



UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra psychologie a patopsychologie

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

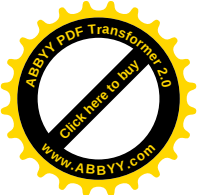
Bc. Lucie Hluchá

**Výskyt a příznaky syndromu vyhoření u
zdravotnických pracovníků**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Eva Urbanovská, Ph.D.

2011

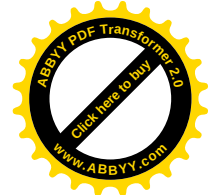
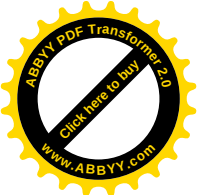


PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Výskyt a příznaky syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků“ vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Horním Třešnovci, dne 4.4. 2011

podpis



PODĚKOVÁNÍ

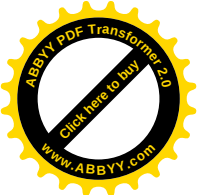
Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce Doc. PhDr. Evě Urbanovské, Ph.D. za odborné vedení a pomoc při zpracování.

Dále děkuji odborným učitelkám, kolektivu sester a vedení Orlickoústecké nemocnice, a.s. za možnost vypracování průzkumu mezi zdravotními sestrami.



OBSAH

Úvod	6
Teoretická část	8
1 Charakteristiky syndromu vyhoření	8
1.1 Historický pohled na syndrom vyhoření	8
1.2 Definice syndromu vyhoření podle jednotlivých autorů	9
1.3 Přehled profesí související s rizikem vzniku burnout	12
1.4 Seznam jednotlivých profesí s rizikem vzniku burnout:	13
1.5 Symptomatika syndromu vyhoření	14
1.6 Příčiny syndromu vyhoření	16
1.7 Fáze procesu syndromu vyhoření	18
2 Terapie a prevence syndromu vyhoření	20
2.1 Diagnostika vyhoření	20
2.2 Terapie syndromu vyhoření	22
2.3 Možnosti prevence burnout	24
3 Syndrom vyhoření u sester	28
3.1 Vývoj role sestry	28
3.2 Faktory ovlivňující vznik vyhaslosti u sester	29
3.3 Prevence syndromu vyhoření u sester	30
4 Syndrom vyhoření u odborných učitelek na středních zdravotnických školách	32
4.1 Vývoj role učitele - učitelky na střední zdravotnické škole	32
4.2 Postavení učitelky odborné praxe střední zdravotnické školy v ošetrovatelském týmu	33
4.3 Faktory ovlivňující vznik vyhaslosti u odborných učitelek	34
4.4 Prevence syndromu vyhoření u odborných učitelek	36
Empirická část	38
5 Cíle a metodika průzkumu	38
5.1 Vymezení problému, cílů a hypotéz	38



5.2 Metodika vlastního průzkumu	39
5.4 Metodika analýzy výsledků	45
5.4.1 Metodika statistického zpracování	45
5.4.2 Metoda statistického testování výsledků	45
5.4.3 Jednofaktorová analýza rozptylu	45
6 Verifikace hypotéz	47
7 Diskuse	65
7.1 Doporučení pro praxi	67
Závěr	71
Použitá literatura	73
Přílohy	77



ÚVOD

Současná doba je charakterizována velkým množstvím změn, rychlým životním stylem a všudypřítomným stresem. To vše vyžaduje, aby se každý pracující člověk rychle adaptoval na podmínky i požadavky svého zaměstnání, často i za cenu zkrácení času na odpočinek nebo na úkor rodinného života.

Při vykonávání určité profese je v současné době nezbytně nutné, aby si člověk zajistil relativně dostačující obnos finančních prostředků nutný k uspokojení svých potřeb, ale i potřeb své rodiny. Životní standard, očekávání a představy o životě každého z nás jsou různé. Do pracovního procesu vstupujeme většinou s určitým nadšením, energií a motivací, které jsou charakteristické pro plnění každodenních problémů či úkolů. Od své profese také očekáváme, že v ní budeme moci uplatnit svoje nabyté vědomosti i dovednosti, že nám bude nástrojem uspokojení jedné z našich psychických potřeb, a to potřeby seberealizace. Taková práce nám přináší pocit z dobře vykonané činnosti, je pro nás důležitá. Vážíme si toho, když vidíme, že naše práce je důležitá a prospěšná i pro druhé lidi.

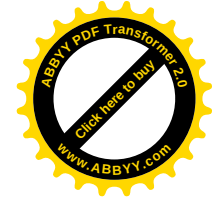
Setkáváme-li se v zaměstnání s překážkami, těžkostmi a nezdary, ztrácíme své původní nadšení a práce nás již vnitřně nenaplnuje, může se stát obávaným či traumatizujícím místem. Motivace, ochota a chuť podávat výkony v takové míře jako dosud, jsou ohroženy a mnohdy se vytrácí. Vyhasínání emocionálního náboje na sebe také nenechá dlouho čekat. Pokud dojde i k fyzickému vyčerpání, měli bychom myslet na syndrom vyhoření čili burnout. To se promítá i do kvality odvedené práce. Počáteční problém jednotlivce se následně stává problémem celého pracovního kolektivu či týmu. Lidé, kteří jsou velmi motivovaní, oddaní práci a mají hodně elánu, neutuchající energii a sklon k perfekcionismu, mohou být velmi tvůrčími a inspirujícími lidmi na pracovišti. Jejich největším kladem je aktivita a nadšení pro věc. Avšak právě tyto lidé jsou nejvíce ohroženi syndromem vyhoření, obzvláště pokud usilují o dodržování vysokého standardu práce v rigidním prostředí, s nedostatkem zdrojů a mnoha přesčasových hodin na úkor volného času stráveného s přáteli (Magnusson, Gooding, 1997). Burnout se může vyskytovat v mnoha profesích, avšak nejčastěji je diagnostikován u lidí, kteří pracují v tzv. pomáhajících profesích, jako jsou učitelky, zdravotní sestry, lékaři, psychologové a psychiatři, policisté a duchovní.

Práce si klade za cíl poskytnout ucelené informace o problematice syndromu vyhoření u zdravotních sester a učitelek na odborných středních školách, zjistit



podobnosti a rozdíly příznaků syndromu vyhoření vzhledem k profesní pozici, věku, délce praxe a rodinnému stavu. V teoretické části bude popsána historie tohoto syndromu, symptomy, faktory, jednotlivé fáze a diagnostika burnout syndromu. Teoretická část se pokusí také nastínit možnosti prevence burnout a informovat o možnostech léčení.

V empirické části bude popsán cíl, předpoklady a průběh průzkumu na středních školách a nemocnicích, který porovnával intenzitu burnout u sester a odborných učitelek SZŠ. Díky průzkumu je ověřována závislost syndromu vyhoření na věku, délce praxe, rodinném stavu atd. Získané výsledky jsou analyzovány a interpretovány. Následně jsou vysloveny závěry a navržena doporučení pro praxi.



TEORETICKÁ ČÁST

1 Charakteristiky syndromu vyhoření

Burnout (možno též burn-out, burn out) je původní anglický termín pro označení syndromu vyhoření. Tento termín se objevil v psychologii a psychoterapii v sedmdesátých letech 20. století. Poprvé jej pojmenoval Herbert J. Freudenberger, americký psychoanalytik německého původu. V článku Staff burnout, publikovaném v roce 1974 v časopise Journal of Social Issues, popsal syndrom vyhoření a díky jeho popisu se v následujících letech strhl obrovský zájem psychologů o tuto nemoc, což vedlo k poměrně podrobnému popsání jak vývoje, tak následků i prevence této choroby. Sám byl psychoanalytik pracující s dobrovolníky v pomocných profesích zejména v zařízeních provozujících paliativní péči, na kterých tento syndrom pozoroval a díky tomu ho i popsal (www.wikipedia.org, 2009). Tento fenomén však existoval již mnohem dříve, ale do té doby však neměl jasné pojmenování.

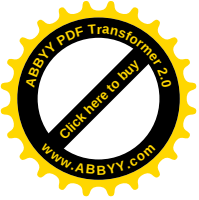
1.1 Historický pohled na syndrom vyhoření

Zmínky o jevu celkového vyčerpání, tj. vyčerpání tělesného, psychického (emocionálního a mentálního) i duchovního, se vyskytovaly už době raného křesťanství. V bibli se s ním můžeme setkat v knize Kazatel, kde příběh proroka Eliáše vypráví o tom, co to znamená dostat se až na dno životní energie. Prorok Eliáš utíkal před krvežíznivou královnou Jezábel. Skryl se před ní v poušti, kde zcela vyčerpan upadá a přeje si svoji smrt.

O totálním vyčerpání vypráví pověst o Sisypovi, která se zrodila ve starém Řecku. Podle této pověsti byl Sisyfos odsouzen k tomu, aby dovalil na vysokou horu velký kámen. Sisyfos se o to velmi snažil, velký kámen valil před sebou na vrcholek hory, jakmile na vrchol hory kámen dovalil, kámen se mu vysmekl a zase spadl dolů. Sisyfos musel opět začít znovu a znovu. Trápení nebralo konce, a proto se dodnes říká „Sisyfova práce“ jako synonymum pro vyčerpávající a neustále se opakující práci. (Wikipedia, 2009).

Jak uvádí Křivohlavý (1998) ve své knize „Jak neztratit nadšení“, příklady psychického vyčerpání bychom našli v beletristickém zpracování, v badatelské činnosti, v životě válečném i civilním.

Termín burnout byl původně používán pro označení stavu lidí, kteří zcela propadli alkoholu a ztratili o vše ostatní zájem. Později se tento termín začal používat i



pro toxikomany, protože jejich veškerý životní zájem a energie byla soustředěna na získání drogy. Posléze se termínu burnout začalo používat i pro lidi, kteří byli svou prací zcela pohlceni, zajímala je nade vše, doslova se v ní utápěli, byla pro ně drogou, o nic jiného neměli zájem. Následně se však pro tuto skupinu lidí objevilo zcela nové pojmenování „workholici“. (Křivohlavý, 1998).

V sedmdesátých a osmdesátých letech 20. století se začali psychologové tomuto fenoménu více věnovat a objevilo se mnoho odborných článků, knih i studií, které se zabývaly touto problematikou komplexně. Zájem, nejen psychologů, o syndrom vyhoření neutuchá ani v současnosti.

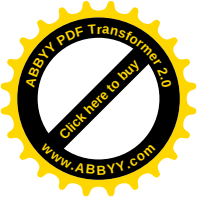
1.2 Definice syndromu vyhoření podle jednotlivých autorů

Poprvé tento pojem použil psycholog H. J. Freudenberger ve své knize *Burnout: The Cost of High Achievement*, kde syndrom burn-out definoval jako vyhasnutí motivace a stimulujících podnětů v situaci, kde péče o jedince a neuspokojivý vztah jsou příčinou, že práce nepřináší očekávané výsledky. Syndrom je spojován se stavem psychického i fyzického vyčerpání následujícího po vyčerpávajícím a dlouhotrvajícím stresu. Jedná se o „vyplenění všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka (např. lidí, kteří se snaží druhým lidem pomoci v jejich těžkostech a pak se cítí sami přemoženi jejich problémy)“. Jako první bylo popisováno vyhoření u personálu „alternativních“ léčebných zařízení, jakými byly například „Free Clinics“, existující mimo etablované léčebny a závislé na obětavé pomoci dobrovolníků. Brzy se ukázalo, že tento koncept lze uplatnit i u dobře placeného personálu ve vyšších pozicích, u lékařů, psychiatrů, zdravotních sester, učitelů i sociálních pracovníků.

(Jeklová a kol, 2009)

„Syndrom vyhoření se definuje jako fenomén mající původ v kumulaci účinků stresu působícího na člověka v zaměstnání. Tento termín se stále častěji používá v souvislosti s rychlým a stresujícím způsobem života na konci dvacátého století. Jde o syndrom tělesného, duševního a duchovního vyčerpání charakterizovaný progresivní ztrátou ideálů, energie a smyslu života. Může postihnout osoby, které pracují s lidmi a řeší všechny situace velmi intenzivně a uvědoměle. Člověk, který přestane své zaměstnání chápat jako „povolání“, trpí syndromem vyhoření“ (Magnusson, Gooding, 1997).

Křivohlavý (1998) ve své knize „Jak neztratit nadšení“ uvádí přehled definic burnout jednotlivých psychologů, kteří se syndromem vyhoření dlouhodobě zabývali.



Všechny následující definice popisují jev nazvaný „vyhoření“, ale vždy z trochu jiného úhlu pohledu. (Křivohlavý, 1998)

Cary Cherniss:

„Burnout je výsledek procesu, v němž lidé velice intenzivně zaujati určitým úkolem (ideou) ztrácejí své nadšení“ (Křivohlavý, 1998). Autor poukazuje na výskyt vyhaslosti u lidí s vysokým stupněm motivace.

Edelwich a Richelson:

„Burnout je proces, při němž dochází k vyčerpání fyzických a duševních zdrojů (energií), k vyplenění celého nitra, k „utahání se“ tím, že se člověk nadměrně intenzivně snaží dosáhnout určitých subjektivně stanovených nerealistických očekávání nebo že se snaží uspokojit takováto nerealistická očekávání, která mu někdo jiný stanoví“ (Křivohlavý, 1998). Autoři poukazují na to, že se nejedná pouze o psychické vyčerpání, ale i o fyzické vyčerpání a to následkem dosahování nereálných cílů, na které jedinec nestačí. Ve svém vymezení burnout autoři připouští podíl prostředí na vznik vyhaslosti.

Agnes Pines a Elliott Aronson

„Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně těžké (náročné). Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací dvou věcí: velkým očekáváním a chronickými situačními stresy“ (Křivohlavý, 1998). Tato definice je jednou z nejčastěji používaných a řadí se mezi zralé definice burnout. Autorská dvojice také určila jednotlivé druhy vyčerpání.

- Fyzické vyčerpání definují jako výrazné snížení energie, chronickou únavu a celkovou slabost.
- Emocionální vyčerpání je definováno pocitem beznaděje a představou, že člověku není pomoci a představou, že člověk je chycen do pastí.
- Mentální vyčerpání je definováno negativním postojem sama k sobě, k práci a ke světu

Maslach a Jackson

„Burnout je syndromem emocionálního vyčerpání, depersonalizace a snížení osobního výkonu. Dochází k němu tam, kde lidé pracují s lidmi, tj. tam, kde se lidé



věnují potřebným lidem" (Křivohlavý, 1998). Autorská dvojice v této definici vyhoření připouští, že burnout může vést ke snížení kvality i kvantity práce a odosobnění u pracujících s lidmi. Jako jednu z příčin vzniku vyhoření vidí sociální a pracovní prostředí s jeho nástrahami.

Za syndrom vyhoření se však nepovažují případy, kdy vyhoření je způsobeno psychickým onemocněním, nedostatečnou kvalifikací pro konkrétní práci nebo rodinnými problémy.

Bohumila Baštecká

Podle B. Baštecké existují různé definice syndromu vyhoření (např. ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka pomáhajících profesí nebo vyhoření jako výsledek procesu, v němž lidé velice intenzívně zaujatí určitým úkolem nebo ideou ztrácejí své nadšení), které shodují v určitých bodech:

- Jedná se o psychický stav, prožitek vyčerpání.
- Vyskytuje se zvláště u profesí obsahujících práci s lidmi nebo alespoň kontakt s lidmi a závislost na jejich hodnocení.
- Tvoří ho řada symptomů především v oblasti psychické, částečně i fyzické a sociální.
- Klíčovou složkou syndromu je emoční vyčerpanost, kognitivní vyčerpání a „opotrebení“ a často i celková únava.

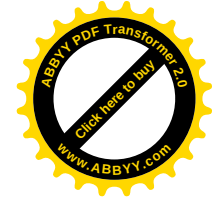
Všechny hlavní složky syndromu vyhoření vycházejí podle Baštecké z chronického stresu.

Nejpodstatnějším znakem je posledně zmiňovaný chronický stres vycházející z pracovní činnosti, který může být doprovázen další zátěží z osobního života, sociálního i fyzikálního okolí atd. Profese je charakteristická vysokými nároky na výkon, bez možnosti delší úlevy a závažnými následky v případě omylu. Výkon takové práce bývá spojen s velkou odpovědností a nasazením, někdy s pociťováním „poslání“ profese.

Vyhoření je tedy důsledek nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou, mezi ideály a skutečností. (Baštecká, 2003)

Tamara a Jiří Tošnerovi

Syndrom vyhoření lze popsat jako duševní stav objevující se často u lidí, kteří pracují s jinými lidmi a jejichž profese je na mezilidské komunikaci závislá. Tento stav ohlašuje celá řada příznaků: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně i



tělesně unavený. Má pocity bezmoci a beznaděje, nemá chuť do práce ani radost ze života. (Tošnerová, Tošner, 2002)

Podle mého názoru jsou všechny definice podobné, jedná se pouze o formulaci. Nejvíce se kloním k podání Maslachové a Jacksona, kteří definovali syndrom nejpřesněji a zároveň vymezují případy, kdy se o vyhoření nejedná.

1.3 Přehled profesí související s rizikem vzniku burnout

Při položení si otázky „Která profese je tou nejnáchylnější či nejrizikovější pro vznik syndromu vyhoření?“ můžeme poukázat na společné rizikové faktory jednotlivých zaměstnání vedoucí ke vzniku burnout. Zpočátku bylo vyhoření popisováno v souvislosti se zaměstnáními, kde se pracuje s lidmi a pracující je dlouhodobě vystaven emočnímu vyčerpání. Takto byl poprvé burnout popsán u sester a lékařů pracujících na onkologických odděleních, v hospicích, jednotkách intenzivní péče nebo léčebnách dlouhodobě nemocných. Později však bylo emoční vyhoření popisováno i u jiných pomáhajících profesí. Určující charakteristikou pracovní činnosti, která může vést k vyhoření, je trvalý a nekompromisně prosazovaný požadavek na vysoký, nekolísající výkon, který je pokládán za standard. Dále pak malá či žádná možnost úlevy, odchylek, vysazení a v případě chyb či omylů následují závažné důsledky.

Společným jmenovatelem jsou:

- práce s lidmi,
- náročné prostředí,
- bolest druhých,
- nerovnováha mezi dáváním a přijímáním; pracovník dává a klient přijímá,
- chronický stres,
- setkávání se s bezmocí

(Magnusson, Gooding, 1997).

Z toho vyplývá, že burnout mohou být zasaženi zdravotníci i sociální pracovníci, kteří se často dostávají do náročných situací a setkávají se s případy s obtížným řešením, jejichž zvládnutí neulpívá pouze na nich samých (Neumannová, Paulínová, 2008). Se syndromem vyhoření se setkáváme také u učitelů hlavně základních a



středních škol, obzvláště pak v odborném a speciálním školství. Psychického vyhoření nebývají ušetřeni ani vedoucí pracovníci, manažeři či podnikatelé.

Nejčastěji se setkáváme se syndromem vyhoření u profesí, kde jsou hlavní náplní práce různé formy služeb druhým lidem (Zacharová, 2008).

Syndrom vyhoření bývá označován jako „fenomén prvních let v zaměstnání," kdy po vysokých očekáváních, entuziasmu a „profesní mytologii" nastává zklamání, frustrace, bezmoc a rezignace (Mallotová, 2000).

V poslední době bývá burnout popisován u lidí, kteří se doma starají o blízkého rodinného příslušníka s chronickým onemocněním nebo s onemocněním, které má nejistou prognózu (Snopková, 2007).

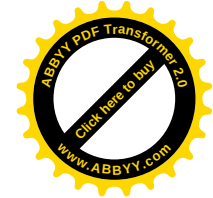
1.4 Seznam jednotlivých profesí s rizikem vzniku burnout:

- lékaři, sestry
- psychologové, psychoterapeuti, psychiatři
- sociální pracovníci, sociální kurátoři
- učitelé všech stupňů
- policisté, hasiči
- pracovníci v nápravných zařízeních ministerstva spravedlnosti
- žurnalisté, politici, obchodníci, úředníci
- duchovní
- právníci, advokáti, soudci
- podnikatelé, manažeři a vedoucí pracovníci
- vyjednavatelé
- pečující o rodinné příslušníky s chronickým onemocněním

S tímto syndromem se lze setkat u dlouhodobě nemocných pacientů. (Křivohlavý, 1998)

Výskyt syndromu vyhoření stoupá, protože celkové životní tempo a nároky spolu s většími požadavky na výkonnost se zvyšují. Dále také dochází k prodlužování produktivního věku, hranice odchodu do důchodu se posouvá směrem nahoru a na pracovištích se tudíž stále častěji setkáváme s pracovníky vyššího věku.

Burnout je jedním z hlavních důvodů odchodu ze zaměstnání (fluktuace) a změny místa v zaměstnání ve zdravotnictví (Váňa, Hepnerová, 2008).



1.5 Symptomatika syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření figuruje dnes v mezinárodní klasifikaci psychických poruch (MKN 10) pod číslem Z 73.0 ve skupině s názvem “Problémy spojené s obtížemi při zvládání životních situací”.

Symptomatiku burnout syndromu čili “vyhoření” popsal výstižně Peter Keel (1991) takto:

Jedná se o ztrátu schopnosti se pro něco nadchnout, klesá pracovního nasazení, ztráta schopnosti vcítění se a pocitu zodpovědnosti, nechut' a lhostejnost ve vztahu k práci, pochybnosti o sobě, negativní postoj k sobě samému, práci, institucím, společnosti a životu.

Vyskytují se mocionální problémy jako podrážděnost, útočnost, netrpělivost, nervozita, únava, vyčerpání, chybění zájmů a zálib až projevy těžké deprese.

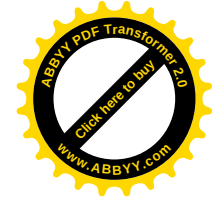
V tělesné oblasti jsou běžné symptomy jako poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu, zvýšená nemocnost, psychosomatické obtíže.

Pro tento syndrom je typické, že při něm netrpí jen postižení, ale také kvalita jejich práce. Postižení vyhořením jsou častěji nemocní a za určitých okolností se stanou i trvale neschopní práce. Jako při mnoha duševních poruchách hlavní problém spočívá v tom, že ani postižení ani okolí, nerozpoznají za těmito obtížemi svébytnou poruchu nebo ji rozpoznají až příliš pozdě. (Keel, 1991 in Kebza, Šolcová, 2003)

Příznaky vyhoření v emocionální rovině:

- je v tísní, v napětí, ve stresu, v distresu (nezvládnutém stresu);
- je smutný a smutně nešťastný;
- je přetížen starostmi;
- je zklamán, je pln pesimismu a beznaděje;
- je slabý, je mu zle;
- je v úzkosti, pln obav a strachů, je skleslý na duchu i těle;
- je bez odvahy, iniciativy, tvořivosti a vzletu;
- je na konci svých sil, zcela prázdný;
- cítí se, jako by byl odstrčen na vedlejší kolej a život jezdil mimo něj (vedle něj);
- cítí se citově chladný a prázdný (Křivoň, 1998).

Příznaky v emocionální oblasti se projevují dříve a ve větší míře než v oblasti fyzické.



Príznaky burnout môžeme rozdeliť do troch oblastí - psychické, telesné a sociálne. Prejavy se nevyskytujú jednotlivě či odděleně, ale vzájemně se prolínají. Je nutné zdůraznit, že projevy syndromu vyhoření nesouvisí se žádným psychiatrickým onemocněním.

V psychické oblasti převládá pocit bezmoci a beznaděje, vše se zdá být až „k uzoufání“, nelze najít z této situace žádné východisko. Převažuje podrážděnost, negativní ladění (až agresivita) vůči lidem i sobě samému, typická je také psychická labilita a myšlenky na sebevraždu (Jankovský, 2003)

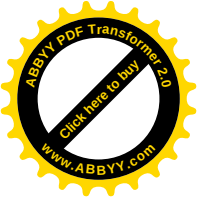
Převládá pesimismus, negativismus, cynismus a hostilita ve vztahu k lidem, jenž jsou součástí profesionální práce s lidmi (k pacientům, klientům, zákazníkům); ztráta zájmu o témata související s profesí, užívání rutinních postupů; sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání; únik do fantazie (Wimmerová, 2006).

Na psychické úrovni

- Převládá pocit marného úsilí, efektivita snažení je v porovnání s vynaloženou námahou nepatrná
- Negativní postoj k sobě, k jiným lidem
- Pocit duševního vyčerpání hlavně v emocionální oblasti a poté i v oblasti kognitivní spolu se ztrátou motivace
- Útlum celkové aktivity především v oblasti kreativity a iniciativity
- Pocitu smutku, bezvýchodnosti až depresní ladění
- Projevy negativismu, cynismu při profesionální práci s lidmi
- Ztráta zájmu o témata související s profesí až užívání rutinních postupů
- Sebelítost, pocit nedostatku uznání

Projevy vyhoření ve fyzické oblasti:

- Vyčerpání se projevuje chronickou únavou a celkovou slabostí
- Zvýšená náchylnost k různým onemocněním, úrazům a selháním
- Narušené stravovací návyky (nechutenství nebo kompenzace zátěže jídlem)
- Celkové vypětí a chronická únava spojená s poruchami spánku (insomnie)
- Bolesti hlavy, zad (Jankovský, 2003)
- Vegetativní obtíže: bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, zažívací obtíže, dýchací obtíže (nemožnost se dostatečně nadechnout, „lapání po dechu“)



- Zvýšené riziko vzniku závislostí všeho druhu (Wimmerová, 2006)
- Somatické problémy: subfebrilie, bolesti v krku, citlivost a bolestivost lymfatických uzlin, bolest kosterního svalstva, migrující otoky, bolesti kloubů, světloplachost (Snopková, 2007)
- Psychosomatická onemocnění z dlouhodobého stresu: hypertenze, ischemická choroba srdeční, vředová choroba gastroduodena apod. (Křivohlavý, 1994).

Projevy v oblasti sociální

- Negativní postoje k sobě, okolí a k práci
- Postupně se začíná z práce vytrácet lidský faktor, dochází k tzv. dehumanizaci, což se projevuje nedostatkem lidskosti v interakci s okolním světem
- Pacienty, klienty či zákazníky vidí pracovník jako hlavní příčinu svých problémů (Jankovský, 2003)
- K druhým lidem se chová nezúčastněně, jsou mu lhostejní jejich problémy ho nechávají v klidu
- Jedná-li s druhými lidmi, má pocit, jako by manipuloval s mechanickým strojem či neživým předmětem
- Moc ho nezajímá, co si o něm myslí druzí, jak ho vidí, hodnotí, zda ho chápou; nezáměr o samotnou profesi, další vzdělávání, osobní růst
- Postupné narůstání konfliktů vyvolané nezájmem, lhostejností a „sociální apatii“ ve vztahu k okolí (Wimmerová, 2006).

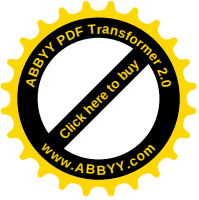
1.6 Příčiny syndromu vyhoření

Tyto faktory lze ještě rozdělit do několika oblastí, jež burnout negativně podněcují.

Pracovní faktory

do této kategorie lze počítat:

- Chronický stres, permanentní časový tlak, vysoké emoční napětí, které jsou hlavními spouštěči
- Extrémní míra svobody a extrémní míra kontroly
- Nesmyslnost požadavků (např. pásová výroba)
- Autorita - centralizace autority na jedné straně a na straně druhé přílišné tříštění autority, konflikty formální a osobní autority
- Odpovědnost - nadměrná odpovědnost pracovníků a mizivá odpovědnost vedení
- Dlouhodobé neplnění úkolů

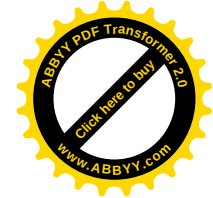


- Chování člověka typu „A“
- Očekávání - není přesně stanoveno, co se od koho očekává (pracovní náplň)
- Sociální komunikace - neinformovanost či špatná informovanost vedení nebo podřízených, absence zpětné vazby, devalvační chování
- Požadavky kladené na lidi - nadměrné, nerealistické na jedné straně a na druhé straně není pracovníkům umožněn odborný růst, další vzdělávání, uplatňování nových postupů, dovedností, technologie;
- Organizační podmínky - nedostatek personálu (Křivohlavý, 1998).

Samotný akutní stres nepodnítl vznik burnout. Stres je selhání našich adaptačních mechanismů při přizpůsobení se zátěžové situaci. Princip vzniku stresu lze obrazně popsat raménky vah, kdy na jedné straně jsou stresory (situace, stavy stresující člověka) a na druhé straně salutory (schopnosti jedince situaci, stav řešit). Pokud jsou raménka vah v nerovnováze, přichází stres. Řešení spočívá v tom, že můžeme ubrat na straně stresorů tím, že se vzdáme nějaké činnosti nebo převedeme ji na někoho jiného, nebo přidat na straně salutorů např. relaxací, odpočinkem, sportem (Snopková, 2007).

Osobní faktory, osobnostní a povahové rysy „vyhořelé“ osoby

- Nedostatek radosti ze života, problematický a nespokojený osobní život
- Pevná vůle a odhodlanost - tito lidé se neradi vzdávají a prohrávají
- Rozhodnost - jsou schopni se rychle rozhodovat, mnohdy i při nedostatku informací a pak často chybují
- Soběstačnost, nezávislost, sklony k samotářství - raději si veškerou práci udělají sami, dochází k rychlému přetížení
- Zhoubná sebedůvěra, perfekcionismus, pedantství
- Vsoká organizovanost - potřebují mít vše pod kontrolou, nesnášejí chaos
- Odpor k pravidlům - dělají si vše po svém
- Pozitivní, optimistický a nadšený postoj, vysoká angažovanost
- Cílevědomost - často nereálné, nedosažitelné cíle
- Ochota riskovat a záliba v náročných úkolech, značná soutěživost - opovrhují selháním svým i druhých
- Lidé s vysokým entuziasmem, senzitivitou, neschopností asertivního chování, nevážící si sami sebe; lidé neschopni relaxovat (Snopková, 2007).



Sociální faktory

- Negativní vztahy mezi lidmi - nedorozumění, spory, rozpory, konflikty, hádky, urážky, slovní i brachiální napadení jednoho člověka druhým, přehnaná asertivita a agresivita, hostilita, malá míra respektu, evalvace, nadměrné projevy devalvace, nedostatek vzájemné důvěry, důvěryhodnosti, touha po moci event. zneužití moci, porušování etických norem, patologické chování (popírání, šikana, mobbing, bossing);
- Nedostatečná nebo úplná absence sociální opory - např. při nefunkční rodině;
- Nízká společenská prestiž.

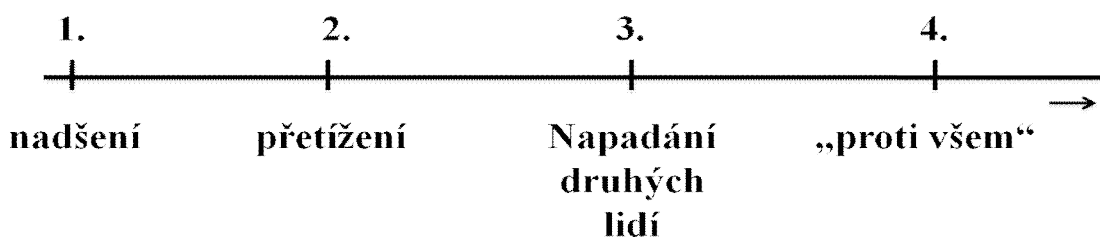
1.7 Fáze procesu syndromu vyhoření

Burnout není stav, ve kterém se člověk může nacházet, není jevem statickým, ale jedná se o proces, tj. sled několika fází. Vynořování vzniká za určitých okolností, permanentně se vyvíjí v čase. Má svůj začátek, průběh a výsledný stav. Burnout nevznikne hned, ale vyvíjí se několik měsíců i let. V odborné literatuře se setkáváme s různým vymezením jednotlivých fází.

Křivohlavý ve své knize Jak neztratit nadšení (1998) se při definování syndromu vyhoření odkazuje na profesora Hanse Selye, zakladatele souborného studia stresu. Selye definoval GAS (General Adaption Syndrom), tedy obecný soubor příznaků procesu vyrovnávání se s těžkostmi, který má tři fáze:

1. fáze - působení stresoru,
2. fáze - zvýšená rezistence (obranyschopnost organismu)
3. fáze - vyčerpání rezerv sil a obranných možností. Do této fáze stresu se obvykle řadí průběh syndromu vyhoření (Křivohlavý, 1998).

Jednoduché pojetí procesu syndromu vyhoření prezentovala Christina Maslach, kdy jej vymezila do čtyř fází (*viz obr. č. 1, str. 19*). Toto její členění je považováno za základní a také nejjednodušší. Maslach je rovněž autorkou řady prací o vyhaslosti a jedné z nejužívanějších metod k její diagnóze „Maslach Burnout Inventory“. První fázi burnout charakterizuje idealistické nadšení a přetěžování, které střídá druhá fáze, kde již shledáváme emocionální a fyzické vyčerpání. Třetí fáze je jaká si obrana před vyhoření v podobě dehumanizace (odosobnění) druhých lidí. Konečnou fází je terminální stádium, kdy dochází ke stavění se proti všem a proti všemu, plně se projevuje vyhoření všech zdrojů energie (Křivohlavý, 1998).



Obr. č. 1: Fáze procesu burnout podle Christine Maslach

Mallotová podle Edelwiche a Brodského uvádí, že lze v průběhu procesu vyhoření sledovat pět stádií, kterými jsou:

1. stádium - nadšení

Takto do zaměstnání přichází většina nováčků. V tomto případě jde ale o nadšení okořeněné o velkou motivaci a nereálná očekávání. Práce se stává hlavní náplní života, nováček věří, že práce pro druhé naplňuje smysl života a kromě ní nic jiného nepotřebuje. Dochází k neefektivnímu vydávání energie a často dobrovolnému přepracování. (Mallotová, 2000)

2. stádium - stagnace

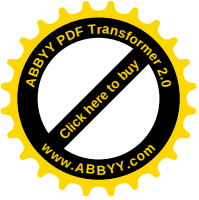
Stagnace střídá původní nadšení, které již dohasíná, práce není tak přitažlivá, aby zastínila vše ostatní. Člověk se rozkoukal a realita ho přiměla slevit ze svých očekávání a začíná toužit také po něčem jiném jako je mít volný čas, partnera, přátele či peníze. Těžiště se přesouvá na úsilí uspokojit tyto potřeby snahou o povýšení. (Mallotová, 2000)

3. stádium – frustrace

Toto stádium je charakteristické tím, že člověk hledá smysl práce jako takový a přemýšlí o vlastní efektivitě práce. Dochází k pochybnostem o smysluplnosti práce, která má pomáhat ostatním lidem. Objevují se emocionální a fyzické obtíže, začínají problémy ve vztazích na pracovišti. Pokud nemá člověk možnost tento stav změnit, nutně následuje další fáze. (Mallotová, 2000)

4. stádium - apatie

Apatie je nejčastější a přirozenou reakcí na frustraci. Člověk dělá pouze to, co má v náplni práce, původně časté přesčasové hodiny vystřídá přesné dodržování pracovní doby nebo i pozdní příchody do zaměstnání, vyhýbá se novým úkolům, klientům,



pacientům či zákazníkům. Převládá snaha udržet si místo a příliš se nenamáhat. (Mallotová, 2000)

5. stádium - intervence

V pátém stádiu syndromu vyhoření jde o jakýkoliv krok, který je reakcí na vyhoření a vede k přerušení zklamání. Člověk si udělá více času na rodinu, partnera, najde si nové koníčky či obnoví ty zanedbávané nebo se začne vzdělávat. Všechny tyto kroky mohou vést ke snaze najít nové zaměstnání, ve kterém se budu moci seberealizovat. Často dochází k editování svého vztahu k práci, ke klientům, zákazníkům, spolupracovníkům a přátelům (Mallotová, 2000)

K vymezení stádií syndromu vyhoření existuje řada přístupů, z nichž některé jsou mnohem složitější svým členěním. Jednotlivé fáze přecházejí do dalších tak hladce a nepostřehnutelně, že dotýčný si to, co se dělo, uvědomí teprve ve chvíli, kdy už je po všem. Tím hlavním, co odliší nevyhořelého perfekcionista, nadšence a pilného pracovníka od toho, u koho se syndrom vyhoření rozvine, je míra nerealističnosti očekávání a aspirací.

2 Terapie a prevence syndromu vyhoření

2.1 Diagnostika vyhoření

V diagnostice syndromu vyhoření se zajímáme o soubor symptomů, příznaků, které signalizují změnu v psychickém stavu. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN - 10 je burnout uváděn jako diagnóza Z73 „Problémy spojené s obtížemi při vedení života“ s podkategorií Z73.0 „Vyhasnutí (vyhoření)“ nebo jako diagnóza F48 označující jiné neurotické poruchy, případně jako diagnóza F43, která definuje reakci na stres a poruchy přizpůsobení (Mezinárodní klasifikace nemocí ČR, 2008). Pro rozpoznání změn v chování nebo jednání můžeme využít základní psychodiagnostické metody, tj. pozorování či rozhovor s člověkem, u kterého máme podezření na burnout. Avšak pro objektivní diagnostiku burnout bývají nejčastěji využívány dotazníkové metody, které jsou založené na posuzovacích škálách.

První odborné metody, které měly sloužit k diagnostice syndromu burnout, vznikaly na přelomu 70. a 80. let 20. století. Pinesová vytvořila na počátku 80. let nejprve tzv. „The Tedium Scale“ (tedium = únava, nuda, otrava). Později Pinesová se svými spolupracovníky (Aronson) tento dotazník přepracovala a uvedla jej pod názvem



„Burnout Measure". Tento BM dotazník (viz. přílohy, obr. č 6) je zaměřen celkem na tři různé složky jevu celkového vyčerpání:

1. **Pocity fyzického (tělesného) vyčerpání** - pocity únavy, ztráty sil, celkové slabosti;
2. **Pocity emocionálního (citového) vyčerpání** - pocit tísně, deprese, beznaděje, bezvýchodnosti;
3. **Pocity (psychického) duševního vyčerpání** - pocity naprosté bezcennosti, ztráty lidské hodnoty, pocity marnosti a ztráta iluzí.

BM dotazník obsahuje 21 položek, které jsou posuzovány na sedmibodové škále typu „Jak často" v rozpětí od 1 („Nikdy") po 7 („Vždy"). BM dotazník má vysokou míru shody mezi údaji, kdy se člověk měří (hodnotí) sám a kdy ho měří (hodnotí) ten, kdo ho dobře zná (Křivohlavý, 1998).

Pro diagnostickou samoobsluhu lze využít dotazník vytvořený autory D. Hawkinsem, F. Minirthem, P. Maierem a CH. Thursmanem . Je tvořen souborem otázek a tvrzení (výpovědí), na které se odpovídá buď „ano" (tím vyjádřím s daným tvrzením souhlas) nebo „ne" (tím vyjádřím s daným tvrzením nesouhlas). Je-li většina odpovědí typu „ano", pak to naznačuje, že může jít o zrod syndromu vyhoření.

Nejčastěji používaná metoda k odbornému vyšetření syndromu vyhoření patří metoda MBI (*dotazník viz. přílohy, obr. č. 4*), vytvořená autorskou dvojicí Ch. Maslach a S. Jackson v roce 1986. Touto metodou se zjišťují tři dimenze (oblasti) burnout: EE - emotional exhaustion - emocionální vyčerpání DP - depersonalizace - ztráta úcty k druhým lidem jako k lidským bytostem PA - personal accomplishment – osobní uspokojení.

V dotazníku je 9 otázek zaměřených na dimenzi EE, 5 otázek zaměřených na DP a 8 otázek zaměřených na PA. Odpověď na každou otázku se vyjadřuje jedním ze sedmi stupňů odpovědní škály (stupnice) (Křivohlavý, 1998). Dotazník MBI se stal v průběhu posledních dvaceti let nejrozšířenějším a jedním z nejcitovanějších diagnostických metod užívaných v mnoha zemích celého světa pro detekci burnout.

Syndrom vyhoření lze při nedostatku zkušeností s diagnostikou zaměnit se strsem, depresemi, únavou a existenciální únavou. Hlavní rozdíly jsou následující:

- **Stres**

Vyhoření může být následek dlouhodobého nezvládnutého stresu. Akutní stres působí jako aktivátor adaptačních mechanismů. Stres je adaptační proces, který je



přechodný a je provázen tělesnými a duševními příznaky, zatímco vyhoření znamená zhroucení adaptačního procesu a je provázeno především chronickým poklesem výkonnosti (Wimmerová, 2006).

- ***Deprese***

Deprese se může vyskytovat jako samostatné onemocnění, ale i jako vedlejší příznak burnout. Deprese se dá léčit farmakologicky, burnout ne. Zde je léčbou hledání smysluplnosti života (hlavními metodami je logoterapie a existenciální psychoterapie (Křivohlavý, 1998).

- ***Únava***

Únava se také vyskytuje samostatně nebo i při burnout. Běžná únava je ovlivnitelná krátkodobou relaxací, což u burnout není možné. Zde je únava něčím negativním, tíživým, těžkým a bezvýchledným. U burnout je únava spojována s pocitem selhání a marnosti (Křivohlavý, 1998).

- ***Existenciální neuróza***

Existenciální neuróza se vyznačuje ztrátou smysluplnosti života, vyskytuje se i při burnout, ale jen na konci tohoto procesu. Na začátku burnout je naopak mimořádně intenzivní prožitek nadšení a smysluplnosti života, práce (Křivohlavý, 1998).

Odcizení a burnout

Pocity odcizení se vyskytují samostatně i při burnout, ale až v jeho posledním stádiu. Nikdy ne na začátku tohoto procesu (Křivohlavý, 1998).

2.2 Terapie syndromu vyhoření

Pokud se syndrom vyhoření rozvine v plném svém rozsahu je zapotřebí ho léčit. V počátečních fázích lze snad ještě proces zvrátit např. kratšími přestávkami v práci, třeba kratší dovolenou pro načerpání nových sil. Čím je však proces pokročilejší, tím déle trvá zotavování (Bartlová, Johánková, 2001).

Jako u všech onemocnění a poruch platí i v případě syndromu vyhoření, čím dříve se začne řešit, tím lépe. V ideálním případě je burnout rozpoznán ve fázi stagnace, kdy jsou předpoklady pro zabránění rozvoje vyhoření nejlepší. Mnozí lidé si však připustí, že s nimi něco není v pořádku, až ve chvíli, kdy už jiné východisko není. Syndrom vyhoření je plíživý proces, jehož vznik a vývoj je těžké z pozice postiženého postřehnout. Plně rozvinutý burnout patří do rukou odborníka, tj. psychologa nebo psychiatra (Peterková, 2009).



Psychologická léčba nabízí různé přístupy, vždy záleží na preferencích konkrétního terapeuta nebo poradce. V psychoterapii bývá využívána logoterapie, která spočívá v nalezení smyslu života, řešení frustrační situace, objevení nových hodnot a přijetí tohoto smyslu (Snopková, 2007). Základní myšlenkou logoterapie je, že pokud není touha po smyslu naplněna, vede to od frustrace až existenciálnímu vakuu. Člověk začíná pochybovat o smyslu své existence, o smyslu života vůbec. Proto se tato metoda opírá o osobní hodnotový žebříček člověka, přičemž za základní atributy lidského života považuje svobodu, odpovědnost vůči svědomí. Zakladatelem této metody byl V. E. Frankl v první polovině 20. století (Wikipedia, 2009).

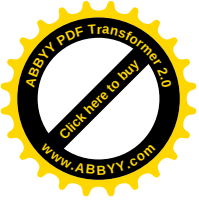
Daseinsanalýza je dalším možným psychoterapeutickým přístupem, jenž lze využít k terapii burnout. Jde o existenciální psychoterapii, která přispívá k pochopení existence postiženého a pomáhá provádět následné nápravy k naplnění existence, naučit se být sám sebou (Snopková, 2007).

Behaviorálně-kognitivní terapie bývá doplňujícím přístupem v terapii burnout, neboť neřeší podstatu problému, ale je zaměřena na dílčí problémy (Snopková, 2007). Plně indikovanou metodou v terapii burnout jsou tzv. Balintovské skupiny. Cílem této metody je porozumět vztahu, překonat předsudky a pozměnit sama sebe. Balintovská skupina je metoda řešení problému hojně užívaná v psychoterapii. Zakladatelem byl M. Balint, původně maďarský, později britský psychoanalytik, jenž zdůrazňoval vztah mezi pacientem a terapeutem. Balintovská skupina se soustředí na problémy ve vztazích. Balintovská skupina se skládá z 8 - 12 účastníků, z nichž jeden až dva jsou vedoucí :piny. Skupina se schází v pravidelných termínech a má určitá pravidla či strukturu.

Struktura Balintovské skupiny:

- Expozice případu - popis a definování vztahového problému.
- Otázky -jimi si skupina doplňuje relevantní údaje.
- Fantazie - předkladatel případu mlčí a skupina verbalizuje svoje pocity, představy.
- Praktické náměty na řešení - „co bych dělal na tvém místě“.
- Vyjádření předkladatele případu - dává skupině zpětnou vazbu.

Jeden z účastníků (bývá vylosován) referuje celé skupině svůj příběh či problém a skupina naslouchá. Poté naslouchající mohou klást doplňující otázky, aby případu lépe porozuměli. Od této chvíle referující přestává zasahovat a pouze poslouchá druhé, kteří sdělují své pocity, nápady řešení. Skupina referujícímu neradí, nekritizuje ho, ale podle svého založení a svého pochopení případu hledá každý nějaké své řešení. V poslední



fázi dostane slovo referující a sdělí, co mu připadalo zajímavé, co ho oslovilo, co ho překvapilo, co si odnáší ze skupiny apod. Není třeba hovořit mnoho, ale je nutné nechat „případ dozít“. Noví účastníci skupin mohou trpět pocitem nejistoty, strachu, že se ztrapní, že druhí odhalí jejich slabosti, neschopnosti apod. Avšak ve skupině jsou všichni ve stejné situaci a není chybou dělat chyby, ale nepoučit se z nich.

Balintovská skupina má velký přínos pro všechny pomáhající profese i z hlediska prevence syndromu vyhoření, ale i z hlediska rozšiřování si svých profesionálních dovedností a schopností lépe chápat své vztahy k osobám svěřeným.

Učitelé se na skupinových sezeních obvykle dokážou zbavit pocitů viny vůči problémovým žákům, rodičům a svému „Nadjá“. Po absolvování výcviku se k žákům chovají svobodněji a žáci snadno vycítí nový chápavý příklon v chování svého kantora. Porozumění vlastní zaujatosti otevírá učiteli příležitost k emoční vyváženosti v pedagogickém vztahu (Brihcín, 1999).

Nejaktuálnější obtíže jako je deprese či sebevražedné pokusy by měly být řešeny psychiatrem ve spolupráci s praktickým lékařem. Někdy je nutná farmakologická léčba anxiolytiky či antidepresivy.

2.3 Možnosti prevence burnout

Jak bylo uvedeno výše, na vzniku syndromu vyhoření se podílí několik faktorů. A to osobnostní předpoklady člověka, pracovní podmínky a prostředí a zejména sociální vztahy. Podstata prevence vzniku burnout je mnohým rizikovým faktorům předcházet, eliminovat je a posilovat protektivní faktory a salutory.

Práce, které se zaměřují na problematiku prevence vyhaslosti, můžeme rozdělit v podstatě do dvou skupin. Do první skupiny patří metody zaměřené na toho, kdo je ohrožen vyhořením - tzv. interní postupy. Ve druhé skupině jsou soustředěny aktivity zaměřené na úpravu vnějších podmínek - postupy externí (Křivohlavý, 2001).

Možnosti prevence burnout lze rozdělit na:

- Interní individuální možnosti
- Externí vlivy v prevenci

2.4.1 Interní individuální možnosti prevence burnout

Smysluplnost žití

Smysluplnost bytí je jedním z hlavních faktorů jak při vzniku tak i při jevu vyhoření. Zážitek smysluplnosti práce patří mezi nejdůležitější složky smysluplnosti



bytí, přestože je pouze dílčím úsekem v celkové životní spokojenosti. Proto je v rámci prevence burnout nutné najít svoji smysluplnost žití, tzn. najít to, co nás naplňuje, uvědomit si hodnoty, které dávají smysl našemu životu a stojí za to, abychom do nich investovali energii (Křivohlavý, 1998).

Stresory a salutory

Na vznik i rozvoj burnout má podstatný vliv nepoměr faktorů zatěžujících, stresujících (stresorů) a možnosti těžkou situaci řešit (salutorů). Jestliže dojde k tomu, že zátěž (soubor stresorů) převažuje možnost salutorů (schopností, dovedností, sil a možností danou situaci řešit), dochází ke stresu. Stres pak může přerůst v distres (nadlimitní zátěž).

Východiskem z této situace jsou dvě řešení:

- *Ubrat na straně stresorů* - vzdát se některé nebo některých aktivit, které děláme, delegovat autoritu či pravomoce na někoho jiného, nebo „prostě odejít ze hry“, tzn. odejít z prostředí, kde se necítím dobře.
- *Přidat na straně salutorů* - provádět relaxaci nebo relaxační cvičení, posilovat vlastní nezdolnost, zajímat se o problematiku duševního zdraví (Křivohlavý, 1998).

Osobnostní charakteristiky

Z hlediska prevence výskytu syndromu vyhoření je důležité uvědomit si, že ne každý jedinec propadne burnout. Z osobnostních charakteristik může burnout ovlivnit typ chování, salutogeneze a nezdolnost, tvrdost a nepoddajnost, zdravá a nezdravá orientace na dobrý výkon, zaujetí pro určitou věc a proměnlivost proti monotónnosti.

Typ chování A a typ chování B

Na souvislost mezi výskytem chorob srdce, krevního oběhu a určitým typem chování, jednání člověka poukázali ve své studii dva lékaři M. Friedman a B. H. Roseman. Pozorovali chování vedoucích pracovníků v průmyslu, obchodu a administrativě. Zjistili, že z hlediska výskytu infarktu myokardu je možno rozdělit tyto lidi do dvou skupin:

- *Typ chování A* - lidé jednají s mimořádnou energií, rychle až příliš rychle, soutěživě až soupeřivě, všude chtějí být nejlepší, dělají několik věcí nejednou. Jsou velice pilní v práci, nosí si ji domů a mají mnoho přesčasových hodin. Při jednání s druhými lidmi jsou velice asertivní až agresivní či nepřátelští. Riskují až na hranici únosnosti. Mluví rychle. Jsou netrpěliví k lidem. Mají vysoké cíle a tvrdě si za nimi jdou. Neumí odpočívat. Ukázalo se, že se u nich častěji vyskytuje infarkt myokardu.



• *Typ chování B* - lidé mají velkou výkonnost, ale úspěch všeobecně není cílem číslo 1 jejich života. Kromě zaměstnání si udělají čas na rodinu, přátele a koníčky. Jejich spektrum činností je mnohem širší. Nestěžují si, že nestíhají, naopak, druzí obdivují, jak vše zvládají.

Mnohé studie prokázaly, že syndrom vyhoření se podstatně častěji objevuje u lidí typu chování A než u typu B (Křivohlavý, 1998).

Zdravá a nezdravá orientace na dobrý výkon

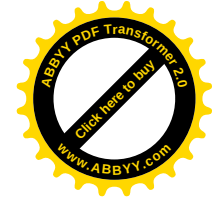
Podle výzkumů, které prováděl americký psycholog D. C. McClelland, se ukázalo, že lidé, kteří berou úspěch jako vedlejší produkt své činnosti a ne jako cíl svého snažení, jsou poměrně odolnější k psychickému vyhoření (Křivohlavý, 1998). K dosažení cíle je nutné si stanovit dílčí cíle, krátkodobé plány, jenž jsou součástí dlouhodobých plánů, mít zájem o zpětnou vazbu a přiměřeně riskovat.

Člověk mimořádně zcela zaujatý pro určitou věc (cíl) si nepřipouští překážky na cestě k jejímu dosažení a po té zažívá pocity štěstí při naplnění cíle. Příkladem jsou sportovci, umělci nebo zamilovaní lidé. Jde o psychický stav, jenž americký psycholog Czikzentmihalyi nazval „flow“. Lidé s touto osobnostní charakteristikou jsou protipólem k psychickému vyhoření (Křivohlavý, 1998).

Výzkum Pinesové zjistil, že jsou lidé, kteří mají raději monotónnost, mají k ní sklon a naopak lidé, kteří mají rádi změnu (proměnlivost). Lidé, jenž mají rádi monotónnost častěji propadají psychickému vyhoření nežli ti, kteří mají rádi změnu. Už stará moudrost říká: „Změna je koření života“. Příčinou odolnosti vyhořování je širší spektrum zájmů, dovedností a flexibility. Změnu nechápou jako překážku, ale jako výzvu (Křivohlavý, 1998).

Externí vlivy v prevenci burnout

Mezi externí vlivy ovlivňující vznik a průběh patří sociální opora a sociální síť a modifikace pracovních podmínek. „Ukazuje se, že čím lepší vztahy člověk druhým lidem má, tím má i relativně nižší úroveň psychického vyhoření. Lidé, kteří připisují druhým lidem poměrně vyšší hodnotu nežli věcem, si více váží sociální opory a vytvářejí kolem sebe podpůrnou sociální síť přátelských vztahů. Čím více se určitému člověku dostává sociální opory, tím méně příznaků syndromu burnout je u něho možno zjistit,“ cituje Křivohlavý jednu z myšlenek z výzkumu A. Pinesové a A. Aronsona. Jinými slovy sociální opora chrání lidi, ať už na pracovišti, v rodině nebo v mezilidských vztazích, před propadnutím do stavu psychického vyhoření, pomáhá jim



zvládat stres. Mezi základní funkce sociální opory řadíme naslouchání, potřebu sociálního zrcadla, uznání, povzbuzování, soucítění -empatie, emocionální vzpruhu prověřováním stavu světa, dělbu práce, spolupráce, přejný sociální postoj a nezištnou pomoc (Křivohlavý, 1998).

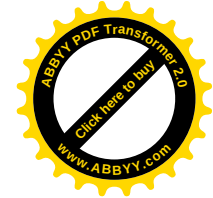
Modifikace pracovních podmínek

Pracovní podmínky jsou snadno ovlivnitelným externím faktorem, jenž ovlivňuje vznik burnout. Již při přípravě na pomáhající profesi každý student absoluuje odborný výcvik a výchovu k tomuto povolání, kde by měl být seznámen s problematikou stresu a burnout, s charakteristikami sociální komunikace (devalvující i evalvující). Při nástupu do zaměstnání by měl nováček být seznámen s možnostmi, které organizace má pro zlepšování pracovních podmínek s ohledem na prevenci stresu. Velmi se osvědčila efektivní supervize, tj. tvořivá a podnětná kritika a potřebná dávka vyjadřování uznání podřízeným.

Nemá-li při práci docházet ke stresům a psychickému vyhoření, je třeba udělat změny v organizaci práce:

- Co nej přesněji ujasnit, co se od koho očekává - jasné pracovní náplně, organizační systém organizace.
- Pracovní úkoly je stanovit s ohledem na možnosti realizace.
- Důsledná zpětná vazba - kontrolní činnost vedoucích pracovníků.
- Flexibilita - přerozmíst'ování pracovníků, při respektování specifických potřeb lidí, v pracovních postupech, možnost přeložit někoho na jinou práci, je-li ohrožen stresem či burnout, změnit něco podle potřeb zaměstnanců.
- Kompletizace - možnost vidět či dělat kompletní práci, výsledek činnosti.
- Uznání - vyjadřování přiměřeného uznání všemi možnými prostředky (penězi, slovním vyjádřením, zvláštními odměnami, pracovním postupem).

Úprava pracovních podmínek spočívá i v občasné uvolnění se během pracovní činnosti tzv. „time out“, oproštění zaměstnanců od administrativního a byrokratického balastu, zjednodušení příliš složitých pracovních postupů, obohacení práce (zpestření jednotvárné práce) a ve spolupráci. Samotné pracoviště ovlivňuje hluk, světlo, tepelná pohoda, klid, privátnost prostředí a individuální úprava pracoviště (Křivohlavý, 1998). V současnosti se také nabízejí různé způsoby předcházení vzniku a rozvoje burnout, jde především o kurzy, semináře nebo zážitkové pobyty pořádané odborníky ve svém oboru. Policisté mají nárok na rekondiční a rehabilitační pobyty apod.



3 Syndrom vyhoření u sester

Profese sestry s sebou nesla a nese velkou fyzickou, psychickou a sociální zátěž. Sestry patří mezi profese, které jsou velmi ohrožené vznikem a rozvojem burnout.

3.1 Vývoj role sestry

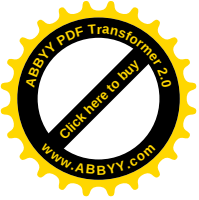
Jen málo povolání prodělalo takové změny, jako je tomu u profese sestry. S těmito změnami souvisí i změny role sestry. Role je očekávané chování jedince související s jeho určitým postavením ve společnosti. Role sestry jsou dány objektivními podmínkami společnosti a historickou podmíněností (Farkašová a kol., 2006).

Prvotně se role sestry formovala na půdě charitativních institucí a středověkých hospitálů a měla čistě charitativní (dobrovolný) původ. Ve druhé polovině 19. století dochází k celosvětovému vědecko-technickému pokroku, který se nevyhnul ani medicíně. Zde se měnila původní role sestry, stává se pomocníkem lékaře a vykonavatelkou jeho ordinací (Jarošová, 2000). Tradičně byla sestra považována za člena týmu v základní péči o pacienta. Toto je a bude nepochybně hlavní funkcí ošetřovatelství, ale vznikly a stále se rozšiřují nové odpovědnosti, vycházející z orientace profesní činnosti sester na zdraví jako celek (Bartlová, 1999).

Sestra nezastávala v minulosti ani v současnosti pouze jednu roli, vždy se jedná o více rolí. Role sester jsou ovlivňovány změnami ve společnosti, systémem zdravotní péče, novými poznatky a technologiemi, celkovým zdravotním stavem obyvatelstva apod. Na tyto tendence reaguje vzdělávání sester i ošetřovatelská praxe a tím se mění role sester. Ošetřovatelství je samostatná vědní disciplína, což rovněž ovlivňuje roli sestry (Farkašová a kol., 2006). Mění se také postavení sester v rámci jednotlivých profesí.

V současnosti plní sestra nejčastěji tyto role:

- Sestra-poskytovatelka ošetřovatelské péče - poskytuje aktivní individuální ošetřovatelskou péči na základě holistického pojetí jedince a skupiny ve vzájemné interakci s prostředím, ve kterém žije.
- Sestra-manažerka - působí v řízení a organizaci na všech úrovních.
- Sestra-edukátorka - utváří a formuje chování a jednání jedince a skupiny.
- Sestra-advokátka - obhajuje zájmy pacienta, reprezentuje jeho práva.
- Sestra-výzkumnice - účastní se na výzkumné a vědecké činnosti.



- Sestra-mentorka - provádí dohled nad studenty ošetrovatelství, předpokládá pedagogickou způsobilost a zralou osobnost (Farkašová a kol., 2006).

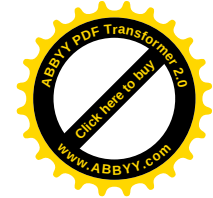
Role sestry jsou konkretizovány určením kompetencí sester. V České republice činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků legislativně upravuje Vyhláška č. 401/2006 Sb., kterou se mění vyhláška č. 424/2004 Sb. (Vyhláška č. 401/2006 Sb., 2006, vyhláška č. 424/2004 Sb., 2004).

3.2 Faktory ovlivňující vznik vyhaslosti u sester

Komačková ve svém výzkumu Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče - prevence, ochrana a podpora zdraví sestry (2009) uvádí, že největším fyzickým zatížením pro sestry je každodenní manipulace s imobilními pacienty se sníženou pohybovou schopností a břemeny a s tím související i nedostatek vědomostí a absence praktických dovedností sester při zvládání této zátěže. Nemalým podílem se na vyčerpání také podílí pracovní prostředí s nedostatečným technickým vybavením pro fyzicky náročné činnosti, nepravidelný pracovní rytmus, nadbytek přesčasových hodin a s tím související delší pobyt ve vyčerpávajícím prostředí (Hlaváčková, Novotná, 2006).

Sestra při každodenní praxi řeší a prožívá problémy spojené s bolestí, utrpením, nemocí a smrtí pacientů, což představuje velkou psychickou zátěž a riziko ohrožení vzniku burnout (Komačková, 2009). Náročná sociální interakce jako je komunikace s agresivním pacientem, pozůstalými, rodiči umírajícího dítěte také přispívají na vznik burnout. Emocionální vyčerpání podporují také nepříznivé interpersonální vztahy na pracovišti, přebujelá administrativa, nízké finanční ohodnocení, vysoká míra odpovědnosti, tlaky na zvyšování kvality péče, přemíra informací, v současné době i nedořešené kompetence sester a jejich nízká společenská prestiž. S tím úzce souvisí i nedostatek sester, které odcházejí do zahraničí nebo si najdou práci v jiném oboru.

Za zneklidňující faktory nemusíme zpravidla považovat jen starosti spojené s běžným chodem domácnosti, ale i mimořádné situace, jako je např. onemocnění dítěte nebo jiného člena rodiny, existenční starosti, zhoršení prospěchu dítěte či rozkol v partnerských vztazích. Další z faktorů podílejících se na vyčerpání je nutnost sebeovládání, nadměrné emoční zaujetí, potlačování pocitů, existenciální a etické konflikty, osobní a profesionální očekávání a představy z minulosti, délka sesterské praxe, konflikty mezi idealismem a realitou, splývání hranice mezi sebou samým a ostatními, snížené sebehodnocení.



3.3 Prevence syndromu vyhoření u sester

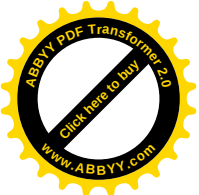
Má-li sestra v přiměřeném rozsahu zvládat vše, co se od ní očekává, musí být schopna účinně regenerovat svoje fyzické a psychické síly, průběžně kompenzovat i nadměrné psychické zatížení. Co tedy dělat, aby k syndromu vyhoření nedošlo? Především je třeba jeho příznaky u sebe rozeznat a uvědomit si jejich příčiny. To znamená analyzovat situaci a odhalit podmínky, které jsou jejich hlavním zdrojem. Každá sestra by si měla při své práci včas uvědomit nebezpečí syndromu vyhoření, neboť jím nebude trpět jen ona sama, ale sekundárně i pacienti, kvalita ošetrovatelské péče, kterou jim poskytuje a samozřejmě i její spolupracovníci.

Sestra by proto měla:

- dodržovat zásady správné životosprávy
- udělat si hranice v pracovním i osobním životě (Křivohlavý, Pečenková, 2004)
- identifikovat stresory a příznaky stresu
- podporovat a udržovat sociální oporu
- získávat zručnosti a dovednosti zaměřené na eliminaci nadměrné fyzické zátěže a na využívání efektivních strategií zvládání stresu
- vzdělávat se v komunikaci, asertivním chování ve svém oboru
- v případě výskytu projevů burnout vyhledat odbornou pomoc u praktického lékaře, psychologa, psychoterapeuta event. psychiatra (Křivohlavý, Pečenková, 2004)

Dle Honzáka (2008) se doporučuje šestnáctero rad:

- Buď sama k sobě laskavá a vlídná.
- Uvědom si, že tvým úkolem je pomáhat změnám, ne je násilně měnit.
- Najdi si „své“ útočiště - místo klidu.
- Buď druhým oporou, neboj se je pochválit, nauč se to přijímat od nich.
- Uvědom si, že v situaci, v níž jsi, jsou zcela oprávněné občasné pocity bezmoci.
- Snaž se obměňovat své pracovní postupy a neupadnout do stereotypu.
- Najdi rozdíl mezi naříkáním, které přináší úlevu, a naříkáním, které tě ničí.
- Když jdeš domů, soustřeď se na dobré věci.
- Snaž se sama sebe posilovat a povzbuzovat.
- Využívej posilujících prvků přátelství.
- Ve volném čase nemluv o práci.
- Plánuj si chvíle oddechu a odpočinku.
- Nauč se říkat „rozhodla jsem se“ namísto „musím“.

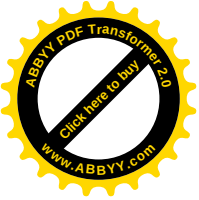


- Nauč se říkat NE. Za co stojí každé tvé ANO, když nikdy neumíš říci NE?
- Netečnost a rezervovanost ve vztahu k druhým je nebezpečnější, než připustit si myšlenku, že se nedá nic dělat.
- Raduj se, směj se a hraj si (Honzák, 2008).

V prevenci burnout hraje velkou roli i zaměstnavatel, neboť on má především zájem na poskytování kvalitní péče, kterou může odevzdávat pouze spokojený a nepřetížený zaměstnanec.

Dle mého názoru by měl zaměstnavatel zajistit:

- dostatečné vybavení pomůckami, prádlem
- prostor a vymezení času k občerstvení a pracovním přestávkám
- dobrou organizaci práce
- dodržování hygienických předpisů
- přiměřenou pracovní zátěž
- psychologické poradenství na pracovišti (ústavní psycholog)
- pravidelný monitoring fyzického, psychického a sociálního zatížení u svých zaměstnanců
- systematickou pomoc, tzv. supervizi při řešení profesionálních problémů
- rizikovým skupinám nabídnout seminář, kurz, workshop zaměřený na prevenci a self-monitoring burnout
- umožnit a podporovat celoživotní vzdělávání
- přehled psychologů nebo psychoterapeutů v blízkém okolí



4 Syndrom vyhoření u odborných učitelek na středních zdravotnických školách

Většina odborných učitelek na středních zdravotnických školách ve své minulosti vykonávala kratší nebo delší dobu profesi sestry. Povolání odborné učitelky si některé z nich vybraly úmyslně, cíleně, bylo jejich snem a přáním. Jiné byly požádány, aby zastoupily učitelku na mateřské dovolené a poté se již nevrátily na pozici sestry. Jsou však odborné učitelky, které musely ukončit své povolání, protože se u nich projeví příznaky burnout a povolání nezvládly. Pro některé se naopak profese odborné učitelky stala východiskem, řešením vlastního vyhořování v povolání sestry. Němečtí autoři Hennig a Keller uvádějí v česky dostupné publikaci Antistresový program pro učitele, že syndrom vyhoření ve vysokém stupni postihuje 15 - 20% učitelů (Hennig, Keller, 1996).

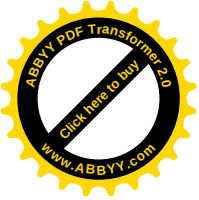
4.1 Vývoj role učitele - učitelky na střední zdravotnické škole

První institucionální vzdělávání učitelek ošetrovatelství je úzce spjata se vznikem první školy ošetrovatelství Florence Nightingalovou v r. 1860 v Londýně. V Praze pak vznikla v r. 1874 první ošetrovatelská škola za podpory Karolíny Světlé. Zde se vzdělávaly kvalitní ošetrovatelky, které šířily zásady ošetrovatelství. Výuka byla prováděna lékaři a zkušenými ošetrovatelkami, později diplomovanými sestrami. Samostatná škola připravující učitelky ošetrovatelství byla Vyšší ošetrovatelská škola založená v r. 1946 v Praze. Poskytovala specializační pedagogické vzdělání sestrám-učitelkám na ošetrovatelských školách (Staňková, 1996). Od této doby se odborné učitelky vzdělávaly na vysokých školách s menšími či většími úpravami, které odrážely požadavky společnosti. V současnosti jejich způsobilost k povolání upravuje zákon 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících (Zákon 563/2004 Sb., 2004).

V současnosti odborné učitelky na středních zdravotnických školách vzdělávají žáky v oboru zdravotnický asistent (v současnosti probíhá jednání o změně názvu tohoto oboru na praktická sestra) jak rovině teoretické, tak v rovině praktické - praktická výuka na klinických pracovištích.

Odborná učitelka má následující kompetence:

- Odborně-předmětové -je odborníkem ve svém předmětu.
- Psychodidaktické - vytváří příznivé podmínky pro učení.
- Komunikativní - ve vztahu k žákům, rodičům, kolegům, nadřízeným, sociálním partnerům školy.



- Organizační a řídicí - plánuje a organizuje vyučování i mimoškolní aktivity.
- Diagnostická, intervenční, hodnotící - diagnostikuje myšlení, chování a jednání žáka, hledá možnosti, jak mu pomoci, hodnotí prospěch žáka.
- Poradenská a konzultativní - ve vztahu k rodičům i žákům.
- Reflexe vlastní činnosti - sebehodnocení vlastní činnosti a její modifikování (Průcha, 2002).

Role odborné učitelky lze shrnout jako:

- Učitelka-manažerka - plánuje, organizuje a řídí teoretické i praktické vyučování, spolupracuje se zdravotnickým personálem na klinickém pracovišti.
- Učitelka-edukátorka - utváří a formuje chování i jednání jedince a skupiny žáků.
- Učitelka-advokátka - obhajuje zájmy žáka, ale i sester na oddělení.
- Učitelka-výzkumnice - účastní se výzkumné a vědecké činnosti.
- Učitelka-mentorka - provádí dohled nad studenty ošetrovatelství v klinické praxi.

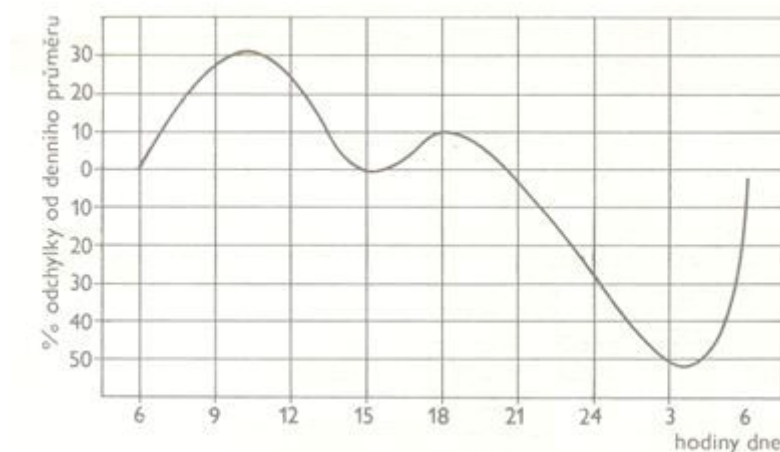
4.2 Postavení učitelky odborné praxe střední zdravotnické školy v ošetrovatelském týmu

Odborná učitelka přichází s 8 - 10 člennou skupinou žáků na různá oddělení nemocnice, kde probíhá praktická výuka. Zde musí zajistit, aby žáci správně aplikovali teoretické vědomosti do praxe a zdokonalovali si ošetrovatelské dovednosti. Při těchto činnostech, nebo při řešení různých problémových situací, působí jako „přechodník“ mezi zdravotnickým personálem (lékaři, sestry, ošetrovatelky, sanitáři, uklízečky) a žáky, pacienty a žáky nebo mezi žáky navzájem. Mnohdy hledá optimální řešení problémů, tlumí rozdmýchané emoce. Přitom by měla zachovat hlavně chladnou hlavu a pedagogický optimismus.

Učitelka při praktické výuce v nemocnici je hodnocena nejen žáky, na které působí svými požadavky, chováním, jednáním, vzhledem i hodnocením jejich činností. Hodnotí ji také zdravotničtí pracovníci, obzvláště sestry daného pracoviště. Mnohem lépe zdravotníci „vezmou“ do svého kolektivu učitelku, která má delší praktické zkušenosti jako sestra a nejlépe, pokud pracovala na oddělení, kde vede praktickou výuku. Tak velmi dobře zná problematiku oddělení a není „rušivým“ elementem při chodu oddělení. Lépe je přijímána a hodnocena učitelka mající přirozenou autoritu u žáků, komunikativní, rozhodná a důsledná.

4.3 Faktory ovlivňující vznik vyhaslosti u odborných učitelek

Na vzniku vyhaslosti odborných učitelek se podílí všechny zmíněné fyzické, psychické a sociální příčiny, ale jsou přítomny i úzce specifické faktory. Učitelská profese je typická tím, že si učitel řídí a organizuje vyučování. Faktorem nedostatečného zvládnutí stresu pak může být neefektivní časový plán a hospodaření s časem. Proto je nutné zajistit několik faktorů. Zabezpečit si dostatek času na přípravu na vyučování, na opravování prací žáků, střídat pravidelně fáze intenzivní práce a odpočinku. Zamezit vyrušování v pracovní fázi a respektovat vlastní křivku výkonnosti během dne, tzn. že zvláště namáhavé činnosti přesouvám do doby optimální výkonnosti (viz obrázek č. 2 na str. 34). Důležité je také plánovat v řádu několika dnů až týdnů, nejednat chaoticky. Vhodné je třídit úkoly dle principu ABC, tedy úkoly A, které je nutné vyřídit hned, typ B, lze odložit a úkoly typu C, které mohou být přesunuty.

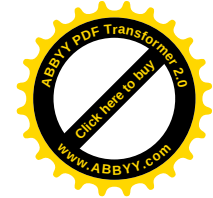


Obr.2: křivka výkonnosti během dne

Osobnostní faktory učitele mají nemalý vliv na vznik vyhaslosti. Kromě obecných osobnostních faktorů uvedených výše, lze zmínit subjektivní odpovědnost za úspěch a neúspěch žáků, jež může být pro některé učitele škodlivá.

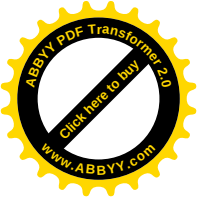
Z pracovních nebo institucionálních faktorů, jenž ovlivňují vznik a rozvoj burnout, je nutné zmínit:

- vyšší počet problémových žáků ve třídách - učitel má mnohdy omezený repertoár výchovných prostředků k udržení řádu školy, dostává se do častých konfliktů s agresivními žáky, řeší nekázeň a sníženou morálku žáků



- narušená komunikace a kooperace v učitelském sboru - chybí vzájemná pomoc a podpora kolegů, výchovné a vyučovací problémy se otevřeně nediskutují, neexistuje otevřená shoda ohledně základních výchovných a vzdělávacích cílů
- nedostatečná podpora a důvěra ze strany vedení školy
- relativně nepatrné možnosti profesionálního postupu
- angažovanost jednotlivce je velmi špatně finančně ohodnocená
- velký věkový rozdíl mezi učiteli ve sboru i mezi učiteli a žáky
- příprava studentů na učitelské povolání neodpovídá potřebám reálného života - nedostačující psychologická kvalifikace, nedostatek dovedností řešit konfliktní situace, vést rozhovory s rodiči problémových žáků (Hennig, Keller, 1996)
- nedostatečná spolupráce rodičů se školou
- nedostatečné vybavení školy
- narůstající administrativa
- časté mimoškolní aktivity (Průcha, 2002)
- časté změny vzdělávacích projektů a organizace školy (Kyriacou, 1996)
- velký počet žáků ve skupině na praktickou výuku
- spokojenost žáků s průměrným nebo podprůměrným prospěchem
- sociálně-patologické jevy v kolektivu žáků - šikana, zneužívání omamných látek a drog, záškoláctví apod.

Kromě zmíněných institucionálních faktorů k vyhoření přispívají i faktory společenské. V souvislosti se změnami ve společnosti, v přístupu k výchově dětí, k funkci rodiny a k negativním vlivům médií, ke škole, resp. k učiteli, případně obtížná a nevděčná úloha zformovat svérázně vychované nebo zcela nevychované děti v osobnosti schopné života v kolektivu. Učitel se tak stává posledním integrujícím prvkem v rozdělené společnosti. Mezi negativní společenské jevy patří také špatné společenské hodnocení učitelského povolání. Veřejnost často vidí pouze klady (pravomoci, status, dlouhou dovolenou) a činí pedagogy zodpovědnými za chyby ve výchově dětí a mládeže, třebaže původ těchto chyb je ve většině případů zcela mimo školu (Hennig, Keller, 1996).



4.4 Prevence syndromu vyhoření u odborných učitelů

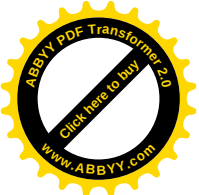
Individuální strategie ke zvládnutí stresu by měly být podpořeny odpovídajícími opatřeními v oblasti vzdělávací politiky. Následující požadavky, jak se jeví z pohledu psychologů, kteří se stresem učitelů zabývají dlouhodobě, odpovídají situaci v zahraničí, ale mohou být podnětem k zamyšlení nad situací a postavením učitelů u nás (Hennig, Keller, 1996).

Stručné shrnutí nejdůležitějších protistresových doporučení:

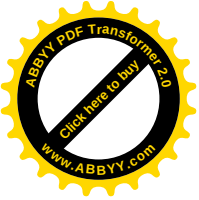
- snižte příliš vysoké ideály,
- nepropadejte syndromu pomocníka,
- naučte se říkat NE,
- stanovte si priority,
- dobrý plán ušetří polovinu práce,
- dělejte přestávky,
- vyjadřujte otevřeně své pocity,
- hledejte emocionální podporu,
- hledejte věcnou podporu,
- vyvarujte se negativního myšlení,
- předcházejte výukovým problémům,
- v kritických okamžicích vyučování zachovejte rozvahu,
- následná konstruktivní analýza,
- doplňujte energii,
- vyhledávejte věcné výzvy,
- využívejte nabídek pomoci,
- žijte zdravě (Hennig, Keller, 1996).

Výhledové podněty k boji proti stresu u učitelů:

Zavedení sabatiklu, tzn. volného roku, jenž je aktuální ve Švýcarsku. Po 7 - 8 letech vyučování by každý učitel měl prožít volný rok, který by využil podle osobní potřeby (načerpání sil, další vzdělávání, vzdělávací cesty). Učitelé by byli poskytováni plat snížený měsíčně o 1/7 - 1/8. Ústředním tématem ve vzdělávání učitelů by se měla stát tzv. didaktika a psychologie vztahů. Učitelé nad 55 let by měli mít možnost postupného snížení úvazku. Zřízení supervizních a případových diskusních skupin učitelů se jeví jako velmi efektivní způsob v prevenci proti burnout. Více rad - méně dozoru obzvláště nadřízených školských úřadů. Určitě by byla využita oddechová místnost ve škole, která



by sloužila učitelům o přestávkách nebo v hodinách volna k relaxačnímu cvičení na odbourání stresu. Velmi by pomohl sociální pracovník na problémových školách, který by pomáhal učitelům řešit časově náročné konflikty. Podporovat pozitivnější obraz učitelské profese státní správou (Hennig, Keller, 1996).



EMPIRICKÁ ČÁST

Povolání sestry a učitelky odborných předmětů na středních zdravotnických školách se řadí mezi pomáhající profese. Pro jejich fyzickou i psychickou náročnost se u těchto vybraných pomáhajících profesí vyskytuje syndrom vyhoření neboli burnout. U zmiňovaných povolání existuje zcela minimální nebo žádná prevence nabízená ze strany zaměstnavatele, a proto může být burnout jednou z příčin fluktuace a snižování kvality práce. Prozkoumání těchto skutečností bylo hlavní náplní průzkumu.

5 Cíle a metodika průzkumu

5.1 Vymezení problému, cílů a hypotéz

Syndrom vyhoření se vyskytuje u sester i učitelek odborných předmětů na středních zdravotnických školách. Na základě dosavadních výzkumných zjištění a empirických zkušeností je možné předpokládat rozdíly míry vyhoření a realizace preventivních opatření na různých pracovištích. Současně lze předpokládat rozdíly v míře vyhoření vzhledem k délce praxe, životnímu stylu, rodinné situaci a zdravotnímu stavu.

Cíle výzkumného šetření jsou:

1. Porovnat intenzitu burnout u sester a odborných učitelek SZŠ.
2. Posoudit závislost burnout na věku, rodinném stavu, závislosti na kouření a konzumaci alkoholu a zároveň posoudit dopad syndromu na četnost úvah o odchodu z oboru.
3. Zjistit existenci možnosti prevence burnout u sester a odborných učitelek na jejich pracovištích.
4. Na základě závěrů z průzkumu s využitím výše uvedených poznatků z odborné literatury navrhnout program prevence syndromu vyhoření.

Na základě stanovených cílů byly definovány hypotézy, které byly následně využity pro formulaci doplňujících otázek v dotazníku.

Jednotlivé hypotézy předpokládají vyšší intenzitu syndromu vyhoření u zdravotních sester, u starších respondentek, svobodných a bezdětných a účastnic, které kouří a příležitostně konzumují alkohol. Další hypotéza hledá korelaci mezi intenzitou



projevu syndromu a myšlenkami na odchod. Poslední hypotéza se snaží ověřit dostupnější prevenci pro zdravotní sestry.

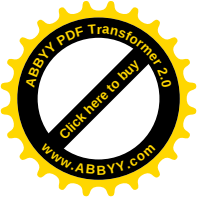
- Hypotéza č. 1** Intenzita syndromu vyhoření je vyšší u zdravotních sester než u odborných učitelek SZŠ.
- Hypotéza č. 2** Zdravotní sestry a učitelky vyššího věku s delší praxí trpí syndromem vyhoření více než mladší.
- Hypotéza č. 3** Výskyt syndromu vyhoření častěji postihuje svobodné a bezdětné zdravotní sestry než odborné učitelky SZŠ.
- Hypotéza č. 4** Existuje vztah mezi výskytem kouření a konzumace alkoholu a intenzitou projevu syndromu vyhoření
- Hypotéza č. 5** Existuje vztah mezi mírou příznaků syndromu vyhoření a četností úvah o odchodu z oboru.
- Hypotéza č. 6** Prevence syndromu vyhoření je dostupnější pro zdravotní sestry než odborné učitelky

5.2 Metodika vlastního průzkumu

Pro průzkum výskytu syndromu vyhoření byl použit celosvětově používaný standardizovaný dotazník MBI: Maslach Burnout Inventory vytvořený Christinou Maslach (*viz přílohy, obr. č. 4*), který byl v úvodní části doplněn otázkami na rodinný stav, počet dětí, délku praxe, kouření, konzumaci alkoholu, zvažování odchodu ze zaměstnání (*viz přílohy, obr. č. 6, 7*).

Z toho vyplývají výzkumné otázky, jimiž byl doplněn dotazník MBI, které umožní separaci respondentek do porovnávaných skupin. V dotazníku byl zjišťován:

- Rodinný stav
- Počet dětí
- Délka praxe
- Kouření
- Konzumace alkoholu
- Zvažování odchodu ze zaměstnání
- Důležitost syndromu vyhoření
- Realizace prevence ze strany zaměstnavatele



MBI dotazník je složen z 22 položek, jež hodnotí tři dimenze/kategorie burnout:

EE - emotional exhaustion - emocionální, citové vyčerpání,

DP - depersonalizace - odosobnění, ztráta úcty k druhým lidem jako k lidským bytostem,

PA - personal accomplishment – osobní uspokojení.

V dotazníku je 9 otázek zaměřených na dimenzi EE, 5 otázek zaměřených na DP a 8 otázek zaměřených na PA.

Rozdělení jednotlivých otázek v MBI dotazníku podle hodnocené dimenze burnout:

- otázky mapující emocionální vyčerpání - otázka č. 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20
- otázky mapující odosobnění - otázka č. 5, 10, 11, 15, 22
- otázky mapující stupeň osobního uspokojení - otázka č. 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 (Wimmerová, 2006).

Odpověď na každou otázku respondenti vyjádřili jedním ze sedmi stupňů odpovědní škály (stupnice) podle svých pocitů, který označili kroužkem nebo křížkem.

0 = nikdy se tak necítím

1 = cítím se tak několikrát za rok či méně

2 = cítím se tak jednou měsíčně či méně

3 = cítím se tak několikrát za měsíc

4 = cítím se tak jednou týdně

5 = cítím se tak několikrát za týden

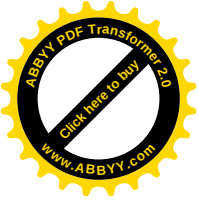
6 = cítím se tak každý den

V závislosti na počtu dosažených bodů byla každá kategorie (dimenze) burnout hodnocena **třemi stupni vyčerpání - nízké, střední a vysoké** (viz tabulka č. 1).

Tab. č. 1 - Bodová kategorizace syndromu vyhoření dle MBI dotazníku

Kategorizace MBI	nízké	střední	vysoké
EE - citové vyčerpání	≤ 16	17-26	≥ 27
DP - odosobnění	≤ 6	7-12	≥ 13
PA – stupeň osobního uspokojení	≥ 39	38-32	≤ 31

Pro emocionální vyhoření a depersonalizaci korespondují vysoké hodnoty s vysokým stupněm vyhoření, naopak u osobního uspokojení korespondují s vyhořením



nízké hodnoty. Maximální počet získaných bodů pro dimenzi emocionálního vyhoření je 54 bodů, pro dimenzi depersonalizace 30 bodů a pro dimenzi osobního uspokojení 48 bodů.

Realizace dotazníkového šetření a návratnost dotazníků

Průzkum probíhal v prosinci a lednu na přelomu roku 2010/2011. Vyplňování dotazníku bylo dobrovolné, anonymní a doba potřebná pro vyplnění nepřesáhla 15 minut.

Tab. č. 2 - Přehled návratnosti vyplněných dotazníků

Instituce kde byl prováděn průzkum	odevzdaných dotazníků	odevzdaných dotazníků (%)	hodnocených dotazníků	hodnocených dotazníků (%)
SZŠ SY	15	16,13	12	12,90
SZŠ PCE	12	12,90	10	10,75
SZŠ CH	11	11,83	11	11,83
Nemocnice UO	55	59,14	49	52,68
celkem	93	100,00	82	88,17

K průzkumu bylo rozdáno celkem 122 dotazníků, z toho 55 dotazníků sestrám v Ústeckoorlické nemocnici, a.s. a 38 dotazníků odborným učitelkám vybraných Středních zdravotnických škol – ve Svitavách (SY), Pardubicích (PCE) a Chrudimi (CH). Celkem bylo odevzdáno 93 dotazníků (tj. 76,22 %), z nichž bylo možné hodnotit pouze 82 dotazníků (tj. 88,17 %). Celkem 11 dotazníků (tj. 11,83%) bylo vyřazeno z hodnocení pro neúplné nebo chybné vyplnění dotazníků (bez označení nabízených odpovědí, označeno více odpovědí).

Závěr: Empirické výsledky byly analyzovány celkem z 82 dotazníků, z toho jich bylo 33 od učitelek odborných předmětů a 49 od zdravotních sester.

5.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaný soubor tvořily sestry z Orlickoústecké nemocnice, a.s. a odborné učitelky (učitelky odborných předmětů) Střední zdravotnické školy Svitavy (SZŠSY), Pardubice a Chrudim v celkovém počtu 93 respondentů. Výběr osob nebyl přísně náhodný, byl ovlivněn ochotou podílet se na průzkumu.

Orlickoústecká nemocnice, a.s. patří mezi okresní nemocnice. Má lůžková oddělení chirurgické, interní, neurologické, gynekologicko-porodnické, dětské, urologické, otorhinolaryngologické (ORL), anesteziologicko-resuscitační (ARO), jednotku intenzivní péče (JIP) i nelůžková oddělení - hematologicko-transfúzní (HTO) klinické biochemie a diagnostiky (OKBD), klinické mikrobiologie (OKM), klinické onkologie, klinické psychologie, lékárnu, operační sály a centrální sterilizace, radiodiagnostické, rehabilitační a mnoho odborných ambulancí.

Druhý zkoumaný soubor tvořily odborné učitelky středních zdravotnických škol. Průzkum na SZŠ byl schválen jednotlivými ředitelkami škol (*viz přílohy*). Probíhal v následujících školách a zúčastnily se ho učitelky odborných zdravotnických předmětů.

Střední zdravotnická škola Svitavy

Studijní obory: Zdravotnický asistent

Střední škola zdravotnická a sociální Chrudim

Studijní obory: Zdravotnický asistent, Sociální péče - pečovatelská činnost, Sociální péče - sociálněsprávní činnost

Střední zdravotnická škola Pardubice

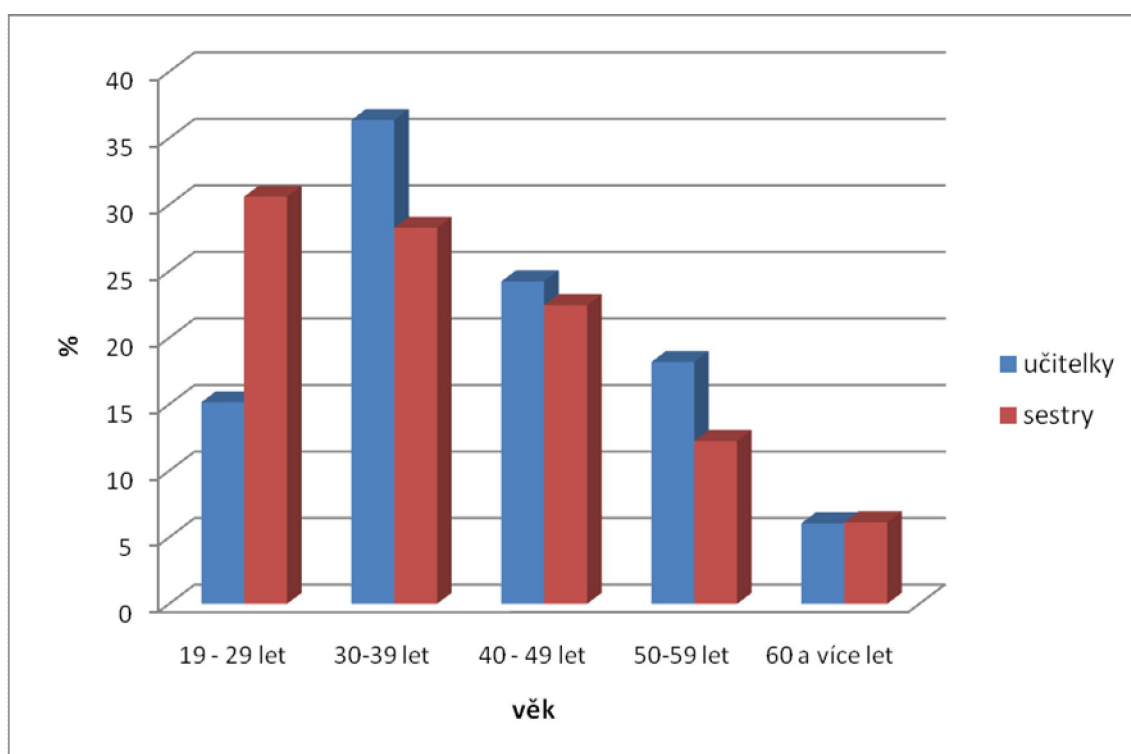
Studijní obory: Zdravotnický asistent, Ošetřovatel/ka

Tab. č. 3 - Pohlaví respondentů

Pohlaví	učitelky	%	sestry	%	celkem	%
Ženské	33	100,00	48	97,95	81	98,78
Mužské	0	0,00	1	2,04	1	1,21
Celkem	33	100,00	49	100,00	82	100,00

Tab. č. 4 - Věk respondentů

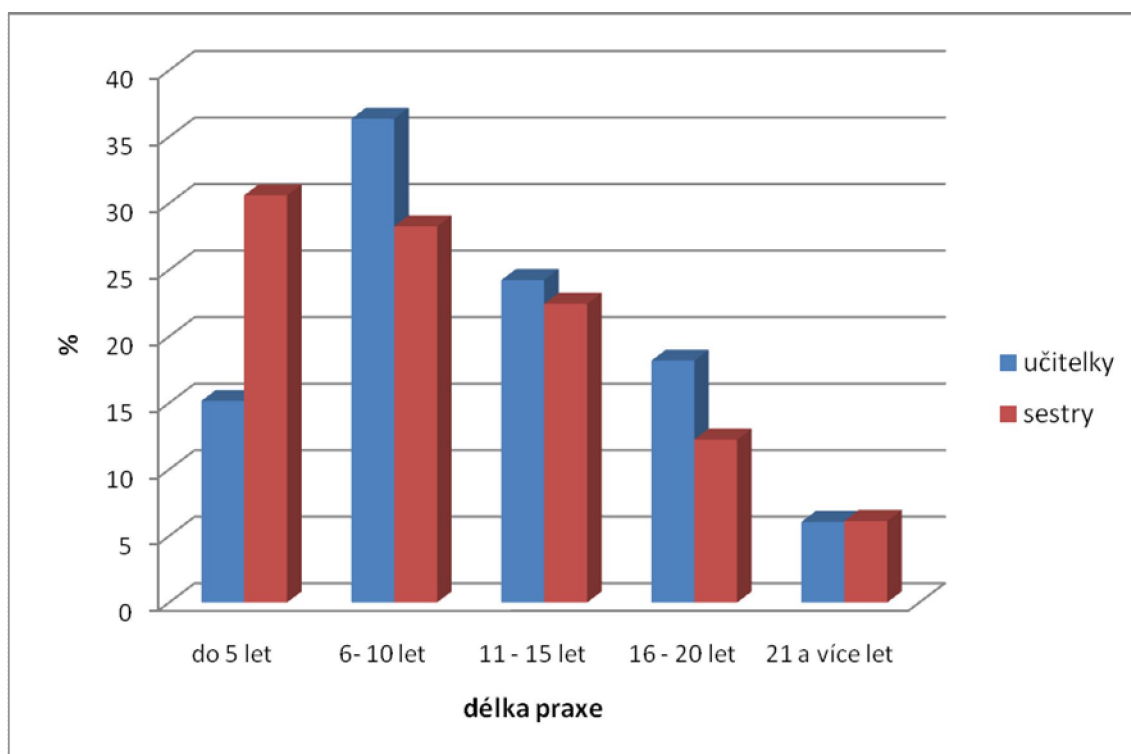
praxe	učitelky	uč. (%)	sestry	sestry (%)	celkem	celkem (%)
19 - 29 let	5	15,15	15	30,61	20	24,39
30 - 39 let	12	36,36	14	28,57	26	31,71
40 - 49 let	8	24,24	11	22,45	19	23,17
50-59 let	6	18,18	6	12,24	12	14,63
60 a více	2	6,06	3	6,12	5	6,10
celkem	33	100,00	49	100,00	82	100,00



Graf 1: procentuální zastoupení jednotlivých věkových skupin

Věková kategorie od 19-29 let byla zastoupena 5 učitelkami (tj. 15,15%) a 15 sestrami (tj. 30,61%), kategorii od 30 - 39 let představovalo 12 učitelek (tj. 36,36 %) a 14 sester (tj. 28,57%), kategorii od 40 - 49 let zastupovalo 8 učitelek (tj. 24,24%) a 11 sester (tj. 22,45) kategorii od 50 - 59 let tvořilo 6 učitelek (tj. 18,18%) a 6 sestry (tj. 12,24 %). Ve věkové kategorii 60 a více let byly pouze 2 učitelky (tj. 6,06 %) a 3 sestry (6,12%).

Z uvedených dat vyplývá, že největší počet učitelek (tj. 12 respondentek) je ve věkovém rozmezí od 30 - 39 let na rozdíl od sester, kterých je nejvíce ve věkovém rozmezí od 19-29 let (15 respondentek).

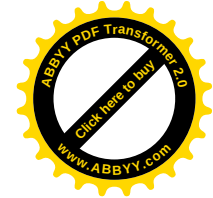


Graf č. 2 - Délka praxe respondentů

Tab. č. 5 – Délka oborové praxe respondentů

praxe	učitelky	uč. (%)	sestry	sestry (%)	celkem	celkem (%)
do 5 let	5	15,15	15	30,61	20	24,39
6- 10 let	12	36,36	14	28,57	26	31,71
11 - 15 let	8	24,24	11	22,45	19	23,17
16 - 20 let	6	18,18	6	12,24	12	14,63
21 a více	2	6,06	3	6,12	5	6,10
celkem	33	100,00	49	100,00	82	100,00

Z celkového počtu 82 respondentů (tj. 100%) jich mělo pouze 5 (tj. 6,10%) délku praxe 21 let a více. Nejvíce – 26 respondentů (tj. 31,71%) uvedlo jako délku praxe 6 – 10 let. Téměř shodný podíl respondentů – 19 a 20 (tj. 24,39% a 23,17%) uvádí délku praxe do 5 let a 16 - 20 let.



5.4 Metodika analýzy výsledků

5.4.1 Metodika statistického zpracování

Statistické zpracování vycházelo ze zjištěných hodnot dotazníkového průzkumu, hodnoty byly zaznamenány do tabulek. Takto upravená data byla vložena do programu Microsoft Excel pro tabulkové a grafické zobrazení. Pro statistické vyhodnocení byl použit program StatSoft Statistica 9.

Průzkum byl zaměřen na výskyt a intenzitu syndromu vyhoření u zdravotních sester a odborných učitelek a jeho podmínění různými faktory jako věk, kouření a konzumace alkoholu, rodinný stav a vztah mezi intenzitou burnout a odchodem z praxe.

Nejprve bylo zjištěno, jestli jsou rozptyly hodnot homogenní, což je podmínkou pro použití následné analýzy rozptylu, která je též nazývána metodou testování průkaznosti rozdílů mezi průměry několika souborů na sobě nezávislých.

5.4.2 Metoda statistického testování výsledků

Pro ověření hypotéz jsou výsledky dotazníků zpracovány do tabulek, pro přehlednost jsou data zobrazeny v grafech. Pro statistické testování na hladině spolehlivosti 95% byla zvolena metoda ANOVA (ANalysis Of VAriance). Jde o techniku umožňující posouzení jednotlivých zdrojů variability v datech. Základní myšlenkou analýzy rozptylu je, zda a jak může být v sadě výsledku paralelních stanovení statisticky rozpoznáno rozdělení do skupin. Celkový rozptyl celé sady dat je dán kombinací rozptylu mezi skupinami a uvnitř skupin. ANOVA umožňuje separovat jednotlivé zdroje rozptylu a dílčí rozptyly vzájemně porovnat za účelem určení, zda jsou rozdíly mezi nimi (statisticky) významné. ANOVA umožňuje odpovědět na otázku, zda jednotlivé skupiny reprezentují výběry z jednoho základního souboru (tedy z téže populace). ANOVA je užitečná zejména při analýze dat získaných při plánovaných experimentech (experimental design). Ve srovnání s t-testem pro nezávislé střední hodnoty si ANOVA vystačí s menším množstvím výpočtů.

5.4.3 Jednofaktorová analýza rozptylu

Tato metoda dává odpověď na otázku, zda lze určitým faktorem X vysvětlovat různost kvantitativního znaku Y . Předpokládá provedení k nezávislých náhodných výběrů hodnot znaku Y o rozsazích $n_1, n_2, \dots, n_k$ na úrovních $x_1, x_2, \dots, x_k$. Základním předpokladem použití analýzy rozptylu je, že každý z k nezávislých výběrů znaku Y pochází z normálního rozdělení $N(\mu_j, \sigma^2)$ se stejným rozptylem σ^2 .



Při jednofaktorové analýze rozptylu se předpokládá, že k nezávislých výběrů hodnot znaku Y pochází z normálních rozdělení se stejnými rozptyly. To znamená, že před vlastním testem by měl být ověřen předpoklad o normalitě a předpoklad o stejných rozptylech. K ověření předpokladu o normalitě lze použít některý z testů hypotéz o modelu rozdělení, ale v praxi se od toho obvykle upouští. Mimo jiné i proto, že pokud odchylky skutečného rozdělení od normálního rozdělení nejsou příliš markantní, neovlivňují zpravidla závěry, k nimž se při analýze rozptylu dochází. Navíc máme v mnoha praktických úlohách, zejména v psychologickém a pedagogickém výzkumu, dobré důvody být o normalitě studovaných proměnných přesvědčeni.

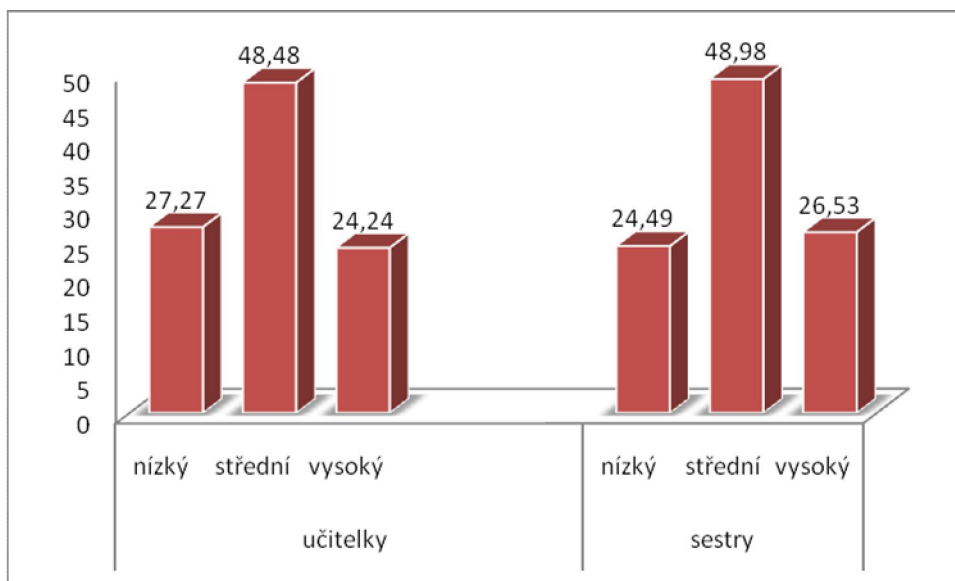
K ověření hypotézy o stejných rozptylech k normálních rozdělení lze v případě, že v každém z k nezávislých výběrů bylo vybráno alespoň 6 jednotek, použít Bartlettův test. Test vede zpravidla k závěrům, které lze odhadnout i intuitivně. Při malých výběrech vede k zamítnutí hypotézy o stejných rozptylech, jestliže se jednotlivé výběrové rozptyly výrazně liší, naopak při velkých výběrech vede k zamítnutí hypotézy o stejných rozptylech, i když jsou rozdíly mezi jednotlivými výběrovými rozptyly relativně malé. Proto se často spokojujeme s následujícím přibližným odhadem pro posouzení shody jednotlivých rozptylů. Není-li při malých výběrech největší rozptyl více než čtyřnásobkem nejmenšího nebo je-li při velkých výběrech rozdíl jen velmi malý, považujeme hypotézu o stejných rozptylech normálních rozdělení za přijatelnou. (Pavelka, Klímek, 2000.)

6 Verifikace hypotéz

Hypotéza č. 1: *Intenzita syndromu vyhoření je vyšší u zdravotních sester než u odborných učitelek SZŠ.*

Tab. č. 6 - *Stupeň emocionálního vyčerpání respondentů*

Stupeň emocionálního vyčerpání EE	učitelky	průměr bodů	%	sestry	průměr bodů	%	celkem	celkem %
nízký < 16	9	13,66	27,27	12	13,58	24,49	21	25,61
střední 17 - 26	16	21,06	48,48	24	21,04	48,98	40	48,78
vysoký > 27	8	31,05	24,24	13	31,46	26,53	21	25,61
celkem / průměr	33	21,57	100,0	49	21,98	100,0	82	100,0



Graf č. 3 - *Procentuální zastoupení respondentů v dle jednotlivých stuňů emocionálního vyhoření*



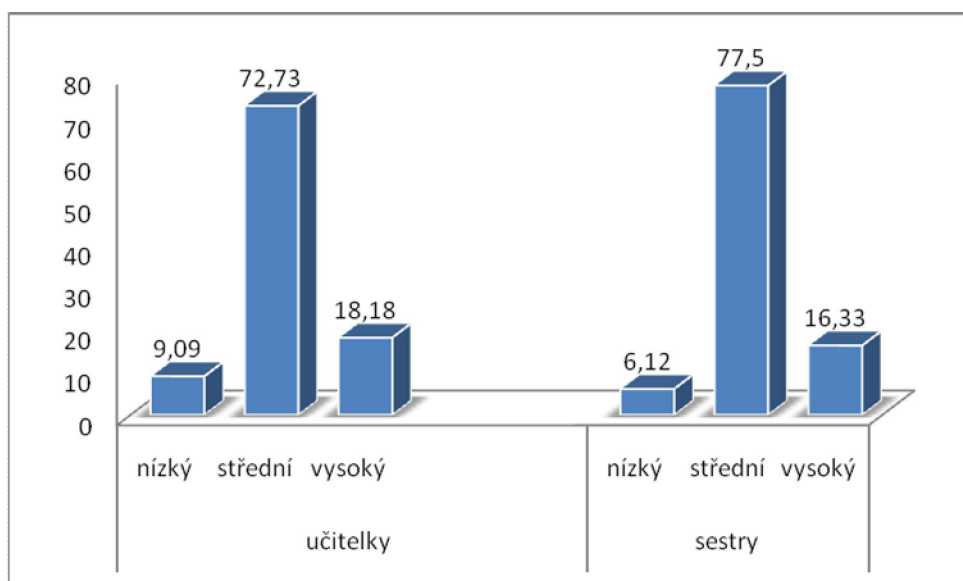
Graf č. 4 – Grafické znázornění průměrů dosažených bodů dle jednotlivých stupňů emocionálního vyhoření

V dimenzi emocionálního vyhoření burnout učitelky dosáhly průměrného počtu bodů 21,57 tj. o 0,41 méně než sestry, které dosáhly průměrného počtu 21,98 bodů. Tento výsledek ukazuje na vyšší **intenzitu syndromu vyhoření v emocionální oblasti u sester.**

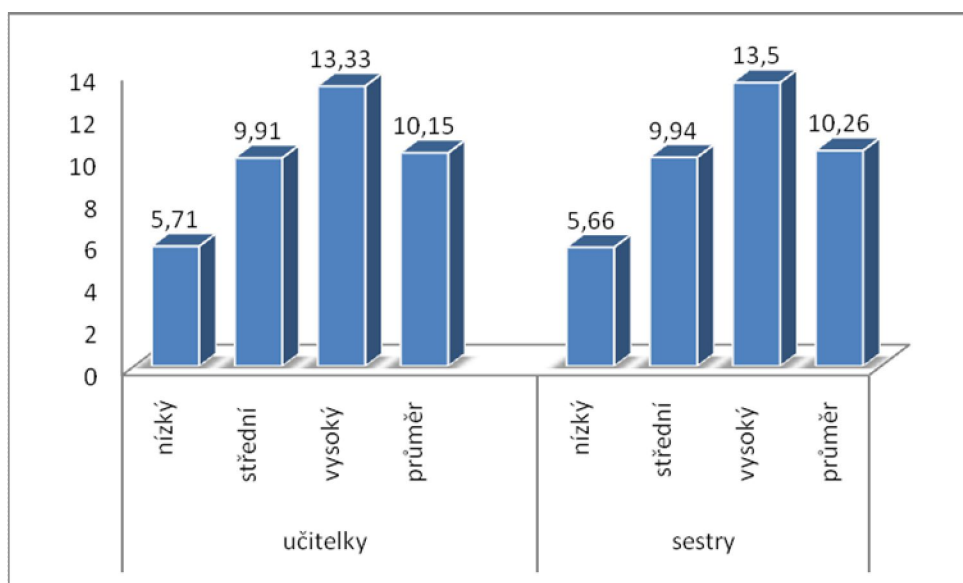
V tabulce č. 7 jsou číselně vyjádřeny rozdíly v jednotlivých kategoriích v dimenzi depersonalizace.

Tab. č. 7 - Stupeň depersonalizace respondentů

Stupeň depersonalizace DP	učitelky	průměr bodů	%	sestry	průměr bodů	%	celkem	celkem %
nízký < 6	3	5,71	9,09	3	5,66	6,12	6	7,32
střední 7-12	24	9,91	72,73	38	9,94	77,55	62	75,61
vysoký > 13	6	13,33	18,18	8	13,50	16,33	14	17,07
celkem / průměr	33	10,15	100,00	49	10,26	100,00	82	100,00



Graf č. 5 - Procentuální zastoupení respondentů v dle jednotlivých stupňů depersonalizace

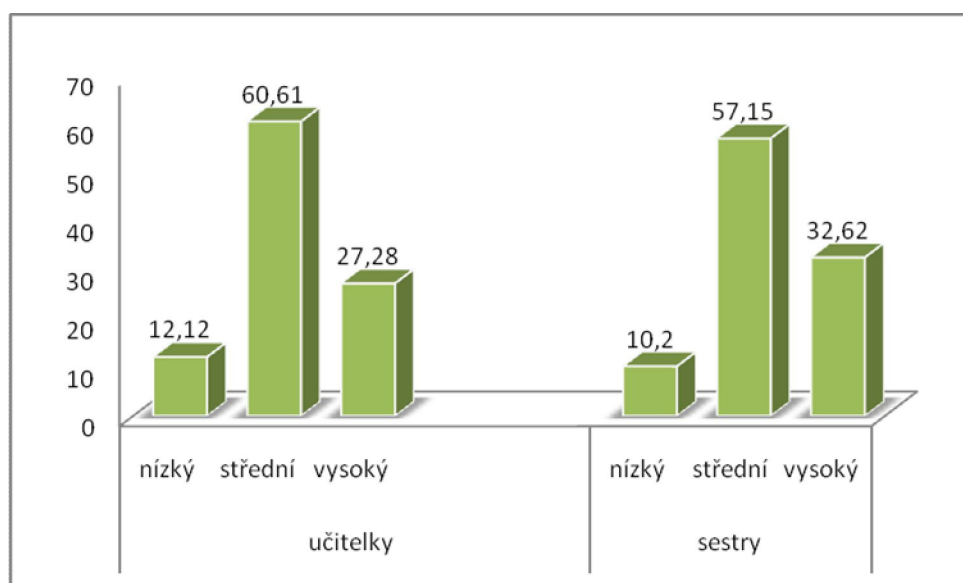


Graf č. 6 – Grafické znázornění průměrů dosažených bodů dle jednotlivých stupňů depersonalizace

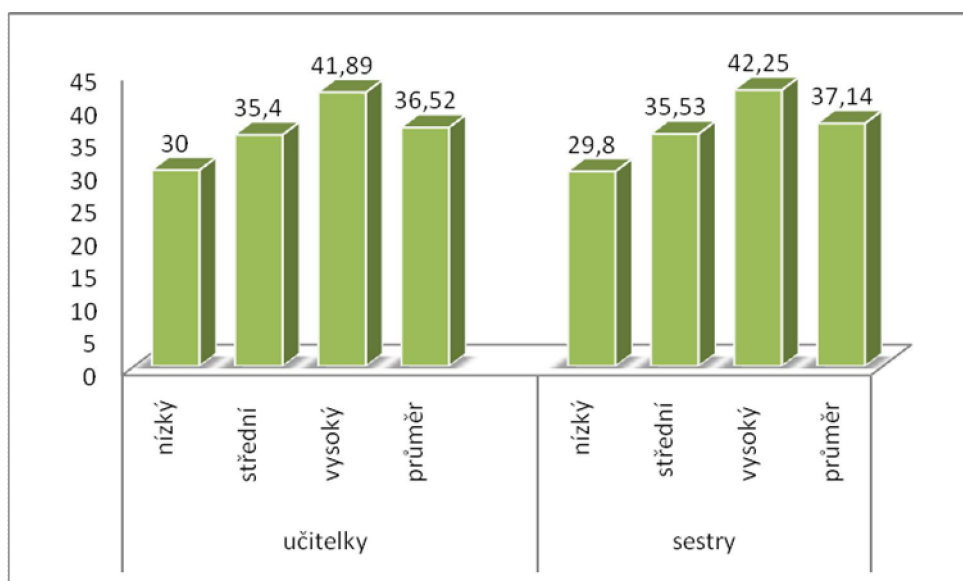
V následující tabulce jsou číselně vyjádřeny rozdíly v jednotlivých kategoriích v dimenzi osobního uspokojení.

Tab. č. 8 - Stupeň osobního uspokojení respondentů

Stupeň osobního uspokojení PA	učitelky	Průměr bodů	%	sestry	průměr bodů	%	celkem	celkem %
nízký < 31	4	30	12,12	5	29,80	10,20	9	10,98
střední 32 - 38	20	35,40	60,61	28	35,53	57,15	48	58,54
vysoký > 39	9	41,89	27,28	16	42,25	32,62	25	30,49
celkem / průměr	33	36,52	100,00	49	37,14	100,0	82	100,0



Graf č. 7 - Procentuální zastoupení respondentů v dle jednotlivých stupňů osobního uspokojení

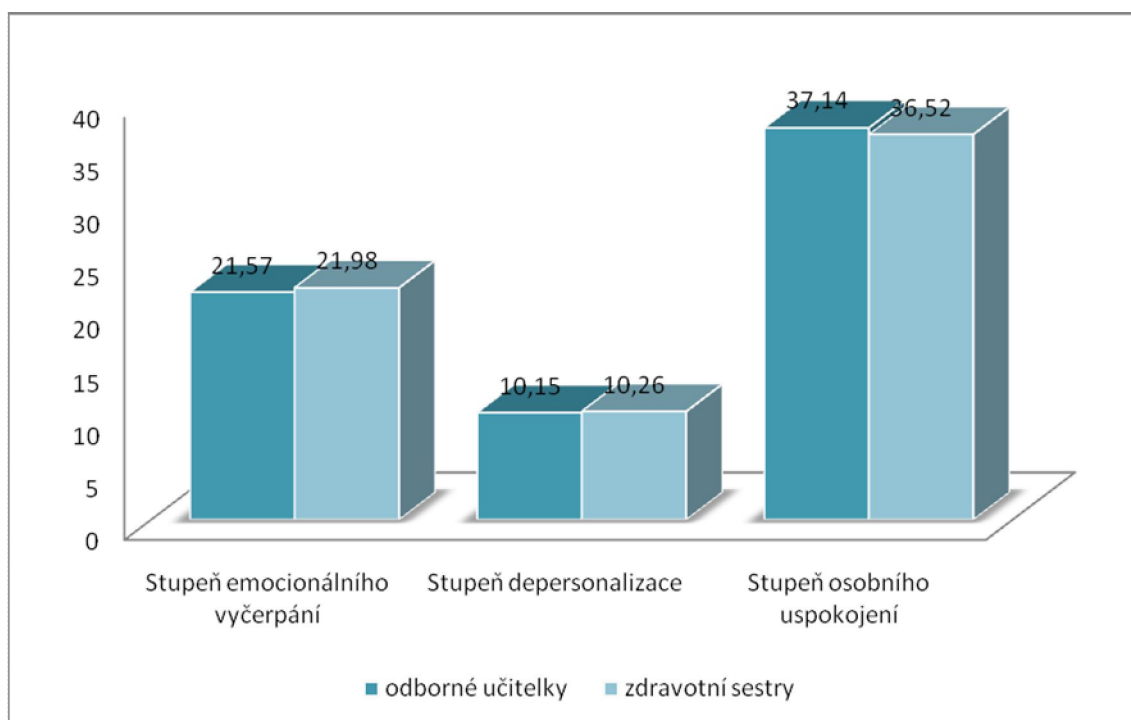


Graf č. 8 – Grafické znázornění průměrů dosažených bodů dle jednotlivých stupňů osobního uspokojení

V tabulce č. 9 a grafu č. 9 jsou znázorněny výsledky dotazníkového šetření ukazující rozdíly v intenzitě syndromu vyhoření mezi zdravotními sestrami a odbornými učitelkami.

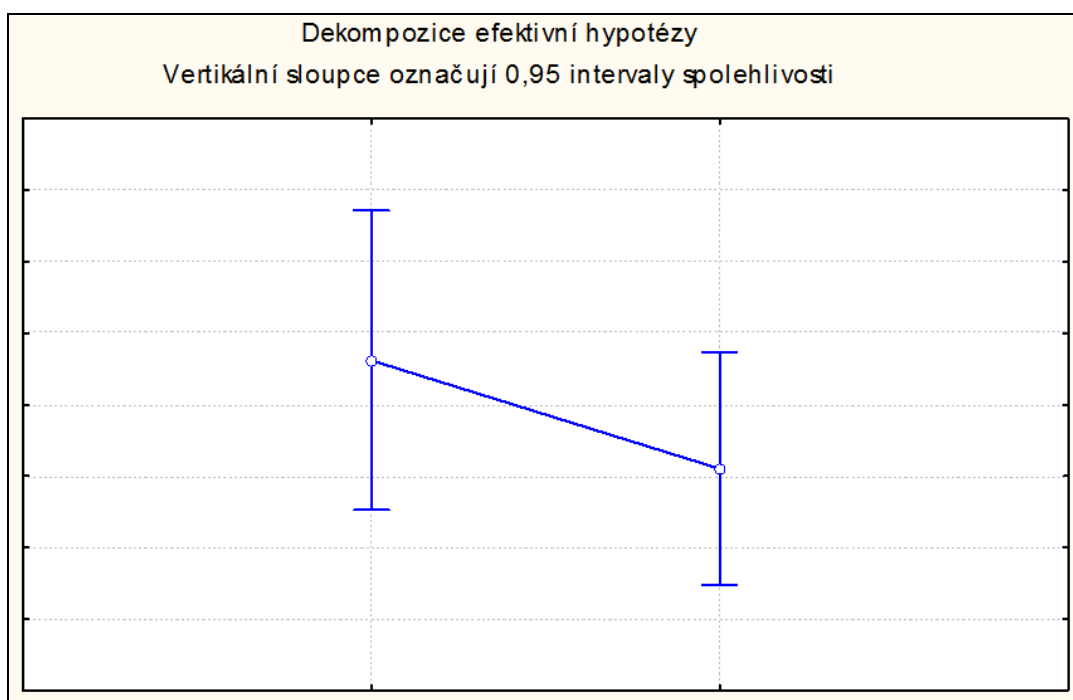
Tab. č. 9 – Verifikace hypotézy číslo 1 – porovnání průměrů dosažených bodů v dotazníkú MBI

	Průměrné bodové hodnocení	
	Zdravotní sestry	Odborné učitelky
Stupeň emocionálního vyčerpání	21,98	21,57
Stupeň depersonalizace DP	10,26	10,15
Stupeň osobního uspokojení PA	36,52	37,14



Graf. č. 9 – Verifikace hypotézy číslo 1 – grafické porovnání průměrů dosažených bodů v dotazníkú MBI

Hypotéza číslo jedna předpokládala vyšší intenzitu syndromu vyhoření u zdravotních sester než u odborných učitelek SZŠ. V dimenzi emocionálního vyčerpání dosáhly v dotazníkovém šetření sestry průměrného počtu bodů 21,98, což je o 0,41 bodu více než odborné učitelky, u kterých průměr činí 21,57. Stupeň depersonalizace je opět vyšší u zdravotních sester, konkrétně o 0,11 bodu. Vyšší úroveň osobního uspokojení z praxe mají odborné učitelky na středních zdravotnických školách. V této kategorii dosáhl průměr hodnot jejich odpovědí 37,14, což je o 0,62 více než u zdravotních sester, které odpověděly v průměru 36,52. Výsledky naznačují nepatrně vyšší intenzitu syndromu vyhoření u zdravotních sester.



Zdravotní sestry

Odborné učitelky

Graf. č. 10 – Verifikace hypotézy číslo 1- statistické ověření výsledků při hladině spolehlivosti 95%

Pro verifikaci hypotézy byly testovány výsledky z dimenzí emocionálního vyhoření a depersonalizace. Údaje získané z průzkumu dotazníkem MBI byly statisticky testovány analýzou rozptylu (ANOVA) na hladině spolehlivosti 95%. Z grafu č. 10 (viz. výše) je patrné, že mezi množinami odborných učitelek a zdravotních sester není statisticky průkazný rozdíl.

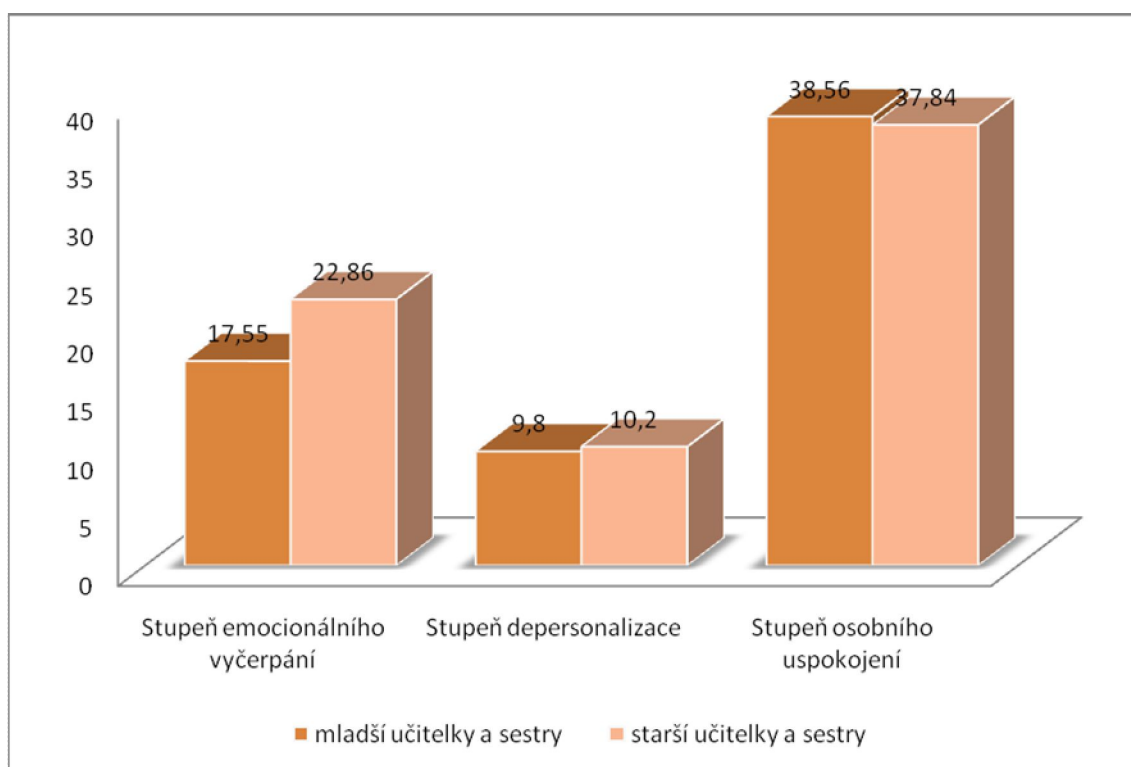
Závěr: Mezi průměrným počtem bodů zdravotních sester a odborných učitelek v dimenzi emocionálního vyhoření a depersonalizace **není statisticky významný rozdíl**. Tento závěr přijímáme s jistotou 95% (pravděpodobnost nesprávného závěru je $0,05 = 5\%$).

Hypotéza č. 2: Zdravotní sestry a učitelky vyššího věku s delší praxí trpí syndromem vyhoření více než mladší.

V tabulce č. 10 a grafu č. 11 jsou znázorněny výsledky dotazníkového šetření týkající se rozdílu v intenzitě syndromu vyhoření mezi mladšími a staršími respondenkami.

Tab. č. 10 – Verifikace hypotézy číslo 2 – porovnání průměrů dosažených bodů v dotazníku MBI

	Průměr bodů	
	Mladší učitelky a sestry	Starší učitelky a sestry
Stupeň emocionálního vyčerpání	17,55	22,86
Stupeň depersonalizace DP	9,80	10,20
Stupeň osobního uspokojení PA	38,56	37,84



Graf. č. 11 – Verifikace hypotézy číslo 2 – grafické porovnání průměrů dosažených bodů v dotazníku MBI

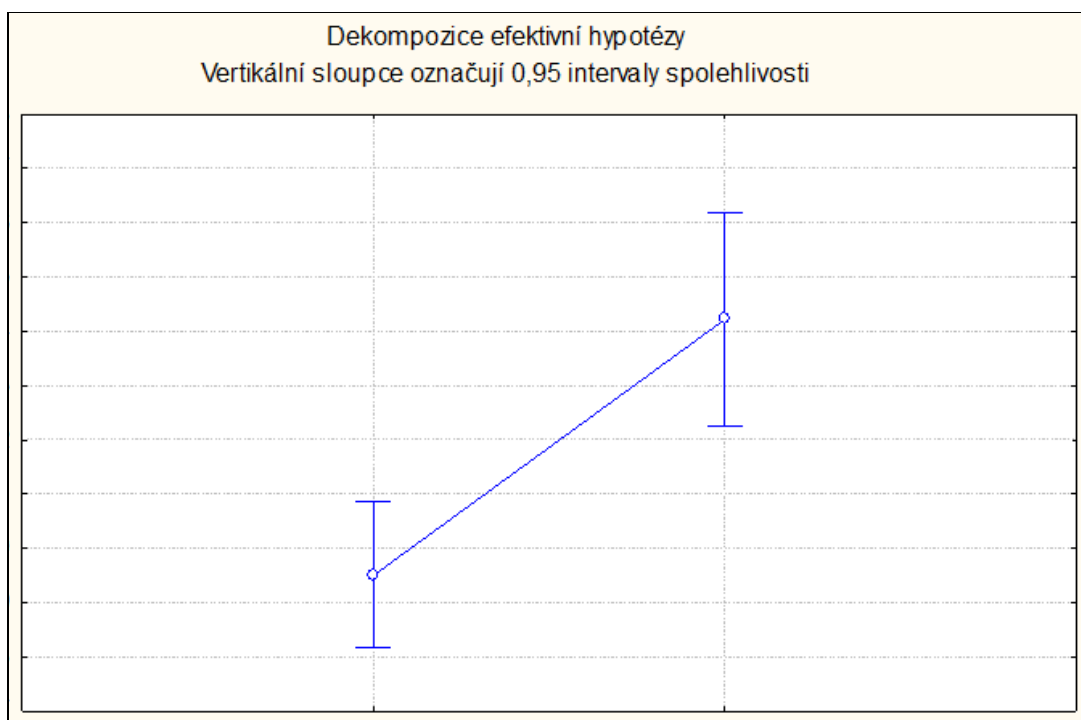
Pro verifikaci hypotézy číslo dvě, která předpokládá vyšší intenzitu syndromu vyhoření u starších respondentek, bylo nutné z množiny všech dotazovaných vytvořit dvě podmnožiny. Z věku všech odborných učitelek a zdravotních sester byl vypočítán

aritmetický průměr, který umožnil rozdělit celek všech respondentů do dvou věkových kategorií.

V dimenzi emocionálního vyčerpání jsou patrné výrazné rozdíly mezi průměrnými odpověďmi mladších a starších dotazovaných. Respondenti s nižším věkovým průměrem dosáhli v odpovědích hodnoty 17,55, což je o 5,31 méně než starší účastníci dotazníkového průzkumu.

Rozdíl v oblasti depersonalizace činí 0,4 ve prospěch mladších respondentů. Zdravotnický personál a odborné učitelky nižšího věku mají také vyšší stupeň osobního uspokojení než jejich starší kolegyně, konkrétně o 0,72 bodu.

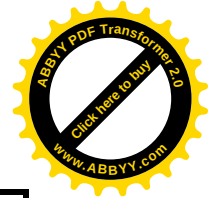
Vyšší rozdíly mezi skupinami mladších a starších respondentek předběžně naznačují pravdivost hypotézy číslo dvě.



**Skupina mladších učitelů a
zdravotních sester**

**Skupina starších učitelů
a zdravotních sester**

Graf. č. 12 – Verifikace hypotézy číslo 2- statistické ověření výsledků při hladině spolehlivosti 95%



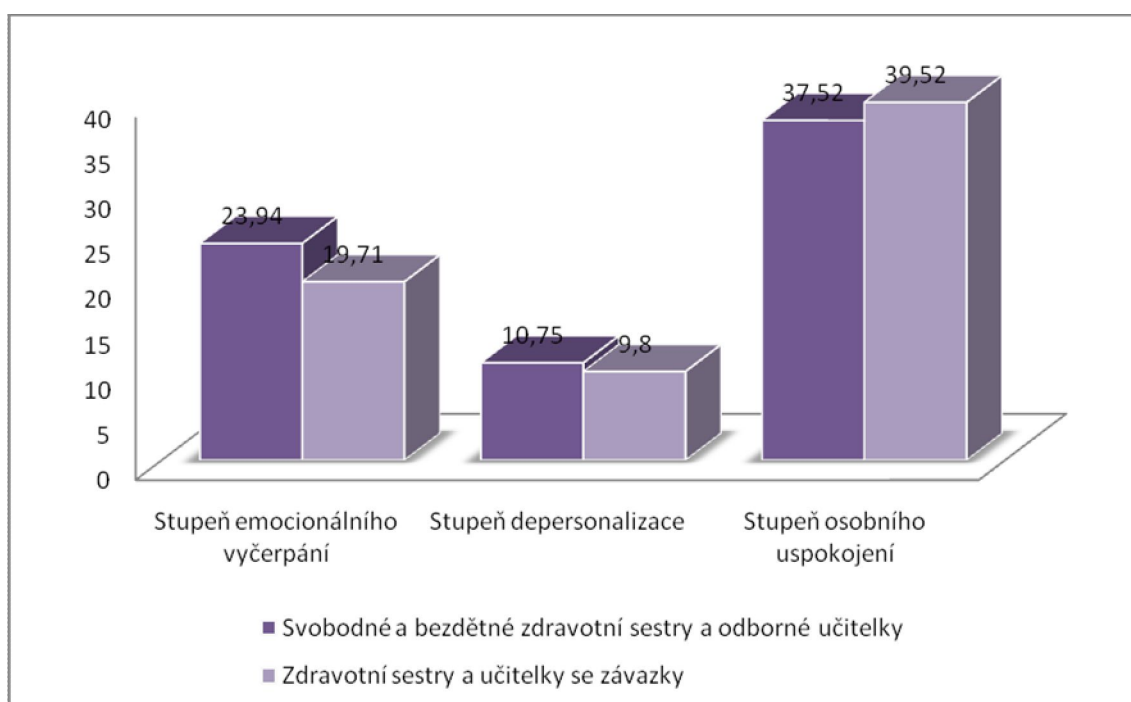
Závěr: Mezi průměrným dosažených počtem bodů mladších a starších zdravotních sester a odborných učitelek v dimenzi emocionálního vyhoření a depersonalizace **je statisticky významný rozdíl**. Tento závěr přijímáme s jistotou 95% (pravděpodobnost nesprávného závěru je $0,05 = 5\%$).

Hypotéza č. 3: Výskyt syndromu vyhoření častěji postihuje svobodné a bezdětné zdravotní sestry a odborné učitelky.

V tabulce č. 11 a grafu č. 13 jsou znázorněny výsledky průzkumu týkající se rozdílu v intenzitě syndromu vyhoření mezi svobodnými, bezdětnými a respondentkami se závazky.

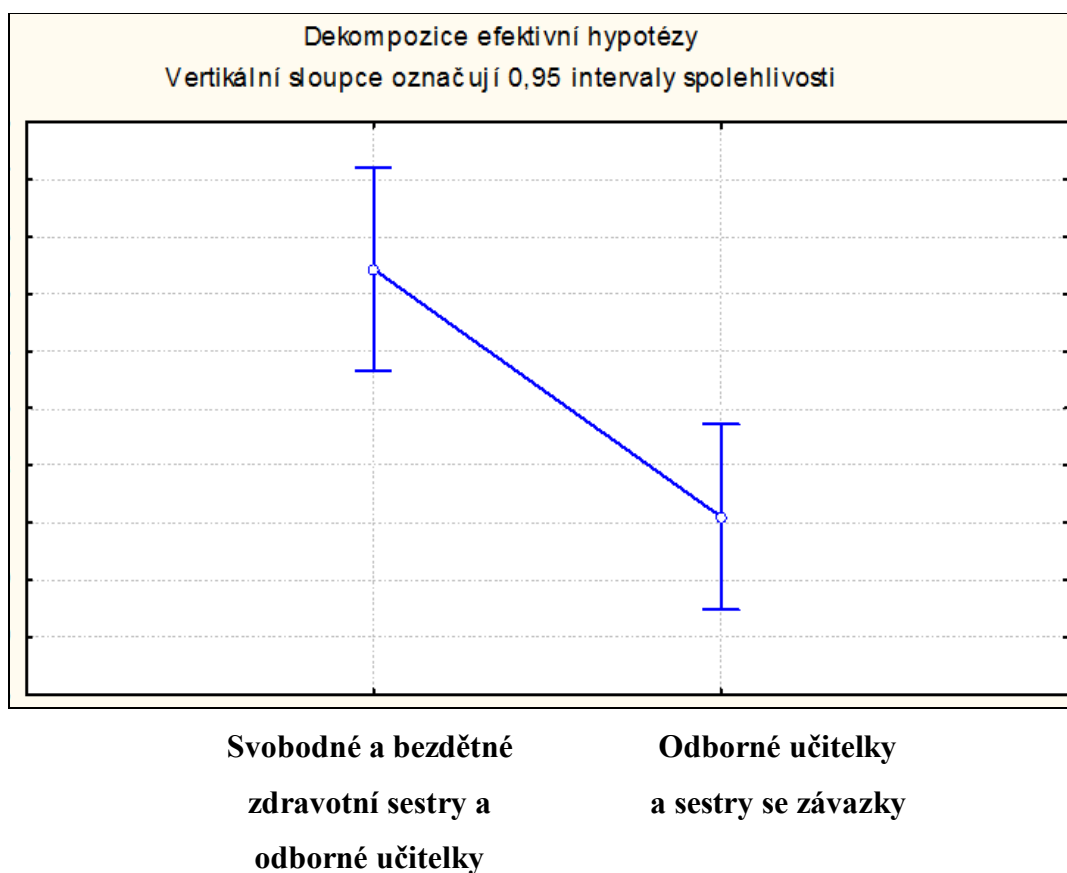
Tab. č. 11 – Verifikace hypotézy číslo 3 – porovnání průměrů dosažených bodů v dotazníkú MBI

	Průměr bodů	
	Svobodné a bezdětné zdravotní sestry a odborné učitelky	Zdravotní sestry a učitelky se závazky
Stupeň emocionálního vyčerpání	23,94	19,71
Stupeň depersonalizace DP	10,75	9,8
Stupeň osobního uspokojení PA	37,52	39,52



Graf. č. 13 – Verifikace hypotézy číslo 3 – grafické porovnání průměrů dosažených bodů v dotazníkú MBI

Dle hypotézy číslo tři jsou syndromem vyhoření častěji postiženy svobodné a bezdětné zdravotní sestry a odborné učitelky. Výsledky respondentek bez závazků v oblasti emocionálního vyhoření dosáhly hodnoty 23,94, což je o 4,23 bodů více než vdané účastnice průzkumu, jejichž odpovědi dosáhly hodnoty 19,71. Svobodné respondentky dosahují dle průzkumu také vyššího stupně depersonalizace, jejich odpovědi dosáhly průměru 10,75, což je o 0,95 více než u jejich vdaných kolegyň. Výsledky také naznačují nižší úroveň osobního uspokojení z vykonávané práce u respondentek bez závazků, jde o rozdíl 2 bodů. Výsledky naznačují pravdivost hypotézy.



Graf. č. 14 – Verifikace hypotézy číslo 3 - statistické ověření výsledků při hladině spolehlivosti 95%

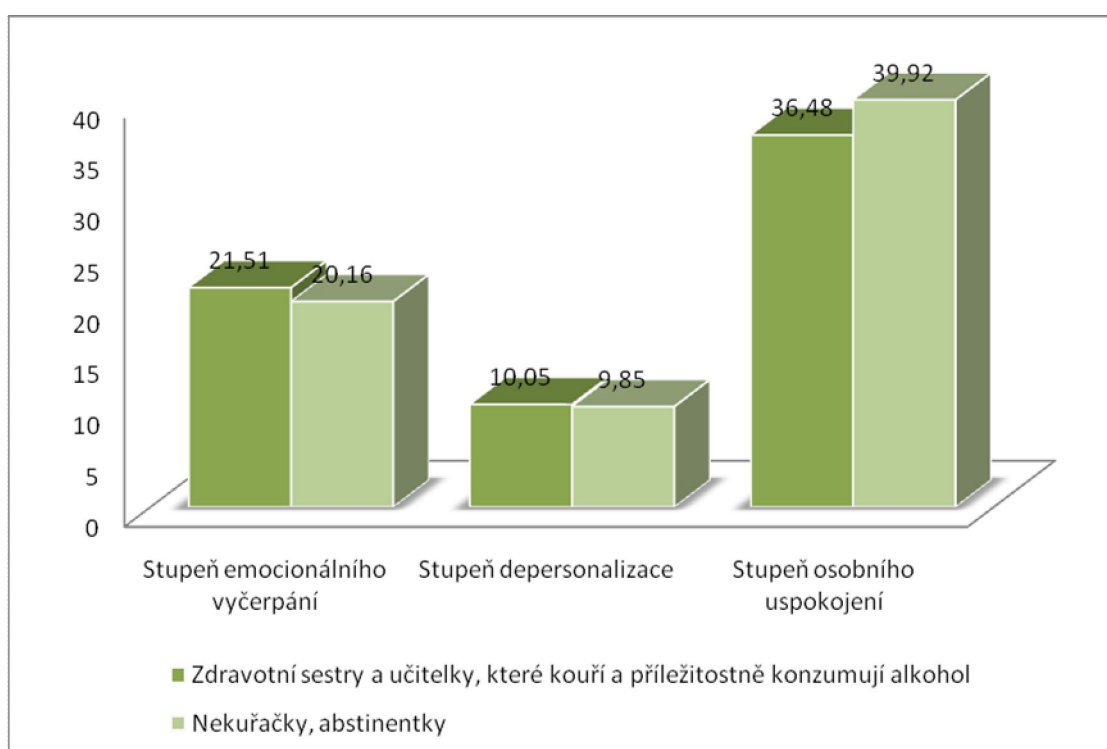
Závěr: Mezi průměrným počtem bodů svobodných, bezdětných zdravotních sester a odborných učitelek a respondentek se závazky v dimenzi emocionálního vyhoření a depersonalizace **je statisticky významný rozdíl**. Tento závěr přijímáme s jistotou 95% (pravděpodobnost nesprávného závěru je $0,05 = 5\%$).

Hypotéza č. 4: Existuje vztah mezi výskytem kouření a konzumací alkoholu a intenzitou projevu syndromu vyhoření

V tabulce č. 12 a grafu č. 15 jsou znázorněny výsledky týkající se rozdílu v intenzitě syndromu vyhoření mezi respondenkami, které kouří a příležitostně konzumují alkohol a abstinenkami, nekuřáčkami.

Tab. č. 12 – Verifikace hypotézy číslo 4 – porovnání průměrů dosažených bodů v dotazníkú MBI

	Průměr bodů	
	Kuřáčky a příležitostně konzumentky alkoholu	Nekuřáčky, abstinentky
Stupeň emocionálního vyčerpání	21,51	20,16
Stupeň depersonalizace DP	10,05	9,85
Stupeň osobního uspokojení PA	36,48	39,92

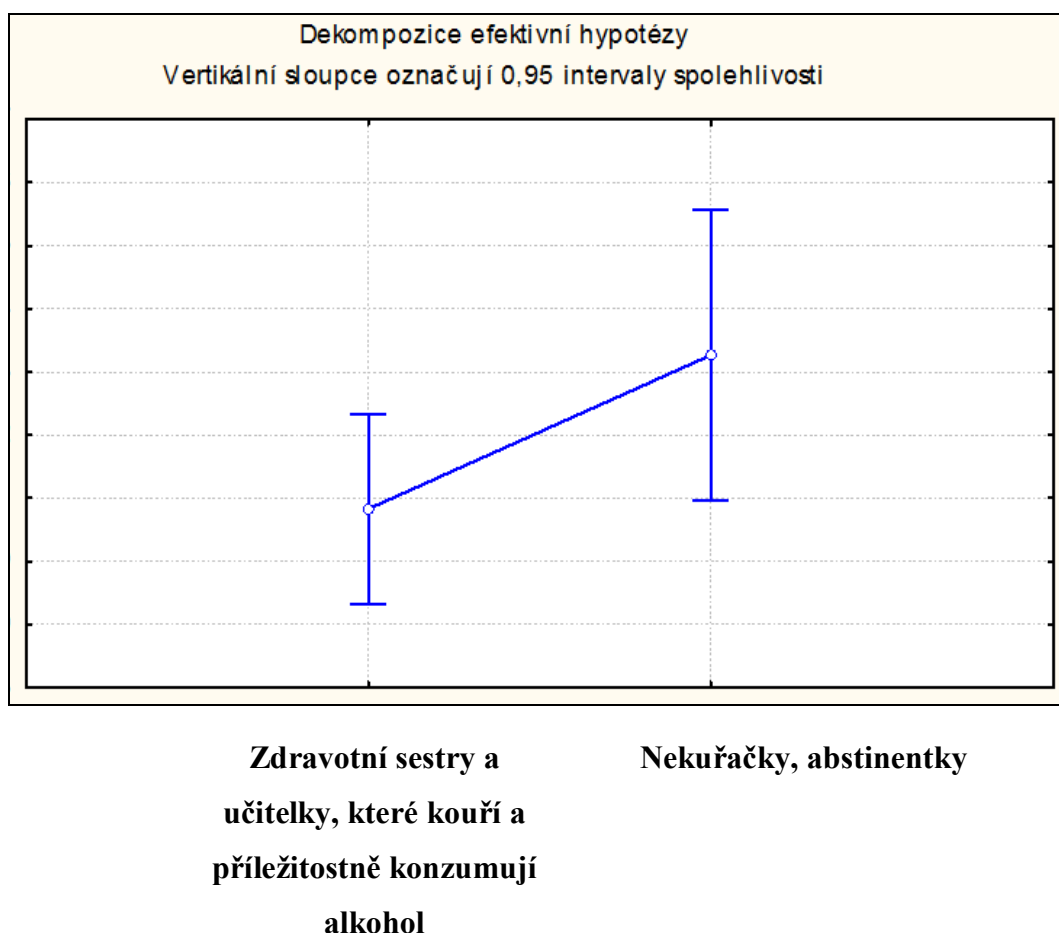


Graf. č. 15 – Verifikace hypotézy číslo 4 – grafické porovnání průměrů dosažených bodů v dotazníkú MBI

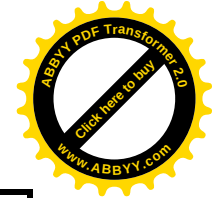
Hypotéza číslo čtyři předpokládá vyšší intenzitu syndromu vyhoření u skupiny odborného zdravotnického a pedagogického personálu, která přiznává kouření a příležitostnou konzumaci alkoholu v porovnání se skupinou abstinentů a nekuřáků.

Úroveň emocionálního vyčerpání dosáhla u respondentek, které kouří hodnoty 21,51 a to je o 1,35 bodů více než jejich abstinující kolegyně.

Kouření a občasná konzumace alkoholu se na stupni depersonalizace ve výsledku projevilo nepatrným rozdílem 0,2 bodu. Vyššího stupně osobního uspokojení dosahují respondetky, které se alkoholu a kouření vyhýbají.



Graf. č. 16 – Verifikace hypotézy číslo 4 - statistické ověření výsledků při hladině spolehlivosti 95%



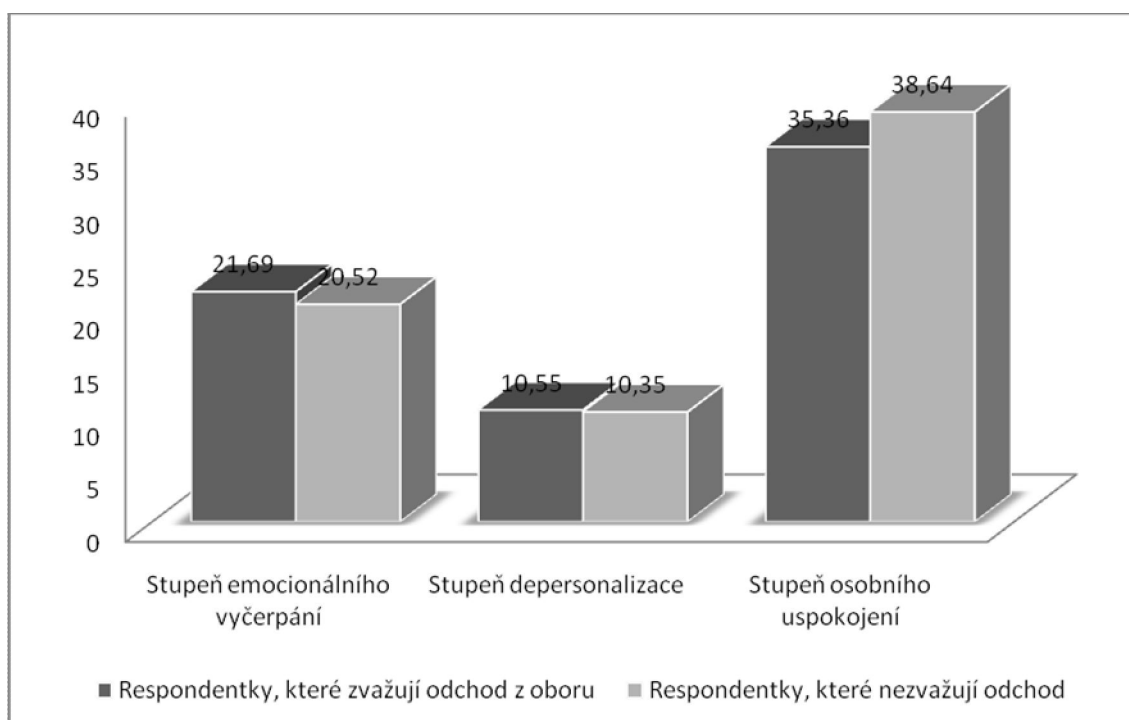
Závěr: Mezi průměrným počtem bodů u zdravotních sester a odborných učitelek, které kouří a příležitostně požívají alkohol adotazovaných nekouřících abstinetek v dimenzi emocionálního vyhoření a depersonalizace **není statisticky významný rozdíl**. Tento závěr přijímáme s jistotou 95% (pravděpodobnost nesprávného závěru je $0,05 = 5\%$).

Hypotéza č. 5: Existuje vztah mezi mírou příznaků syndromu vyhoření a četností úvah o odchodu z oboru.

V tabulce č. 13 a grafu č. 15 jsou znázorněny výsledky dotazníkového šetření, ve kterém byla zjišťována závislost intenzity syndromu vyhoření a četnost úvah o odchodu z oboru.

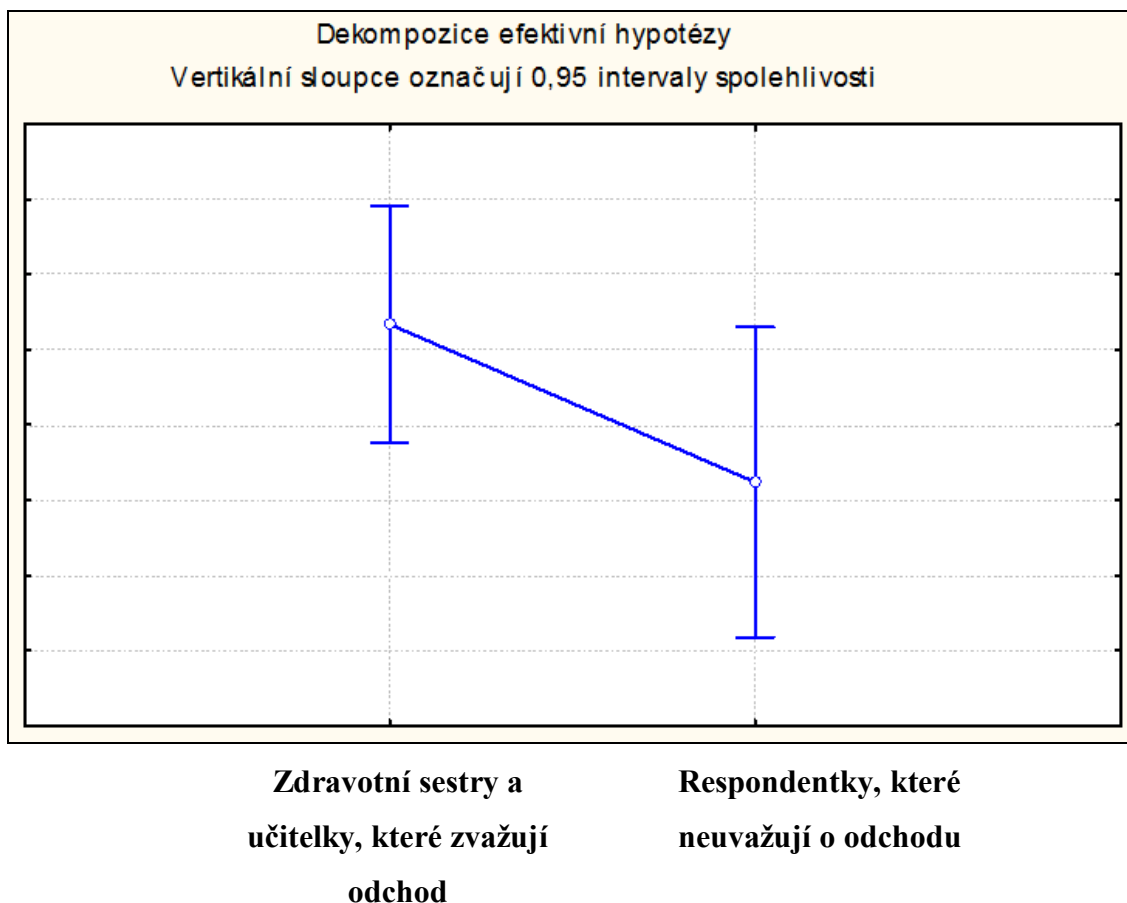
Tab. č. 13 – Verifikace hypotézy číslo 5 – porovnání průměrů dosažených bodů v dotazníkú MBI

	Průměr bodů	
	Respondentky, které zvažují odchod z oboru	Respondentky, které nezvažují odchod
Stupeň emocionálního vyčerpání	21,69	20,52
Stupeň depersonalizace DP	10,55	10,35
Stupeň osobního uspokojení PA	35,36	38,64



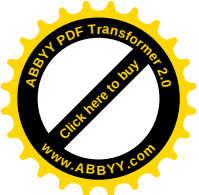
Graf. č. 17 – Verifikace hypotézy číslo 5 – grafické porovnání průměrů dosažených bodů v dotazníkú MBI

Hypotéza číslo pět předpokládá souvislost s intenzitou projevů vyhoření a úvahami o změně zaměstnání. V oblasti emocionálního vyčerpání je rozdíl vyjádřen hodnotou 1,17 bodu. V oblasti depersonalizace je hodnota mezi skupinami rozdílná o 0,2 bodu. Personál zvažující odchod z oboru také dosahuje nižší úrovně osobního uspokojení v rozdílu zastoupení 3,28 bodu.



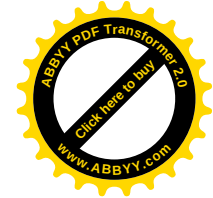
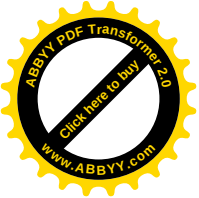
Graf. č. 18 – Verifikace hypotézy číslo 5 - statistické ověření výsledků při hladině spolehlivosti 95%

Závěr: Mezi průměrným počtem bodů respondentek, které zvažují odchod z praxe a respondentek, které o odchodu neuvažují v dimenzi emocionálního vyhoření a depersonalizace **není statisticky významný rozdíl**. Tento závěr přijímáme s jistotou 95% (pravděpodobnost nesprávného závěru je $0,05 = 5\%$).



Hypotéza č. 6: Sestry ani odborné učitelky nemají zatím reálnou možnost prevence syndromu vyhoření

Tuto hypotézu nebylo možné ověřit, neboť v dotaznících ani jedna respondentka neuvedla zaměstnavatelem poskytovanou možnost prevence syndromu vyhoření.



7 DISKUSE

Předem nutno zdůraznit, že výsledky průzkumu nelze zobecňovat, vzhledem k nízkému počtu účastníků dotazníkového šetření.

Mallotová (2000) uvádí, že syndrom vyhoření bývá označován za „fenomén prvních let v zaměstnání“, kdy nováčci jsou plni entuziasmu, nadšení a očekávání, které následně bývá často vystřídáno frustrací, zklamáním a stagnací či apatií. Syndrom vyhoření však podle Mallotové (2000) není jen problémem nováčků. S prodlužujícím se věkem a oddalujícím se odchodem do starobního důchodu se lze setkat na pracovištích se zaměstnanci vyššího věku, kteří se cítí vyhoření. Z toho důvodu je nutné zajistit prevenci syndromu vyhoření pro všechny věkové kategorie. (Mallotová, 2000)

Hypotéza č. 1 předpokládala, že intenzita syndromu vyhoření bude vyšší u sester než u odborných učitelek. Tento předpoklad se statisticky nepotvrdil. Přestože se nepotvrdila statistická významnost rozdílů, výsledky ve shodě s našimi předpoklady ukazují na vyšší míru syndromu vyhoření u zdravotních sester. Zdravotnický personál vykazoval vyšší intenzitu emocionálního vyhoření než odborné učitelky o zanedbatelný rozdíl 0,41 bodu, jak je uvedeno v tab. č. 9 na str. 51. Dále sestry dosáhly (0,11 bodu) vyšší intenzitu depersonalizace než odborné učitelky. Tato skutečnost může být dána tím, že sestry jsou vystavené delší čas své pracovní doby lidskému neštěstí, bolesti, umírání, bezmoci a věkové rozpětí jejich klientů je mnohem vyšší než u žáků. Odborná učitelka je nucena nejen přizpůsobovat se novým změnám, ale také je nucena sama hledat nové cesty a způsoby řešení nejen běžných denních situací. Má také mnohem větší autonomii ve své profesi než sestra. Sestry stále ještě nemají dostatečně rozšířené kompetence a jsou tak odkázány na ordinace lékaře i v situacích, kde by se mohly rozhodovat zcela samostatně, nebo se potýkají s nevyjasněnými principy spolupráce a priorit v pracovních aktivitách, jak uvádí Jobánková a Kvapilová (2007). (Jobánková a Kvapilová, 2007).

I v dimenzi osobního uspokojení mírně dominovaly odborné učitelky, které dosáhly průměrného výsledku vyššího o 0,62 bodu.

K vyššímu pracovnímu vyčerpání sester přispívá skutečnost, že jsou mnohem více vystavené fyzické zátěži než odborné učitelky. Komačková (2009) ve svém výzkumu poukázala na nedostatek technického vybavení ulehčujícího manipulaci s imobilním pacientem, také nedostatek vědomostí a absenci praktických zručností sester při zvládání fyzické zátěže při manipulaci takovými pacienty. Možné řešení lze nalézt



ve zkvalitnění vybavení zdravotnických zařízení, kde sestry manipulují s imobilními pacienty, dostatečným množstvím technických pomůcek a zařízeními pro tyto činnosti.

Nezanedbatelné je řádné proškolení personálu v používání těchto pomůcek a technik. Důležitou roli mohou splnit i odborné učitelky. Na nich je, aby naučily své žákyně a žáky správné, efektivní a bezpečné manipulaci s pacienty a to nejen imobilními.

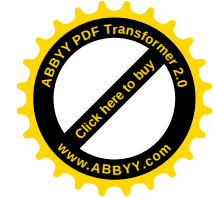
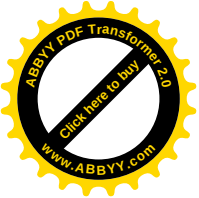
Hypotéza č. 2 předpokládala vyšší intenzitu vyhoření u starších zdravotních sester a odborných učitelek než mladšího kolegyň. Tato hypotéza byla potvrzena statickou analýzou rozptylu.

V úrovni emocionálního vyčerpání jsou zřejmé rozdíly mezi průměrnými odpověďmi mladších a starších dotazovaných. Mladší respondenti dosáhli v odpovědích hodnoty 17,55, což je o 5,31 méně než starší účastníci dotazníkového průzkumu. Tento výsledek může být dán právě prvotním nadšením po nástupu do praxe, které s délkou praxe ustává. Další důvod může být v průběžné kumulaci neřešených pracovních problémů nebo např. neshodách v pracovním kolektivu či pocitu nedostatečného finančního ohodnocení s ohledem na profesní zkušenosti.

Rozdíl v oblasti depersonalizace činí 0,4 ve prospěch mladších respondentů. Zdravotnický personál a odborné učitelky nižšího věku mají také vyšší stupeň osobního uspokojení než jejich starší kolegové, konkrétně o 0,72 bodu. S narůstající délkou praxe respondentek dochází k nižšímu uspokojení z pracovního procesu například stálým opakováním probírané látky se studenty. Zaměstnancům pracujících na pomáhajících pozicích s delší praxí postupně ubývá prvotní zápalení do práce, uspokojení z práce s narůstajícími roky ustává.

Při ověřování závislosti výskytu syndromu vyhoření na rodinném stavu a dětech (**Hypotéza č. 3**) bylo zjištěno, že svobodné bezdětné respondenty vykazovaly vyšší intenzitu emocionálního vyhoření a vyšší pracovní vyčerpání než respondenty vdané s dětmi. Tato hypotéza byla potvrzena statistickou analýzou.

Výsledky svobodných respondentek v oblasti emocionálního vyhoření dosáhly hodnoty o 4,23 bodů vyšší než výsledky vdaných účastnic průzkumu, jejichž odpovědi dosáhly hodnoty 19,71. Vyšší úroveň emocionálního vyčerpání u svobodných účastnic může souviset s chybějící možností sdílet problémy s blízkou osobou, nemožnosti odreagování se s dětmi. Svobodné jsou příliš soustředěny na práci a integrují pracovní problémy do soukromého života. Svobodné respondenty dosahují dle průzkumu také vyššího stupně depersonalizace, jejich odpovědi dosáhly průměru 10,75, to je o 0,95



více než u jejich vdaných kolegyň. Výsledky také naznačují nižší úroveň osobního uspokojení z vykonávané práce u respondentek bez závazků, jde o rozdíl 2 bodů.

Hypotéza č. 4 zjišťovala existenci vztahu mezi výskytem kouření a konzumací alkoholu a intenzitou projevu syndromu vyhoření. Ale její platnost nebyla potvrzena.

Na tomto místě je potřeba říci že syndrom vyhoření nemůže být způsobován konzumací látky (cigarety, alkoholu). Především u alkoholu nelze předpokládat termín závislost, jelikož taková míra by byla neslučitelná s vykonáváním tak náročných povolání jakými práce ve zdravotnictví a školství dozajista jsou. Vysvětlit, stále ale pouze hypoteticky, lze tento jev možnými abstinenciemi projevy (a to z hlediska práce schopnosti v podstatě pouze abstinencí tabáku) které způsobují špatnou náladu, deprese, úzkost, nespavost, neschopnost soustředění, neschopnost odpočívat, podrážděnost, zlost, frustrace, pokles schopnosti zvládat stresové a jiné zátěžové situace.

Hypotéza č. 5 nebyla statisticky potvrzena, nebyla tedy prokázána závislost úvah o odchodu ze zaměstnání v souvislosti s intenzitou syndromu vyhoření.

Zásadního rozdílu mezi skupinami bylo dosaženo u souboru odpovědí týkajících se osobního uspokojení. Rozdíl je v této kategorii reprezentován hodnotou 3,28 bodů. Respondetky, které zvažují odchod dosahují menšího osobního uspokojení ve výše zmiňovaném rozdílu. Nespokojené respondetky mají tedy logicky potřebu hledat pro ně vhodnější zaměstnání, která naplní jejich potřeby.

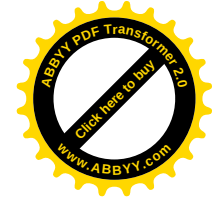
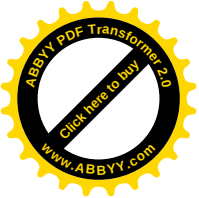
Naopak u respondentek dosahujících nižších hodnot emocionálního vyčerpání a depersonalizace nejsou úvahy opodstatněné.

Hypotéza č. 6 nebyla prokázána ani vyvrácena, jelikož nebylo shromážděno potřebné množství dat a verifikace tudíž nemohla být provedena.

7.1 Doporučení pro praxi

Průzkumem bylo zjištěno, že na pracovištích existuje minimální nebo žádná pravidelná prevence ze strany zaměstnavatele. Proto bychom doporučili následující opatření pro sestry i odborné učitelky:

- Lidem pracujícím na pomáhajících pozicích lze doporučit dodržování zásady správné výživy - dostatek tekutin, vitamínů, minerálů, ovoce a zeleniny, pestrá vyvážená strava, omezit alkohol, černou kávu.



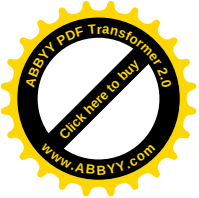
- Zdravotním sestřám, odborným učitelkám a podobným profesím by měl být vlastní aktivní odpočinek, pohyb a dostatek spánku - i při směnném provozu si odpočinout, spánek dlouhý alespoň 8 hod, aktivní odpočinek v podobě sportovních nebo kulturních aktivit, střídat aktivní a pasivní odpočinek, plánovat si svůj čas.
- Zdravotnický personál by měl pracovat na zlepšení své duševní hygieny sebevýchovou, sebepoznáním, autoregulací vlastního myšlení, konativních činností, emocí, pozitivním životním zaměřením, asertivním jednáním s lidmi, relaxačními technikami (relaxace, relaxační trénink, meditace, využití aromaterapie, muzikoterapie, arteterapie), nácvikem psychosomatické koncentrace a uvolnění (Geist, 1992).
- Vhodné by bylo vybudovat fungující sociální síť a sociální oporu v podobě naslouchání jeden druhému, spolupráce s ostatními, podpory a povzbuzování se navzájem, emoční podpory, poskytování si zpětné vazby (náslechy, supervize), podporování rovnocenných vztahů na pracovišti.
- Zaměstnavatel by měl zabezpečit optimální pracovní podmínky, které by měly být jasné, srozumitelné a přijatelné. To lze zajistit ujasněním si pracovních úkolů a hlídáním si vlastních hranic (definované v pracovní smlouvě a pracovním úvazku). S tím souvisí definování dostatečných kompetencí, dovedností a znalostí, které si pracovní úvazek žádá. Neméně důležité je harmonické pracovní místo (fyzikální, chemické, mechanické a personální faktory).

Co může vedoucí nebo zaměstnavatel dělat v případě, kdy pracovník začne vykazovat známky vyhoření?

- Zásadní je oddělení pracovníka od zdroje problému.

Zaměstnavatel může pracovníka dočasně pověřit jinými úkoly, umístit jej na jiné pracoviště nebo jej nechat pracovat s jinými lidmi do té doby, než se jeho stavlepší;

- Zaměstnavatel má možnost zaměstnance propustit, tím mu ovšem většinou příliš nepomůže, protože vnímaný problém vlastního selhání si pracovník odnese s sebou do dalšího pracovního poměru;
- Nejeftektivnějším řešením se proto stále jeví snaha o řešení této osobní krize pomocí přehodnocení svého stavu, s využitím odborné pomoci ve formě



supervize nebo psychologa a pomocí restrukturalizace (alespoň dočasné) pracovního místa.

Jak je vidět, syndrom vyhoření je rizikem pro mnoho profesí. V souboji s tímto nenápadným protivníkem můžeme v roli zaměstnavatele uspět jedině tehdy, když se jej naučíme předvídat a měnit pracovní podmínky ohrožených pracovníků tak, aby jim práci ulehčovaly a ne ztěžovaly" (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

Návrh programu prevence syndromu vyhoření pro zaměstnavatele:

Pravidelné monitorování pracovního prostředí (lx za rok) - fyzikální, chemické podmínky, materiální a přístrojové vybavení, personální obsazení (inventarizace apod.) a následně zajistit dovybavení potřebnými pomůckami.

Pravidelné monitorování interpersonálních vztahů na pracovišti (lx za rok) - využití sociometrických testů nebo firem, které se touto problematikou zabývají.

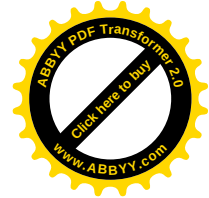
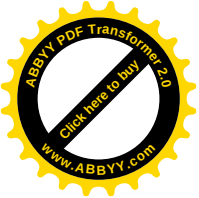
Pravidelné vyhledávání rizikových zaměstnanců - k rychlému celoplošnému vyhledávání lze využít orientační diagnostické testy, které by vyplnili všichni zaměstnanci. K identifikaci by sloužilo osobní či evidenční číslo zaměstnance. Zaměstnavatel by tak získal přehled o rizikových osobách, ale i přehled o rizikových pracovištích. Následovala by opatření zaměřená na konkrétní zdroje emocionálního, psychického, fyzického nebo sociálního vyhoření, tzv. „šitá na míru“.

Využívání supervize na pracovišti - „kdy jde o systematickou pomoc (individuální či skupinovou) při řešení profesionálních problémů v neohrožující atmosféře, která dovolí pochopit osobní, zejména emoční podíl člověka na jeho profesním problému" (Tošner, Tošnerová, 2002).

Aktivní spolupráce s psychologem - zhodnotit spolupráci s ústavním či školním psychologem, psychologem na klinikách nebo externí spolupráce s pedagogicko-psychologickými poradnami, krizovými centry, poradnami primární prevence apod.

Vzdělávání zaměstnanců - zaměřené na:

- problematiku syndromu vyhoření
- nácvik asertivního chování
- nácvik relaxačních technik
- nácvik komunikace s těžce nebo chronicky nemocnými, umírajícími, s pozůstalými, s rodiči těžce nemocného nebo umírajícího dítěte, s agresivním nemocným, s problémovými žáky, s rodiči problémových žáků
- nácvik efektivní - evalvační a neefektivní - devalvační komunikace



- nácvik správné manipulace s těžkými nebo imobilními nemocnými

Podpora aktivit zlepšující interpersonální vztahy, adaptaci nových zaměstnanců, vzájemnou komunikaci v kolektivu prostřednictvím zážitkových kurzů nebo pobyků. Tyto kurzy jsou zaměřené na vzájemné poznávání se, na vzájemnou spolupráci, pomoc slabším, poznání vlastních možností, zlepšuje komunikaci a mezilidské vztahy. Odbourávají napětí, strach a stres.

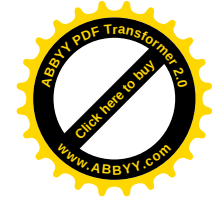
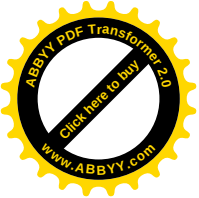
Rekondiční, rehabilitační nebo ozdravné pobyty by měl zaměstnavatel také zvážit.

Pobyty lze podporovat i příspěvky z fondů organizace. Mnoho zaměstnavatelů tuto možnost realizuje, ale někteří zaměstnanci o této možnosti nevědí, tudíž ji nemohou ani využívat.

Nabídka zkráceného pracovního úvazku, nebo úprava pracovní doby pro matky s malými dětmi.

Zřizování mateřských školek v blízkosti zdravotnického zařízení nebo přímo v areálu.

Přehled odborníků, jejich adresy, kontakty a pracovní doba by měly být dostupné na každém pracovišti. Každý zaměstnanec by měl být poučen o tom, kde se nachází a jeho významu.



ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala problematikou syndromu vyhoření čili burnout u vybraných pomáhajících profesí, sester a odborných učitelek středních zdravotnických škol. Snažila se shrnout základní informace o problematice syndromu vyhoření a možnostech jeho prevence.

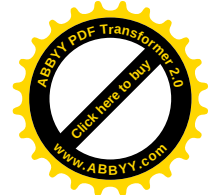
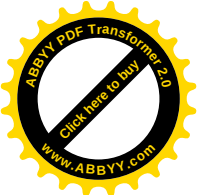
Cílem empirické části diplomové práce bylo porovnat intenzitu výskytu syndromu vyhoření u sester a odborných učitelek, posoudit závislost syndromu vyhoření na rodinném stavu, počtu dětí a zdravotním stavu dotázaných. Důležitým cílem bylo posoudit existenci prevence syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele dotázaných a navrhnout program prevence burnout pro zaměstnavatele.

Průzkumu se zúčastnily sestry z Orlickoústecké nemocnice, a.s., odborné učitelky ze Střední zdravotnické školy v Ústí nad Orlicí, Pardubicích, Chrudimi a Svitavách. K dotazníkovému šetření byl použit celosvětově používaný dotazník MBI obohacený o otázky, které nám umožnily kategorizaci respondentek do skupin pro ověřování jednotlivých hypotéz.

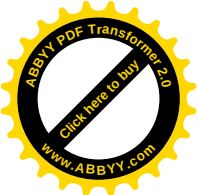
Syndrom vyhoření byl potvrzen u obou skupin dotazovaných, kdy se častěji vyskytoval u sester než u odborných učitelek.

Průzkumem byla zjištěna minimální a zcela nedostatečná prevence syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele. Proto byla snaha navrhnout program prevence syndromu vyhoření. Tento program prevence by se mohl stát návodem pro zaměstnavatele, jak zlepšovat kvalitu práce a spokojenost zaměstnanců.

Výsledky provedeného průzkumu svědčí o tom, že je nutné neustále sledovat a monitorovat výskyt syndromu vyhoření u všech pomáhajících profesí. Zejména je důležité provádět důslednou aktivní prevenci burnout, tj. informovat o nových poznatcích, způsobech diagnostiky a terapie burnout. Sestry i odborné učitelky představují profesně velmi podobné zaměstnání, mají mnoho společného v náplni práce. Mají také relativně dostatek informací z oblasti životosprávy, zdraví a nemoci. Obě profesní skupiny se velmi podílejí na ovlivňování povědomí laické veřejnosti o nutnosti péče o své zdraví a prevenci nemoci. Jak má odborná učitelka vzbuzovat nadšení pro budoucí práci u svých žáků, když je unavená, vyčerpaná, neosobní a bez nadšení. Jak má sestra poskytovat aktivní ošetrovatelskou péči se zájmem, nadšením a úsměvem či radostí, když je fyzicky vyčerpaná, podrážděná a mnohdy neosobní?

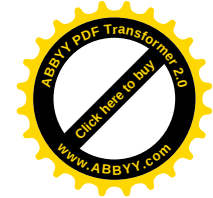
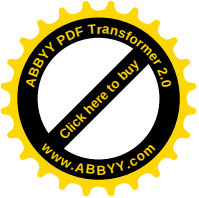


Lze se tedy domnívat, že by měl každý sám na sobě pracovat, vzdělávat se, rozšiřovat své obzory, přijímat život s optimismem, těžké životní situace brát jako výzvu k hledání řešení a poučit se z nich.

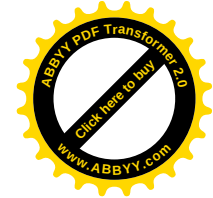
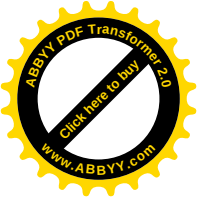


POUŽITÁ LITERATURA

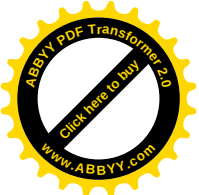
1. BARTLOVÁ, S., 1999: *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*. 4. vyd. Brno: IDVPZ, 1999. 125s. ISBN 80-7013-273-6
2. BARTLOVÁ, S. - JOBÁNKOVÁ, M., 2001: *Syndrom vyhoření na exponovaných pracovištích*. In: *Sestra*. Praha: Mladá frontas. ISSN 1210-0404. 2001, roč. 11, č. 7-8, s. 78-79.
3. BRICHČÍN, S., 1999: Balintovské skupiny - pomoc pomáhajícím. In: *Psychologie dnes*. 1999.[online] [citované 2009-17-10]. Dostupné na: www.pf.jcu.cz/stru/katedry/pgps/balint.rtf
4. FARKAŠOVÁ, D. a kol., 2006: *Ošetrovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Vydavatelství Osvěta, 2006. 21 ls. ISBN 80-8063-227-8
5. GEIST, B., 1992: *Vzdorujeme stresu. Autogenní trénink duševních sil*. 1. vyd. Praha: ROAD PRAHA, 1992. 63s. ISBN 80-85385-26-0
6. HENNIG, C. - KELLER, G., 1996: *Antistresový program pro učitele: projevy, příčiny a způsoby překonání stresu z povolání*. 1. vyd. Praha: Portál, 1996. 96s. ISBN 80-7178-093-6
7. HLAVÁČOVÁ, M. - NOVOTNÁ, H., 2006: Syndrom vyhoření bohužel není minulostí. In: *Sestra*. Praha: Mladá fronta a. s. ISSN 1210-0404. 2006. roč. 16, č.3, s. 23-24
8. HONZÁK, R., 2008: Burnout syndrom. In: *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s. ISSN 1210-0404. 2008. roč. 18, č.4, s. 27-28
9. CHRÁSTKA, M., 1998: *Základy výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1998. 257s. ISBN 80-7067-798-8
10. JANKOVSKÝ, J., 2003: *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6
11. JAROŠOVÁ, D., 2000: *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133s. ISBN 80-85866-55-2
12. JEKLOVÁ, M. - REITMAYEROVÁ, E., 2006: *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32s. ISBN 80-86991-74-1
13. JOBÁNKOVÁ, M. - KVAPILOVÁ, J., 2007: Zdroje psychosociální zátěže v sesterské profesi. In: *Sestra*. Praha: Mladá fronta a. s. ISSN 1210-0404. 2007. roč. 15, č.7-8, s. 18-19



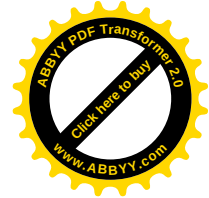
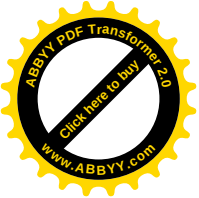
14. KEBZA, V., 2009: MBI - Maslachové dotazník syndromu vyhoření. In: *Psychodiagnostika - s.r.o.* 2009. [online] [citované 2009-16-10]. Dostupné na: <http://www.psychodiagnostik.ao.cz/cz/Katalogj3opis.asp?kod=331&ZozArg=l&Kateg=1>
15. KEBZA, V.; ŠOLCOVÁ, I.: *Syndrom vyhoření*. 2. doplněné vydání. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003. 26 s
16. KOMAČEKOVÁ, D., 2009: Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče - prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. In: *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s. ISSN 1210-0404. 2009. roč. 19, č.7-8, s. 26-28
17. KŘIVOHLAVÝ, J., 1994: *Jak zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1994. 190s. ISBN 80-7169-121-6
18. KŘIVOHLAVÝ, J., 1998: *Jak neztratit nadšení*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 136s. ISBN 80-7169-551-3
19. KŘIVOHLAVÝ, J., 2001: *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 280s. ISBN 80-7178-774-4
20. KŘIVOHLAVÝ, J. - PEČENKOVÁ, J., 2004: *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 80s. ISBN 80-247-0784-5
21. KYRIACOU, Ch., 2004: *Klíčové dovednosti učitele: cesty k lepšímu vyučování*. 2.vyd. Praha: Portál, 2004. 155s. ISBN 80-7178-965-8
22. MAGNUSSON, A. - GOODING, S., 1997: Ochrana zdraví sestry. In: *LEMON* 3. WHO, Regionální úřadovna pro Evropu, 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 155s. ISBN 80-7013-244-2
23. MALLOTOVA, K., 2000: Burn-out nebo-li syndrom vyhoření. In: *Psychologie dnes*, Praha: Portál, ISSN 1211-5886. 2000. roč. 6, č. 2, s. 14-15
24. MAREČKOVÁ, J. - VALENOVÁ, L., 2000: Syndrom vyhoření a sledování jeho výskytu u zdravotních sester. In: *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí. Sborník příspěvků II. konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 142s. ISBN 80-86257-21-5
25. NEUMANNOVÁ, L. - PAULÍNOVÁ, L., 2008: *Psychologie pro tebe*. 3. vyd. Praha: Informatorium, 2008. 218s. ISBN 978-80-7333-068-2
26. PAVELKA, F.; KLÍMEK, P.: *Aplikovaná statistika*. Zlín : VUT Brno, 2000. 131 s. ISBN 80-214-1545-2.
27. PETERKOVÁ, M., 2009: Syndrom vyhoření. In: *Psychoweb.cz*. 2009 [online] [cit. 2009-13-10]. Dostupné na: <http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/>



28. PRŮCHA, J., 2002/a: *Učitel: současné poznatky o profesi*, 1.vyd. Praha: Portál s. r. o., 2002/a. 160s. ISBN 80-7178-621-7
29. PRŮCHA, J., 2002/b: *Moderní pedagogika*. 2. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2002/b. 48 ls. ISBN 80-7178-631-4
30. SNOPKOVA, I., 2007: Burn-out čili syndrom vyhoření. In: *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s. ISSN 1210-0404. 2007. roč. 17, č.7-8, s. 37-38
31. STAŇKOVÁ, M., 1996: *Základy teorie ošetrovatelství. Učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 1996. 193s. ISBN 80-7184-243-5
32. TOŠNEROVÁ, T. - TOŠNER, J., 1999: *Burn-Out syndrom (Syndrom vyhoření)*. In: *Řízení lidských zdrojů*. Praha: AGNES 1999, s. 90-114, ISBN 80-902633-4-8
33. TOŠNEROVÁ, T. - TOŠNER, J., 2002: *Burn-Out syndrom, syndrom vyhoření, pracovní sešit pro účastníky kurzů*. 2002. [online] [citované 2009-13-10]. Dostupné na: www.socialni-prace.wu.cz/burnout-tosner.doc
34. VÁŇA, P. - HEPNEROVÁ, J., 2008: Syndrom vyhoření může být příčinou fluktuace a chyb zdravotníků. In: *Zdravotnické noviny*. 2008. [online] [citováno 2009-15-10]. Dostupné na: <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=397466>
35. Vyhláška č. 424/2004 Sb: Činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, [online] [citované 2009-18-10]. Dostupné na: <http://legislativa.mzcr.cz/Pages/36-zdravotnicke-povolani-a-odborna-vychova.html>
36. Vyhláška č. 401/2006 Sb.: Změna vyhlášky o činnosti zdravotnických pracovníků. [online] [citované 2009-18-10]. Dostupné na: [http://portal.gov.cz/wps/portal/s.l55/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/s155/7017PC 8411 numberl=401/2006&PC 8411 b=401/2006&PC 8411 ps=10#108](http://portal.gov.cz/wps/portal/s.l55/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/s155/7017PC%208411%20numberl=401/2006&PC%208411%20b=401/2006&PC%208411%20ps=10#108)
37. WHO, 2008: *Mezinárodní klasifikace nemocí. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize*. 1. vyd. Praha: Bomton agency. s.r.o., 2008. 680s. ISBN 978-80-904259-0-3
38. WIKIPEDIA, 2009: Herbert Freudenberg. In: *Wikipedia, otevřená encyklopedie* 2009.[online] [cit. 2009-15-10]. Dostupné na: http://cs.wikipedia.org/wiki/Herbert_Freudenberg



39. WIKIPEDIA: Sisyfos. In *Wikipedia : the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida) : Wikipedia Foundation, 2005, last modified on 2009 [cit. 2011-03-14]. Dostupné z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Sisyfos>>.
40. WIMMEROVÁ, M., 2006: *Syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků pracujících v léčebnách pro dlouhodobě nemocné klienty a zařízeních pro seniory*: rigorózní práce. Trnava: Fakultě zdravotnictva a sociálnej práce Trnavské univerzity, 2006. 107s.
41. ZACHAROVÁ, E., 2008: Syndrom vyhoření v klinické praxi. Florence. Praha: Galén, spol. s r. o. ISSN 1801-464X. 2008. roč.4 č. 7-8, s.
42. Zákon č. 563/2004 Sb.: O pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, [online] [citované 2009-18-10]. Dostupné na: <http://www.msmt.cz/dokumenty/zakon-o-pedagogickych-pracovnicich-a-o-zmene-nekterych-zakonu>



PŘÍLOHY

Vážené kolegyně, zdravotní sestry,

jmenuji se Lucie Hluchá, jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické obory. Chci vás poprosit o vyplnění dotazníku, který bude součástí mé diplomové práce. Ta má zmapovat výskyt syndromu vyhoření ve zdravotnické a pedagogické praxi.

U otázek je nabídnuto několik odpovědí. Tu, kterou zvolíte a která nejlépe vystihuje vaši situaci, označte křížkem. Dotazník je zcela anonymní a diskrétní, proto Vás prosím o upřímnost, která zajistí objektivnost průzkumu.

Mnohokrát děkuji za Vaši spolupráci

Bc. Lucie Hluchá

Příloha č. 1: Dotazník použitý pro průzkum

MBI		
Síla pocitů:	Vůbec	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně
1	Práce mne citově vysává	
2	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil	
3	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a	
4	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů	
5	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi	
6	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.	
7	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů	
8	Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce	
9	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a naladuji.	
10	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem	
11	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým	
12	Mám stále hodně energie	
13	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení	
14	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává	
15	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty	
16	Práce s lidmi mi přináší silný stres	
17	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru	
18	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty	
19	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého	
20	Mám pocit, že jsem na konci svých sil	
21	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.	
22	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy	

Příloha č. 2: Standartizovaný dotazník MBI, který byl použit k dotazníkovému šetření

1	EE	Práce mne citově vysává
2	EE	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil
3	EE	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a.
4	PA	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů
5	DP	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi.
6	EE	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.
7	PA	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů
8	EE	Cítím "vyhoření", vyčerpání ze své práce
9	PA	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a nalad'uji.
10	DP	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem
11	DP	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým
12	PA	Mám stále hodně energie
13	EE	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení
14	EE	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává
15	DP	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty
16	EE	Práce s lidmi mi přináší silný stres
17	PA	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru
18	PA	Cítím se svěžší a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty
19	PA	Za roky své práce jsem udělal/a hodně dobrého
20	EE	Mám pocit, že jsem na konci svých sil
21	PA	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.
22	DP	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy

Příloha č. 3: Řazení otázek v dotazníku MBI

Obecná část:

1. Zaměstnání

- ☐ sestra / ošetřovatel ☐ učitel/ka

2. Pohlaví:

- ☐ muž ☐ žena

3. Věk:

- ☐ 19 – 29 ☐ 30 – 39 ☐ 40 – 49 ☐ 50- 59 ☐ 60 a více

4. Rodinný stav:

- ☐ svobodná/ý ☐ vdaná/ženatý ☐ rozvedená/ý ☐ ovdovělá/ý
☐ ve vztahu

5. Počet dětí:

- ☐ jedno ☐ dvě ☐ tři ☐ více ☐
bezdětná/ý

6. Délka praxe ve zdravotnictví (jste-li sestra), ve školství (jste-li učitelka):

- ☐ do 5 let ☐ 6 – 10 let ☐ 11 – 15 let ☐ 16- 20 let ☐ 21
a více let

7. Kouříte?

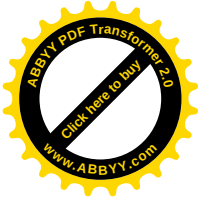
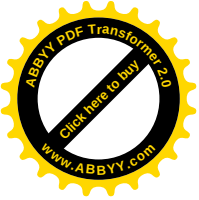
- ☐ Ne ☐ Ano

8. Konzumujete alkohol?

- ☐ nikdy ☐ příležitostně ☐ víc než 2krát týdně ☐ denně

9. Zvažujete odchod zaměstnání?

- ☐ ano ☐ ne



10. Považujete prevenci syndromu vyhoření za důležitou?

- ☐ ano ☐ ne ☐ nevím

11. Realizuje Váš zaměstnavatel preventivní programy syndromu vyhoření?

- ☐ pravidelně ☐ občas ☐ nerealizuje

12. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO, o jakou formu jde?

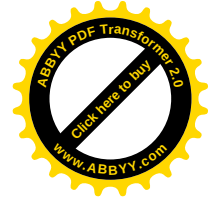
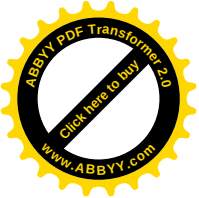
- ☐ Semináře, školení
- ☐ praktický nácvik asertivního chování
- ☐ možnosti odborné psychologické pomoci na pracovišti
- ☐ rekondiční pobyt hrazený zaměstnavatelem

Prosím zkontrolujte, zda jsou zodpovězeny všechny otázky.

**Děkuji za Váš čas a přeji Vám mnoho
úspěchů v pracovním i osobním životě.**

Lucie Hluchá

Příloha č. 5: Dotazník použitý pro průzkum



Dotazník BM – psychického vyhoření

Tímto dotazníkem můžeme změřit míru vlastního psychického vyhoření. Při vyplňování použijte prosím níže uvedeného odstupňování. Pro účely tohoto zkoumání se zaměřte na předcházející období 1 roku.

- | | | |
|---------------------|-------------|---------------|
| 1 ... nikdy | 4 ... někdy | 5 ... často |
| 2 ... jednou za čas | | 6 ... obvykle |
| 3 ... zřídka kdy | | 7 ... vždy |

- | | |
|---|---------|
| 1. Byla jsem unavena. | () |
| 2. Byla jsem v depresi (tísni). | () |
| 3. Prožívala jsem krásný den. | () |
| 4. Byla jsem tělesně vyčerpaná. | () |
| 5. Byla jsem citově vyčerpaná. | () |
| 6. Byla jsem šťastná. | () |
| 7. Cítila jsem se vyřízená (zničená). | () |
| 8. Nemohla jsem se vzchopit a pokračovat dále. | () |
| 9. Byla jsem nešťastná. | () |
| 10. Cítila jsem se uhoněná a utahaná. | () |
| 11. Cítila jsem se jako uvězněná v pasti. | () |
| 12. Cítila jsem se jako bych byla nula (bezpečná). | () |
| 13. Cítila jsem se utrápená. | () |
| 14. Tížily mne starosti. | () |
| 15. Cítila jsem se zklamaná a rozčarovaná. | () |
| 16. Byla jsem slabá a na nejlepší cestě k onemocnění. | () |
| 17. Cítila jsem se beznadějně. | () |
| 18. Cítila jsem se odmítnuta a odstrčena. | () |
| 19. Cítila jsem se plná optimismu. | () |
| 20. Cítila jsem se plná energie. | () |
| 21. Byla jsem plná úzkosti a obav. | () |

Příloha č. 6: Dotazník BM