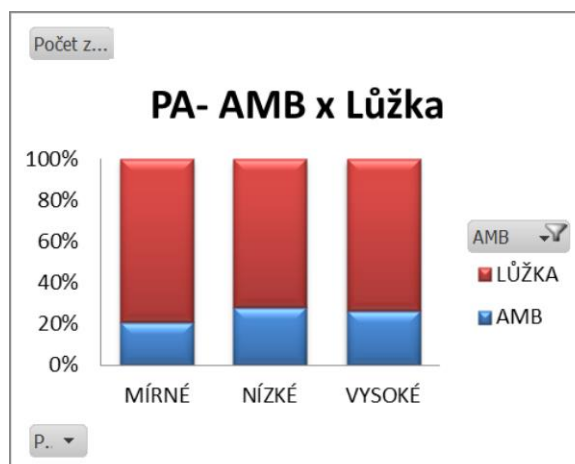
Graf č. 17- Srovnání depersonalizace mezi ambulancí a lůžkovou částí



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 18 znázorňuje, že míra uspokojení u pracovníků pracujících v lůžkové části je větší než u ambulantních pracovníků.

Graf č. 18- Srovnání osobního uspokojení mezi ambulancí a lůžkovou částí

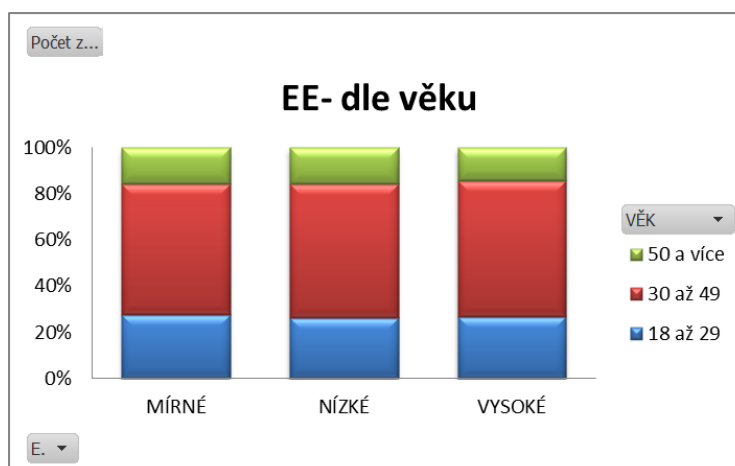


Zdroj: Vlastní výzkum

4.5 Míra vyhoření dle věku respondentů

Při posuzování vlivu věku respondentů na emocionální vyhoření se ukázalo, že nejvíce jedinců vyhoří ve věku mezi 30- 49 rokem (graf č. 19).

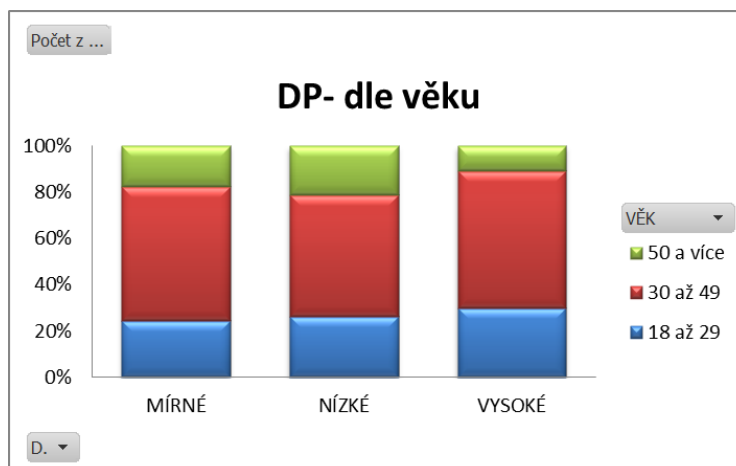
Graf č. 19- Srovnání emocionálního vyhoření dle věku



Zdroj: Vlastní výzkum

U Depersonalizace se opět potvrdilo, že nejvíce osob vyhoří ve středním věku (graf č. 20).

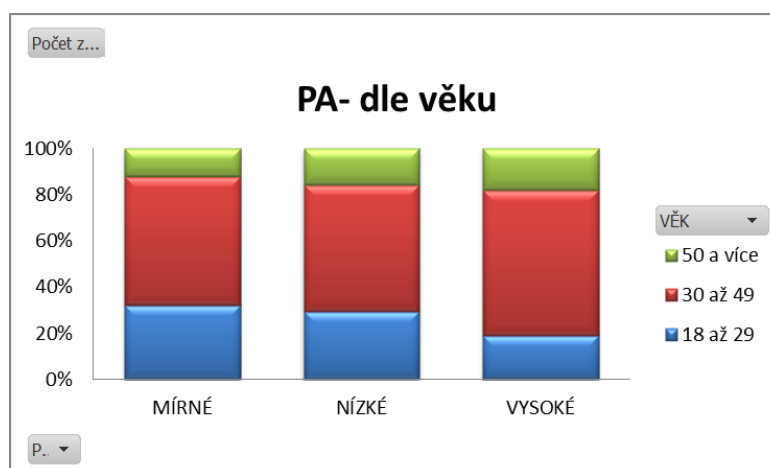
Graf č. 20- Srovnání depersonalizaci dle věku



Zdroj: Vlastní výzkum

I přes nepříznivé výsledky ohledně emocionálního vyhoření a depersonalizaci u respondentů ve věku mezi 30-49 rokem se projevilo, že tato věková skupina je se svou prací velmi spokojena (graf č. 21).

Graf č. 21- Srovnání osobního uspokojení dle věku



Zdroj: Vlastní výzkum

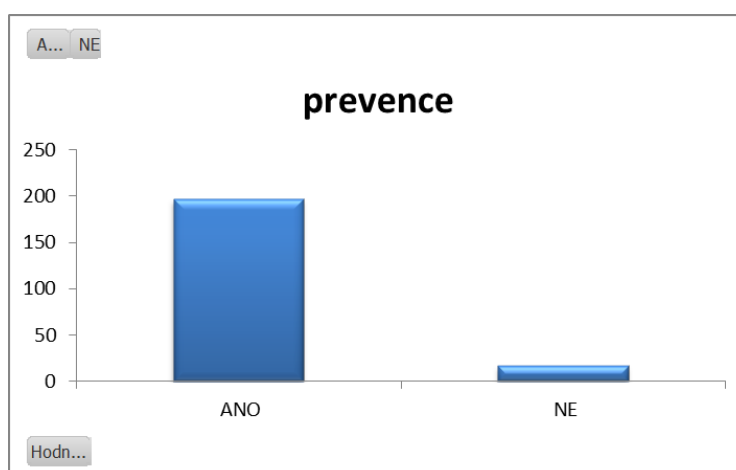
4.6 Vyhodnocení III. části výzkumného dotazníku

Třetí část dotazníku se zabývala prevencí vyhoření a posouzením, zda pracovníci vědí, jak mají prevenci provádět.

4.6.1 Prevence syndromu vyhoření

První otázka se zabývala tím, zda pracovníci provádějí jakoukoliv prevenci syndromu vyhoření. Bylo prokázáno, že většina respondentů prevenci provádí (graf č. 22).

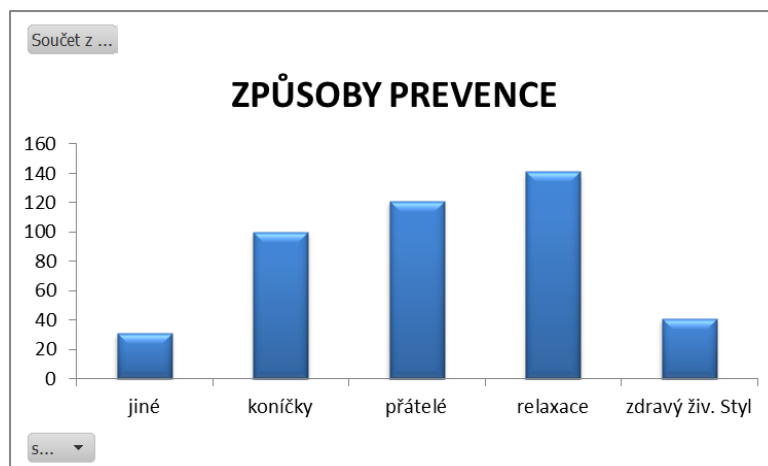
Graf č. 22- Snažíte se nějakým způsobem předcházet stresu?



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 23 znázorňuje, jakým způsobem se respondenti snaží předcházet vyhoření. Na výběr měli několik možností a mohli jich vybírat i více.

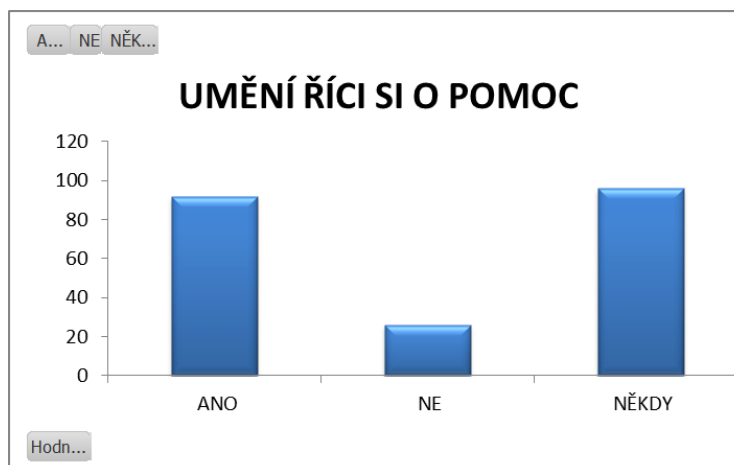
Graf č. 23- Jaký způsob používáte k prevenci vyhoření?



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 24 je zřejmé, že si většina respondentů si v případě, kdy nestíhají, dokáže říci o pomoc.

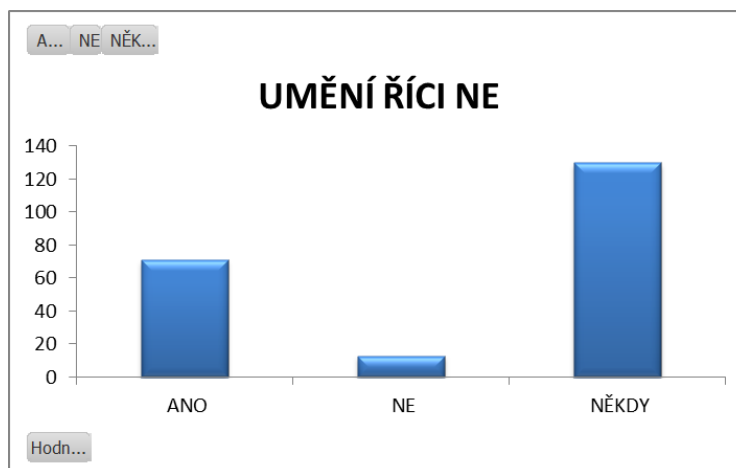
Graf č. 24- Umíte si říci o pomoc, pokud nestíháte v práci nebo v soukromém životě?



Zdroj: Vlastní výzkum

Větší část zdravotníků dokáže říci NE, protože si uvědomují, že by došlo k přetížení organismu (graf č. 25).

Graf č. 25- Umíte říci NE, pokud nestíháte v práci nebo soukromém životě?



Zdroj: Vlastní výzkum

Větší část zdravotníků má pocit, že mají málo času na své koníčky (graf č.26).

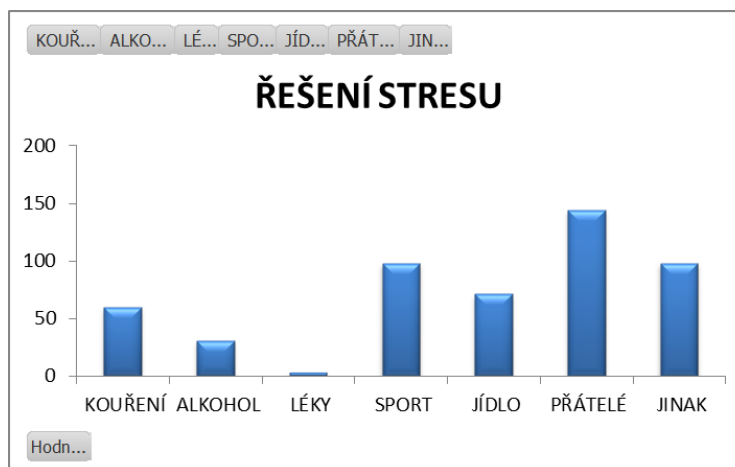
Graf č. 26- Máte dostatek času věnovat se svým koníčkům?



Zdroj: Vlastní výzkum

Stresovým situacím se nelze vyhnout, ale je nutné se s nimi vypořádat. Jakým způsobem to činí respondenti, znázorňuje graf č. 27.

Graf č. 27- Jak řešíte stresové situace?

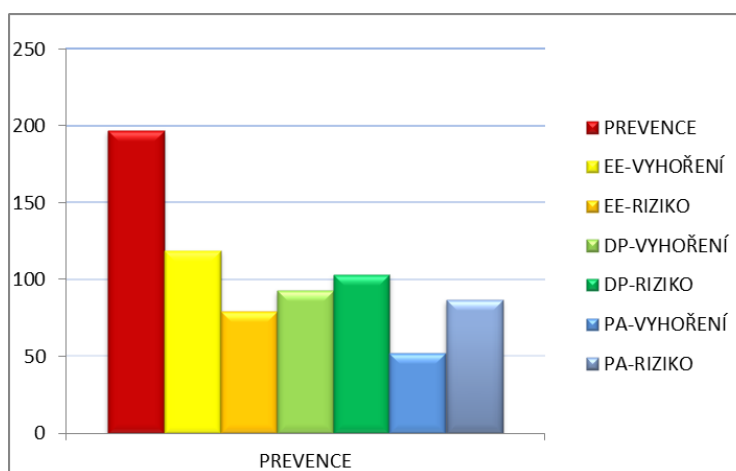


Zdroj: Vlastní výzkum

4.6.2 Vyhodnocení úspěšnosti prevence syndromu vyhoření

Z celkového počtu 214 respondentů bylo emocionálně vyhořeno 119 osob a téměř 80 osob již bylo velmi rizikových. I když dochází k depersonalizaci a emocionálnímu vyhoření, více jak 140 osob udávalo velké nebo mírné osobní uspokojení. I přes prováděnou prevenci se ukazuje, že u respondentů dochází k celkovému vyhoření (graf č. 28).

Graf č. 28- Porovnání účinnosti prevence



Zdroj: Vlastní výzkum

4.7 Hypotézy

Hypotéza č. 1 - V přednemocniční péči je mnohem větší riziko vzniku syndromu vyhoření, než v péči nemocniční.

Chí-kvadrát potvrdil výrazné rozdíly v oblasti vyhoření mezi přednemocničním a nemocničním zařízením. Na základě zjištěných dat a grafického znázornění (grafy č. 1-3) se hypotéza č. 1 nepotvrdila.

Hypotéza č. 2 - U zdravotnických pracovníků, kteří mají délku praxe větší jak deset let, je riziko vzniku vyhoření větší, než u pracovníků, kteří mají délku praxe kratší.

Na základě zjištěných dat a grafického znázornění se hypotéza č.2 potvrdila pouze v oblasti depersonalizace a emocionálního vyhoření (grafy č. 4 a 5). V oblasti pracovního uspokojení se hypotéza č. 2 nepotvrdila (graf č. 6).

Hypotéza č. 3 - V českobudějovickém okrese není riziko vyhoření větší, než v ostatních okresech.

Chí-kvadrát potvrdil významné rozdíly rizika vzniku syndromu vyhoření mezi jednotlivými nemocnicemi. Grafy č. 10-12 ukazují, že emocionální vyhoření a depersonalizace je nejvyšší právě na Českobudějovicku. Hypotéza č. 3 se nepotvrdila.

Hypotéza č. 4 - V chirurgických oborech je riziko vyhoření srovnatelné jako v interních oborech.

Chí-kvadrát a grafické znázornění (grafy č. 13-15) potvrdily, že obor, ve kterém pracovníci nemocničního zařízení pracují, nemá významný vliv na míru vyhoření. Hypotéza č. 4 se potvrdila.

Hypotéza č. 5 – U pracovníků pracujících u lůžka je větší riziko vyhoření než u ambulantních pracovníků.

Na základě grafického znázornění (grafy č. 16 a 17) se hypotéza č. 5 potvrdila pouze v emocionální oblasti a depersonalizaci. V osobním uspokojení se hypotéza č. 5 nepotvrdila (graf č. 18).

Vysvětlivky k tabulkám č. 1-6:

ČB- České Budějovice

ČK- Český Krumlov

PÍ - Písek

I- Interní oddělení

L- lůžková část

JIP- Jednotka intenzivní péče

CH- Chirurgické oddělení

AMB- Ambulance

ARO,RES- Anesteziologicko-resuscitační oddělení

ZZS-Zdravotnická záchranná služba

EE- Emocionální vyčerpání

DP- Depersonalizace

PA- Osobní uspokojení – nízké hodnoty značí vyhoření

Vysoké- vyhoření

Mírné- riziko vyhoření

Nízké- bez rizika vyhoření

Tabulka č. 1- I. část Nemocnice ČB a.s.

NEMOCNICE	ODDĚLENÍ	DOBA PRAXE	EE	DP	PA	VĚK
ČB	CH-AMB	5 až 9	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49
ČB	CH-AMB	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	30 až 49
ČB	CH-AMB	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	50 a více
ČB	CH-AMB	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49
ČB	CH-AMB	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49
ČB	CH-AMB	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	50 a více
ČB	CH-AMB	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	30 až 49
ČB	CH-JIP	5 až 9	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49
ČB	CH-JIP	0 až 4	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	18 až 29
ČB	CH-JIP	5 až 9	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49
ČB	CH-JIP	5 až 9	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	18 až 29
ČB	CH-JIP	0 až 4	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	18 až 29
ČB	CH-JIP	10 a více	MÍRNÉ	VYSOKÉ	VYSOKÉ	30 až 49
ČB	CH-JIP	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	30 až 49
ČB	CH-JIP	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49
ČB	CH-JIP	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	18 až 29
ČB	CH-JIP	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	50 a více
ČB	CH-JIP	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	30 až 49
ČB	CH-L	5 až 9	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	18 až 29
ČB	CH-L	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	50 a více
ČB	CH-L	0 až 4	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	18 až 29
ČB	CH-L	5 až 9	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	18 až 29
ČB	CH-L	0 až 4	VYSOKÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	18 až 29
ČB	CH-L	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	30 až 49
ČB	CH-L	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	30 až 49
ČB	CH-L	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	VYSOKÉ	30 až 49
ČB	CH-L	10 a více	MÍRNÉ	VYSOKÉ	VYSOKÉ	50 a více
ČB	CH-L	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	30 až 49

Tabulka č. 1- II. část Nemocnice ČB a.s.

NEMOCNICE	ODDĚLENÍ	DOBA PRAXE	EE	DP	PA	VĚK
ČB	I-AMB	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	50 a více
ČB	I-AMB	10 a více	NÍZKÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
ČB	I-AMB	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
ČB	I-AMB	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	50 a více
ČB	I-AMB	10 a více	NÍZKÉ	NÍZKÉ	VYSOKÉ	50 a více
ČB	I-AMB	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	50 a více
ČB	I-AMB	10 a více	MÍRNÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	50 a více
ČB	I-AMB	10 a více	NÍZKÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	50 a více
ČB	I-AMB	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	NÍZKÉ	50 a více
ČB	I-AMB	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	30 až 49
ČB	I-JIP	0 až 4	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	18 až 29
ČB	I-JIP	5 až 9	MÍRNÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	30 až 49
ČB	I-JIP	10 a více	MÍRNÉ	VYSOKÉ	VYSOKÉ	30 až 49
ČB	I-JIP	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	30 až 49
ČB	I-JIP	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	30 až 49
ČB	I-JIP	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	VYSOKÉ	30 až 49
ČB	I-JIP	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	30 až 49
ČB	I-JIP	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49
ČB	I-JIP	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	30 až 49
ČB	I-L	5 až 9	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	18 až 29
ČB	I-L	5 až 9	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	18 až 29
ČB	I-L	5 až 9	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	18 až 29
ČB	I-L	0 až 4	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	18 až 29
ČB	I-L	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	30 až 49
ČB	I-L	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
ČB	I-L	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	50 a více
ČB	I-L	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49
ČB	I-L	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49
ČB	I-L	10 a více	NÍZKÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	50 a více
ČB	I-L	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49

Tabulka č. 1- III. část Nemocnice ČB a.s.

NEMOCNICE	ODDĚLENÍ	DOBA PRAXE	EE	DP	PA	VĚK
ČB	ARO,RES	0 až 4	VYSOKÉ	VYSOKÉ	VYSOKÉ	18 až 29
ČB	ARO,RES	5 až 9	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49
ČB	ARO,RES	5 až 9	MÍRNÉ	NÍZKÉ	NÍZKÉ	30 až 49
ČB	ARO,RES	0 až 4	VYSOKÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	18 až 29
ČB	ARO,RES	5 až 9	MÍRNÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	18 až 29
ČB	ARO,RES	5 až 9	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49
ČB	ARO,RES	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
ČB	ARO,RES	10 a více	MÍRNÉ	VYSOKÉ	VYSOKÉ	30 až 49
ČB	ARO,RES	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49
ČB	ARO,RES	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49

Tabulka č. 2- ZZS ČB

NEMOCNICE	ODDĚLENÍ	DOBA PRAXE	EE	DP	PA	VĚK
ČB	ZZS	5 až 9	MÍRNÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	18 až 29
ČB	ZZS	0 až 4	MÍRNÉ	VYSOKÉ	VYSOKÉ	18 až 29
ČB	ZZS	5 až 9	NÍZKÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
ČB	ZZS	5 až 9	NÍZKÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
ČB	ZZS	5 až 9	MÍRNÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	30 až 49
ČB	ZZS	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
ČB	ZZS	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
ČB	ZZS	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
ČB	ZZS	10 a více	MÍRNÉ	NÍZKÉ	VYSOKÉ	30 až 49
ČB	ZZS	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	VYSOKÉ	30 až 49
ČB	ZZS	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49
ČB	ZZS	10 a více	MÍRNÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49
ČB	ZZS	10 a více	MÍRNÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49
ČB	ZZS	10 a více	MÍRNÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49

Tabulka č. 3- I. část Nemocnice ČK a.s.

NEMOCNICE	ODDĚLENÍ	DOBA PRAXE	EE	DP	PA	VĚK
CK	CH-AMB	5 až 9	VYSOKÉ	MÍRNÉ	NÍZKÉ	30 až 49
CK	CH-AMB	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	30 až 49
CK	CH-AMB	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	30 až 49
CK	CH-AMB	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	30 až 49
CK	CH-AMB	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	30 až 49
CK	CH-JIP	0 až 4	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	18 až 29
CK	CH-JIP	5 až 9	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	18 až 29
CK	CH-JIP	5 až 9	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	18 až 29
CK	CH-JIP	5 až 9	VYSOKÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	30 až 49
CK	CH-JIP	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	18 až 29
CK	CH-JIP	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	50 a více
CK	CH-JIP	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
CK	CH-JIP	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
CK	CH-JIP	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	NÍZKÉ	30 až 49
CK	CH-JIP	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	30 až 49
CK	CH-L	0 až 4	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	30 až 49
CK	CH-L	5 až 9	NÍZKÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	18 až 29
CK	CH-L	5 až 9	VYSOKÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	50 a více
CK	CH-L	5 až 9	VYSOKÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
CK	CH-L	5 až 9	MÍRNÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	18 až 29
CK	CH-L	5 až 9	VYSOKÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	18 až 29
CK	CH-L	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
CK	CH-L	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	30 až 49

Tabulka č. 3- II. část Nemocnice ČK a.s.

NEMOCNICE	ODDĚLENÍ	DOBA PRAXE	EE	DP	PA	VĚK
CK	I-AMB	10 a více	VYSOKÉ	NÍZKÉ	VYSOKÉ	30 až 49
CK	I-AMB	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
CK	I-AMB	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	NÍZKÉ	50 a více
CK	I-AMB	10 a více	MÍRNÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	50 a více
CK	I-AMB	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	50 a více
CK	I-AMB	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	30 až 49
CK	I-AMB	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	50 a více
CK	I-JIP	5 až 9	VYSOKÉ	VYSOKÉ	VYSOKÉ	18 až 29
CK	I-JIP	5 až 9	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	30 až 49
CK	I-JIP	0 až 4	MÍRNÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	18 až 29
CK	I-JIP	0 až 4	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	18 až 29
CK	I-JIP	10 a více	MÍRNÉ	NÍZKÉ	VYSOKÉ	30 až 49
CK	I-JIP	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	30 až 49
CK	I-JIP	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
CK	I-JIP	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	30 až 49
CK	I-JIP	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	30 až 49
CK	I-JIP	10 a více	MÍRNÉ	NÍZKÉ	MÍRNÉ	30 až 49
CK	I-L	5 až 9	MÍRNÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	18 až 29
CK	I-L	5 až 9	MÍRNÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49
CK	I-L	0 až 4	VYSOKÉ	NÍZKÉ	MÍRNÉ	18 až 29
CK	I-L	0 až 4	VYSOKÉ	NÍZKÉ	MÍRNÉ	18 až 29
CK	I-L	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	30 až 49
CK	I-L	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	30 až 49
CK	I-L	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49

Tabulka č. 3- III. část Nemocnice ČK a.s.

NEMOCNICE	ODDĚLENÍ	DOBA PRAXE	EE	DP	PA	VĚK
CK	ARO,RES	5 až 9	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	18 až 29
CK	ARO,RES	0 až 4	VYSOKÉ	MÍRNÉ	NÍZKÉ	18 až 29
CK	ARO,RES	5 až 9	VYSOKÉ	MÍRNÉ	NÍZKÉ	30 až 49
CK	ARO,RES	5 až 9	VYSOKÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	18 až 29
CK	ARO,RES	0 až 4	VYSOKÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	18 až 29
CK	ARO,RES	0 až 4	MÍRNÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	18 až 29
CK	ARO,RES	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
CK	ARO,RES	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	30 až 49

Tabulka č. 4- ZZS ČK

NEMOCNICE	ODDĚLENÍ	DOBA PRAXE	EE	DP	PA	VĚK
CK	ZZS	5 až 9	NÍZKÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
CK	ZZS	0 až 4	VYSOKÉ	NÍZKÉ	NÍZKÉ	18 až 29
CK	ZZS	5 až 9	VYSOKÉ	VYSOKÉ	VYSOKÉ	30 až 49
CK	ZZS	5 až 9	MÍRNÉ	VYSOKÉ	VYSOKÉ	30 až 49
CK	ZZS	5 až 9	MÍRNÉ	VYSOKÉ	VYSOKÉ	30 až 49
CK	ZZS	0 až 4	MÍRNÉ	MÍRNÉ	NÍZKÉ	18 až 29
CK	ZZS	5 až 9	MÍRNÉ	MÍRNÉ	NÍZKÉ	30 až 49
CK	ZZS	0 až 4	MÍRNÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	18 až 29
CK	ZZS	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	30 až 49
CK	ZZS	10 a více	MÍRNÉ	NÍZKÉ	MÍRNÉ	50 a více

Tabulka č. 5- I. část Nemocnice Písek a.s.

NEMOCNICE	ODDĚLENÍ	DOBA PRAXE	EE	DP	PA	VĚK
PÍ	CH-AMB	0 až 4	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	18 až 29
PÍ	CH-AMB	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	50 a více
PÍ	CH-AMB	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
PÍ	CH-AMB	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	50 a více
PÍ	CH-AMB	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	50 a více
PÍ	CH-AMB	10 a více	MÍRNÉ	NÍZKÉ	VYSOKÉ	50 a více
PÍ	CH-AMB	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	NÍZKÉ	30 až 49
PÍ	CH-AMB	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	NÍZKÉ	50 a více
PÍ	CH-AMB	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	NÍZKÉ	50 a více
PÍ	CH-AMB	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	30 až 49
PÍ	CH-JIP	0 až 4	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	18 až 29
PÍ	CH-JIP	5 až 9	MÍRNÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	18 až 29
PÍ	CH-JIP	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
PÍ	CH-JIP	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
PÍ	CH-JIP	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
PÍ	CH-JIP	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	50 a více
PÍ	CH-JIP	10 a více	MÍRNÉ	NÍZKÉ	VYSOKÉ	50 a více
PÍ	CH-JIP	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49
PÍ	CH-L	5 až 9	MÍRNÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	18 až 29
PÍ	CH-L	5 až 9	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
PÍ	CH-L	0 až 4	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	18 až 29
PÍ	CH-L	0 až 4	NÍZKÉ	NÍZKÉ	MÍRNÉ	18 až 29
PÍ	CH-L	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
PÍ	CH-L	10 a více	NÍZKÉ	NÍZKÉ	VYSOKÉ	30 až 49
PÍ	CH-L	10 a více	NÍZKÉ	NÍZKÉ	VYSOKÉ	30 až 49
PÍ	CH-L	10 a více	NÍZKÉ	NÍZKÉ	VYSOKÉ	30 až 49
PÍ	CH-L	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49
PÍ	CH-L	10 a více	NÍZKÉ	NÍZKÉ	MÍRNÉ	30 až 49

Tabulka č. 5- II část Nemocnice Písek a.s.

NEMOCNICE	ODDĚLENÍ	DOBA PRAXE	EE	DP	PA	VĚK
PÍ	I-AMB	5 až 9	NÍZKÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	18 až 29
PÍ	I-AMB	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49
PÍ	I-AMB	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	50 a více
PÍ	I-AMB	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49
PÍ	I-AMB	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	50 a více
PÍ	I-AMB	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	30 až 49
PÍ	I-JIP	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
PÍ	I-JIP	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	18 až 29
PÍ	I-JIP	10 a více	NÍZKÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
PÍ	I-JIP	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	NÍZKÉ	30 až 49
PÍ	I-JIP	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	30 až 49
PÍ	I-JIP	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	50 a více
PÍ	I-JIP	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49
PÍ	I-JIP	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49
PÍ	I-L	5 až 9	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	30 až 49
PÍ	I-L	5 až 9	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	18 až 29
PÍ	I-L	0 až 4	VYSOKÉ	NÍZKÉ	NÍZKÉ	18 až 29
PÍ	I-L	10 a více	NÍZKÉ	NÍZKÉ	VYSOKÉ	30 až 49
PÍ	I-L	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	NÍZKÉ	30 až 49
PÍ	I-L	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	30 až 49
PÍ	I-L	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	30 až 49

Tabulka č. 5- III část Nemocnice Písek a.s.

NEMOCNICE	ODDĚLENÍ	DOBA PRAXE	EE	DP	PA	VĚK
PÍ	ARO,RES	0 až 4	VYSOKÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	18 až 29
PÍ	ARO,RES	5 až 9	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	18 až 29
PÍ	ARO,RES	0 až 4	VYSOKÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	18 až 29
PÍ	ARO,RES	0 až 4	NÍZKÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	18 až 29
PÍ	ARO,RES	10 a více	NÍZKÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
PÍ	ARO,RES	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
PÍ	ARO,RES	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	30 až 49
PÍ	ARO,RES	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	NÍZKÉ	30 až 49
PÍ	ARO,RES	10 a více	VYSOKÉ	MÍRNÉ	NÍZKÉ	30 až 49
PÍ	ARO,RES	10 a více	MÍRNÉ	MÍRNÉ	MÍRNÉ	30 až 49

Tabulka č. 6- ZZS Písek

NEMOCNICE	ODDĚLENÍ	DOBA PRAXE	EE	DP	PA	VĚK
PÍ	ZZS	0 až 4	NÍZKÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	18 až 29
PÍ	ZZS	5 až 9	MÍRNÉ	MÍRNÉ	VYSOKÉ	18 až 29
PÍ	ZZS	0 až 4	MÍRNÉ	VYSOKÉ	NÍZKÉ	18 až 29
PÍ	ZZS	0 až 4	MÍRNÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	18 až 29
PÍ	ZZS	0 až 4	MÍRNÉ	MÍRNÉ	NÍZKÉ	18 až 29
PÍ	ZZS	10 a více	MÍRNÉ	VYSOKÉ	VYSOKÉ	30 až 49
PÍ	ZZS	10 a více	VYSOKÉ	VYSOKÉ	MÍRNÉ	30 až 49

5 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda je větší riziko vyhoření u pracovníků ZZS než u pracovníků nemocnice.

Dílčím cílem bylo zjistit, zda délka praxe a pracovní zařazení mají vliv na psychickou stránku nelékařského zdravotnického pracovníka.

Dalším dílčím cílem práce bylo zjistit, zda nelékařští zdravotničtí pracovníci vědí, jak se mají bránit syndromu vyhoření a zda dělají preventivní opatření, aby k vyhoření nedošlo.

Z výzkumu byly zjištěny následující závěry:

- Předpoklad, že pracovníci zdravotnických záchranných složek jsou mnohem náchylnější k vyhoření, než pracovníci v nemocničních zařízeních, se nepotvrdil. Bylo zjištěno, že nemocniční pracovníci jsou mnohem rizikovější.
- Z výzkumu vyplynulo, že čím je délka praxe delší, tím se zvyšuje riziko vyhoření u zdravotníků. Zcela paradoxně se u této skupiny zjistilo vysoké procento osobně spokojených pracovníků.
- Při porovnávání syndromu vyhoření mezi jednotlivými okresy se zjistilo, že emocionální vyhoření a depersonalizace je nejvyšší na Českobudějovicku a nejnižší na Písecku.
- Pracovníci, kteří pracují v ambulantní části jsou méně náchylní k vyhoření než pracovníci pracující u lůžka.
- Při vyhodnocování výsledků bylo zjištěno, že vliv oboru, ve kterém jedinci pracují, nemá významný vliv na vznik syndromu vyhoření.
- Z výsledků výzkumu vyplynulo, že mezi nejrizikovější skupinu patří zdravotníci pracující na standardním oddělení.
- Nejčastěji dochází k syndromu vyhoření ve věku mezi 30 až 49 lety.
- Většina pracovníků se snaží vyhoření předcházet, ale při srovnání s počtem vyhořelých pracovníků, se tato prevence ukazuje jako málo účinná.
- Na základě dotazníkového šetření se zjistilo, že se zaměstnavatel nepodílí na prevenci syndromu vyhoření u svých zaměstnanců.

5.1 Doporučení pro praxi

Syndrom vyhoření se nejčastěji vyskytuje u pracovníků takzvaných pomáhajících profesí. Za jednu z nejrizikovějších skupin jsou považováni právě zdravotničtí pracovníci.

Doporučuji, aby se zdravotničtí pracovníci více věnovali své psychické stránce a naučili se lépe provádět preventivní opatření proti vzniku syndromu vyhoření. Pro zajištění efektivnosti prováděné prevence by bylo vhodné, aby zdravotníci získali více informací o této nemoci, které by jim pomohly rozpoznat charakteristické příznaky projevu syndromu vyhoření. Každý člověk by se měl snažit syndromu vyhoření předcházet. V případě, že se projeví charakteristické příznaky této nemoci, měl by je zdravotník či nezdravotník řešit účinnými metodami co nejdříve.

Syndrom vyhoření je pomalý proces, který může negativně zasáhnout do života nás všech. Proto by bylo vhodné, aby se do prevence vzniku syndromu vyhoření zapojil i sám zaměstnavatel. Například možnost využití benefitů by jistě velmi ocenil každý zaměstnanec pracující nejenom ve zdravotnictví.

6 POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

BALKOVÁ, H.; ZIBRINOVÁ, M., 2012. Motivace sester na pracovišti. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta, 2012. č. 6, 29-30. ISSN 1210-0404.

BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2006, str. 86. ISBN 80-7013-439-9 (brož.).

CIMICKÝ, J. *Našinec v ohrožení: Jak si chránit duševní zdraví*. Praha: Magnet Press, 1994, str. 126. ISBN 80-85434-92-2.

CUNGI, CH. *Jak zvládat stres*. Praha: Portál, 2001, str. 205. ISBN 80-7178-465-6.

GÉRINGOVÁ, J. *Pomáhající profese: Tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton, 2011, str. 198. ISBN 978-80-7387-394-3 (brož.).

HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas: Jak a proč?* Praha: Galén, 2007, str. 104. ISBN 978-807-2624-973.

JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003, str. 223. ISBN 80-7254-329-6.

JEKLOVÁ, M.; REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, str. 32. ISBN 80-86991-74-1.

KLEVETOVÁ, D. 2012. Smysl supervize na pracovišti- nástroj zlepšování kvality ošetrovatelské práce, *Sestra*. Praha: Mladá Fronta, 2012. č. 7. 22-25. ISSN 1210-0404.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006, str. 147. ISBN 80-7367-181-6.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, str. 175. ISBN 978-80-7195-573-3 (brož.).

KUKAČKA, V. *Zdravý životní styl*. České Budějovice: Zemědělská fakulta JU, 2009, str. 176. ISBN 978-8-80-7394-105-5.

MLČÁK, Z. *Psychická krize a problematika jejího zvládnutí: psychologické poradenství v sociální práci*. Ostrava: FF OU, 2002, str. 15. ISBN 80-7042-615-2.

RICHTER, G.; GRUBER, H.; USCILOWSKA, A.; JANČUROVÁ, L.; KONOVA, D.; HANÁKOVÁ, E. *Příručka hodnocení rizika v malých a středních podnicích: Psychická zátěž*, Česká Republika, 2010, str. 24. ISBN 978-3-941441-45-3.

SCHUSTER, J. *Krok k výchově, krok ke zdraví: III. Úprava stravovacích návyků v prevenci nadváhy a obezity na ZŠ a adekvátní pohybové aktivity*. České Budějovice: Jihočeská Univerzita, 2007.

STAŇKOVÁ, M. *Sestra-reprezentant profese*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, str. 78. ISBN 80-7013-368-6 (brož.).

STOCK, CH. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010, str. 99. ISBN 978-80-247-3553-5.

VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005, str. 320. ISBN 80-7178-998-4.

ZACHAROVÁ, E.; HERMANOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2007, str. 229. ISBN 978-80-247-2068-5 (brož.).

Syndrom vyhoření, ©2007. [online]. [cit. 2013-11-09].

Dostupné z: https://m.osha.europa.eu/cs/publications/factsheets/cs_22.pdf

Stres související s prací, ©2008-2013. [online]. [cit. 2013-09-12].

Dostupné z: <http://www.syndrom-vyhoreni.psyhoweb.cz/>

ŠEBLOVÁ J. *Syndrom vyhoření ve zdravotnictví*, ©2012. [online].

[cit. 2013-10-12]. str. 5-8. Dostupné z:

http://www.csspraha.cz/users_data/file/Syndrom_vyhoreni_ve_zdravotnictvi.pdf

Slovník supervize, [online]. [cit. 2013-09-12].

Dostupné z: <http://www.mujsupervisor.cz/slovník-supervize>

Zákon o zdravotnické záchranné službě, ©2014, [online]. [cit. 2013-10-12].

Dostupné z: [file:///C:/Users/Jana/Downloads/374_2011_Sb%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Jana/Downloads/374_2011_Sb%20(1).pdf)

Přednemocniční neodkladná péče, [online].[cit. 2013-09-12].

Dostupné z: <http://ppp.zshk.cz/vyuka/organizace-PNP.aspx>

SMÉKAL, L. *Psychologie a pomáhající profese*, ©2010. [online]. [2013-08-12].

Dostupné z: <http://www.lubomirsmekal.cz/news/psychologie-v-pomahajicich-profesich-ucebnice/>