

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

Magisterské kombinované studium
2010 – 2012

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Jitka Semencová

Syndrom vyhoření – teorie a praxe

Praha 2012

**Vedoucí diplomové práce:
Ph.Dr. Pavel Beňo**

JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE

Combined Studies
2010 - 2012

DIPLOMA THESIS

Bc. Jitka Semencová

Burnout – theory and practice

Prague 2012

**The diploma thesis work supervisor:
Ph.Dr. Pavel Beňo**

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno autora/ky

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Ph.Dr. Pavlu Beňovi za ochotu a vstřícnost při vedení mé diplomové práce.

Anotace

Diplomová práce se zabývá Syndromem vyhoření a jeho výskytem na konkrétním pracovišti, kterým je zdravotnické zařízení. V teoretické části dochází ke shrnutí již zjištěných poznatků. Co ovlivňuje vznik syndromu vyhoření, jeho příčiny a fáze. Zamýšlí se nad tlakem dnešní společnosti a důsledky, které tento tlak na jednotlivce vyvolává. Komplexnost pohledu zahrnuje i odlišení syndromu vyhoření od jiných negativních psychických jevů. Je zde zohledněna i otázka prevence syndromu vyhoření a zvládání stresových situací. V praktické části pak dochází k průzkumu, jaký je výskyt syndromu vyhoření v konkrétní praxi a odhalení možných příčin jeho vzniku.

Klíčové pojmy

Depersonalizace, dotazník, emocionální vyčerpání, osobnost, pracovní spokojenost, prevence, průzkum, sociální opora, sociální vztahy, společnost, stres, syndrom vyhoření

Annotation

This Magister's thesis deals with burnout syndrome and its occurrence at a specific workplace, which in this case is a medical facility. In the theoretical section of the thesis, the existing scientific knowledge is summarised – what affects the emergence of burnout syndrome, its causes and stages. The author speculates about the pressures of contemporary society and about the consequences that such pressures can have on an individual. The complexity of this perspective encompasses a differentiation between the burnout syndrome and other negative psychological effects as well. The issue of the prevention of burnout syndrome and the handling of stressful situations is also addressed here. In the practical section of the thesis, a survey is being conducted, which handles the topic of the occurrence of burnout syndrome in practice and attempts to find its possible causes.

Key words

Depersonalisation, questionnaire, emotional exhaustion, personality, job satisfaction, prevention, exploration, psychotherapy, social relations, society, stress, burnout syndrome

OBSAH

ÚVOD.....	9
-----------	---

TEORETICKÁ ČÁST

1. Co je syndrom vyhoření.....	11
1.1. Historie.....	13
1.2. Definice syndromu vyhoření	15
2. Co ovlivňuje vznik syndromu vyhoření.....	18
2.1. Osobnost	19
2.2. Zaměstnání.....	24
2.2.1. Úloha vedení a řízení podniku	28
2.3. Společnost.....	29
3. Odlišení syndromu vyhoření od jiných psychických jevů.....	31
3.1. Stres	31
3.2. Deprese	38
3.3. Únava.....	40
3.4. Odcizení.....	41
4. Příznaky vyhoření	42
5. Fáze vyhoření.....	45
6. Syndrom vyhoření u lékařů.....	48
6.1. Dopady na systém zdravotnictví.....	51
7. Syndrom vyhoření v profesy zdravotní sestry	53
8. Prevence.....	56
8.1. Sociální opora	57
8.2. Prevence na pracovišti	58
8.3. Prevence a duševní hygiena u lékařů	60
8.4. Prevence a duševní hygiena u zdravotní sestry	63
9. Léčba syndromu vyhoření	66

10. PRAKTICKÁ ČÁST

10.1. Výběr respondentů.....	67
10.2. Diagnostická metoda syndromu vyhoření	69
10.3. Dotazník odhalení příčin syndromu vyhoření	70
10.4. Stanovení hypotéz.....	71

10.5. Zpracování empirických dat	72
10.5.5. Vyhodnocení syndromu vyhoření u lékařů.....	72
10.5.2. Vyhodnocení syndromu vyhoření u sester.....	73
10.5.3. Vyhodnocení syndromu vyhoření u administrativních pracovníků.....	74
10.5.4. Vyhodnocení syndromu vyhoření ve zdravotnické části dle délky praxe	75
10.5.5. Vyhodnocení syndromu vyhoření u administrativní části dle délky praxe ...	78
10.6. Vyhodnocení možných příčin syndromu vyhoření.....	80
10.6.1. Vyhodnocení spokojenosti se svou prací.....	81
10.6.2. Vyhodnocení oblasti pracovního kolektivu – vztahů na pracovišti.....	83
10.6.3. Vyhodnocení oblasti hodnocení nemocnice jako zaměstnavatele	84
10.7. Vyhodnocení hypotéz	86
10.8. Diskuse nad výsledky průzkumu	96
10.8.2. Identifikace rezerv a návrhy na řešení	99
10.8.3. Typy a rady pro zaměstnance	100
ZÁVĚR	102
SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ	103
SEZNAM POUŽITÉ ZAHRANIČNÍ LITERATURY A PRAMENŮ	106
SEZNAM TABULEK.....	107
SEZNAM GRAFŮ	108
SEZNAM PŘÍLOH.....	110

ÚVOD

Diplomová práce nese název Syndrom vyhoření – teorie a praxe. Stres a syndrom vyhoření jsou epidemií nové doby. Články v odborných publikacích a závěry četných výzkumů upozorňují na alarmující statistiky a důsledky působení dlouhodobého stresu. Není to jen zdravotní hledisko, ale i zvýšené náklady pro společnosti kvůli častým absencím, pracovním úrazům, nízké produktivitě a problémům s morálkou. Při nástupu do zaměstnání máme nejprve chuť do práce, odhodlání, spoustu nápadů a energické rozhodování. Později však nečekané problémy se soustředěním, stohy nesplněných úkolů, poruchy spánku, popudlivost či naprosté vyčerpání. Chronicky vyčerpaní jedinci si varovné signály obvykle nepřipouštějí a tají je i před okolím. Zejména když ze své pozice mají pomáhat jiným, protože jim nepřipadá vhodné, aby si stěžovali na zpočátku relativně mírné příznaky, jako jsou úzkost, strach, únava, slabost, nervozita, neschopnost koncentrace, poruchy spánku, bolesti hlavy a podobně. Nechtějí dát najevo, že si nevědí rady sami se sebou, když pracují s lidmi, kteří mají daleko horší problémy. Výsledná choroba je pak bolestivý proces, který negativně ovlivňuje práci, zdraví, mezilidské vztahy, trávení volného času a sebevědomí, spolu se schopností podávat dobré pracovní výkony.

Diplomová práce se zabývá právě tímto jevem. Je zaměřena na zdravotnické zařízení, protože pracuji jako personalistka v Thomayerově nemocnici a jsem v denním kontaktu se zdravotníky, kteří patří do jedné z nejohroženějších skupin, které se syndrom vyhoření týká.

Cílem práce je odhalení skutečného stavu – syndromu vyhoření na konkrétním pracovišti, kterým je zmiňovaná nemocnice a pokusit se i odkrýt možné příčiny jeho vzniku. V současné době je syndrom vyhoření autory popsán. Víme, jak se projevuje, ale otázka zní jaká je situace a důsledky v konkrétní praxi.

Teoretická část diplomové práce seznamuje s tímto fenoménem dnešní uspěchané doby. Jeho historií, popisem a definicí. Zamýšlí se nad faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření a odlišuje jej od jiných psychických jevů. Značná pozornost je zde věnována stresu, který je nepochybně jednou z hlavních příčin jeho vzniku. Důležitou částí této práce jsou kapitoly věnované lékařské profesy a profesy zdravotní sestry. Jsou zde vyjmenovány nejvíce ohrožující faktory práce zdravotnického profesionála, které vedou k možnému rozvoji syndromu vyhoření. Stejně tak jsou zde zmíněny možnosti prevence a léčby syndromu vyhoření.

V praktické části této práce se snažíme odpovědět si na otázku: Do jaké míry je syndrom vyhoření zastoupen na konkrétním pracovišti? A pokoušíme se odhalit rizikové faktory a možnou příčinu vzniku syndromu vyhoření právě v tomto zařízení. Průzkum je rozdělen do dvou částí. První je zaměřena na zdravotnickou část sestry a lékaře. Této části je věnována větší pozornost, což vyplývá již z charakteru pracoviště, zaměřujeme se zejména na chirurgické obory, kde je předpoklad, který je v praxi často potvrzen, že právě lékaři, kteří se věnují chirurgii, se po delším čase v praxi stávají emočně tvrdými. Pro komplexnost pohledu je druhá část průzkumu věnována nezdravotnické části nemocnice což jsou administrativní pracovníci, kde vyvstává otázka zda nakonec není větší výskyt syndromu vyhoření právě v této části nemocnice. A to z důvodu současné situace, kdy je Česká republika i celá Evropa zmítána ekonomickou krizí. Porovnáním zdravotnické a nezdravotnické části se tato diplomová práce snaží ukázat a vystihnout současnou situaci v této oblasti a poskytnout podklady k zamyšlení.

1. Co je syndrom vyhoření?

Syndrom vyhoření je poměrně známý jev. Postihuje motivované lidi, kteří vstupují do zaměstnání plni ideálů a očekávání. Není člověka, který by nebyl ohrožen. Pro názornost uvedeme příklad z praxe:

Jana nastoupila do nového zaměstnání na pozici všeobecné sestry. Zpočátku jí práce připadala velmi zajímavá, kolegové byli příjemní a celková atmosféra na oddělení byla skvělá. Svěřené úkoly si vždy svědomitě plnila. Po nějakém čase došlo k reorganizaci oddělení, přišla nová vrchní sestra. Řada jejích kolegyně odešla na jiné oddělení nebo dostali výpověď z důvodu nadbytečnosti. Jana se bála o práci, kterou měla ráda a tak se snažila své úkoly plnit svědomitě a aby ukázala svou výkonnost brala i služby za nemocné kolegy. Práce přibývalo, úkoly se vršily, narůstaly i hodiny, které trávila v práci přesčas. Její rodina začala trpět její nepřítomností. Nové vedení se ukázalo jako přísně direktivní, neuznávalo vlastní iniciativu a myšlení. Jana měla najednou pocit, že je strašně unavená. Padal na ni smutek. Úkoly, které měla plnit jí nešly od ruky. Začali se množit stížnosti na její práci. V noci se budila ze spánku s pocitem, že určitě na nějaký úkol zapomněla nebo ho udělala špatně. Postupně přicházeli bolesti hlavy a zad. Každý nepatrný podnět ji hned rozčiloval. Začala dělat chyby. Zahlcovali jí pocity marnosti. Byla častěji než dříve v pracovní neschopnosti. Výsledkem byly pomluvy a podezřívání. Postupně dospěla ke snížení pracovního výkonu a fyzickému i psychickému vyčerpání.

Prof. J. Křivohlavý ve své knize „*Psychologie zdraví*“ uvádí výrok autorské dvojice Ayala Pinesová a Elliot Aronson, který je vyňat z knihy *Career Burnout – Causes and Cures* (1988):

„Vyhoření je formálně a subjektivně prožíváno jako stav fyzického, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobené dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné.

Tato emocionální náročnost je nejčastěji způsobena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy“¹

Můžeme si položit otázku: Je syndrom vyhoření nemoc?

Podle ICD (Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace WHO) je vyhoření zařazeno do doplňkové kategorie diagnóz a není tedy klasifikováno jako nemoc.²

Přestože syndrom vyhoření představuje skupinu specifických symptomů, není zatím v české výzkumné ani klinické praxi chápán jako diagnostická kategorie ve smyslu samostatné nosologické jednotky a přes prokazatelně negativní vliv na pracovní výkon není klasifikován jako nemoc z povolání³

Nikdo není imunní proti pracovnímu vyhoření. Kdokoliv v jakémkoli zaměstnání, na jakékoli úrovni se může stát kandidátem na pracovní vyhoření. Lidé, kteří pokládají své zaměstnání za posilující a povzbuzující i ti mohou prožívat silný stres. Jejich motivace k práci je silná. Naopak vyhoření patří k motivačním problémům, kdy nadšení umírá a práce se stává bezduchou dřinou⁴.

Vyhoření je charakterizováno:

- Únavou – výrazná je především únava emoční, která se projevuje pochybovačnou nedůvěrou a necitlivou otrlostí ve vztahu k lidem, jimž má postižený pracovník pomáhat.
- Bezmocností a beznadějí – budoucnost postižený pracovník vidí černě. Na rozdíl od člověka depresivního viní své okolí a jeho nenálada se omezuje vesměs na pracovní okruh

¹ KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Psychologie zdraví*, Praha: Portál, 2001, s. 113

² STOCK, Christian, *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*, Praha: Grada Publishing, 2010, s. 14

³ KEBZA, Vladimír ŠOLCOVÁ, Iva, *Syndrom vyhoření*, Praha: SZÚ, 2003, s. 11

⁴ POTTEROVÁ, A, Beverly. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání*, Olomouc: Votobia, 1997, s. 12

- Plíživostí – vyhasínání trvá zpravidla několik let. Je dobré se, aby se pomáhající pracovníci pohybovali v systému, kde si jejich problému někdo všimne – spolupracovník, supervizor⁵.

Jak bylo zmíněno k vyhoření nedochází přes noc. Má kumulativní průběh, začíná malými varovnými signály, které, když se ponechají bez povšimnutí, mohou přerůst v hlubokou a trvající hrůzu z toho, že člověk má jít do práce.

1.1. Historie

„Syndrom vyhoření“ je překladem anglického „*burn out syndrome*“ lze volně přeložit jako vyhořet, vypálit, vyhasnout, vyčerpat, vyprahlost. V českých překladech převládl a v povědomí lidí našel své místo výraz vyhoření.

Podle J. Křivohlavého jej první zavedl do literatury v USA v letech 1974–1975 psychiatr H. J. Freudenberger, který pracoval v agentuře pro alternativní zdravotní péči. Pojem byl použit v jeho v článku "*Staff burnout*" publikovaném v časopise „*Journal of Social Issues*“. Kde autor poukazuje nato, že mnoho pracovníků této agentury prožívalo postupné emoční vyčerpání, ztrátu motivace a pracovního zaujetí. Tento proces byl doprovázen různými psychickými a tělesnými potížemi, přičemž se ukázalo, že nejde o abnormální chování několika jedinců, ale o širší sociální kontext.

Definoval jej takto:

„Vyhoření je konečným stádiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své hnací síly).“⁶

⁵ BAŠTECKÁ, B., a kol., *Klinická psychologie v praxi*, Praha: Portál, 2003, s. 138

⁶ KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Psychologie zdraví*, Praha: Portál, 2001, s. 116

Tím byl položen základní podnět ke zkoumání této problematiky. Faktem je, že dokud nebyl tento jev označen a pojmenován, příliš se nezkoumal. K expanzi zkoumání dochází právě v sedmdesátých letech.

Rešerše provedená v databázi Medline ukázala, že z nejpłodnějšího období (tj. od počátku do druhé poloviny osmdesátých let, konkrétně pak v letech 1982 – 1987) pochází celkem dvěstěsedm psychologicko - medicínsky orientovaných studií. Přes skutečnost, že počet ročně publikovaných prací již nyní nedosahuje úrovní z „nejproduktivnějších“ let, nelze se domnívat, že by syndrom vyhoření přestal být aktuálním tématem. Tato tendence je ve vědě obecně platná a vyjadřuje především aktuálnost tématu v prvních letech. Burnout syndrom se nyní jako relativně nový fenomén objevuje především v zemích, procházejících od přelomu osmdesátých a devadesátých let dvacátého století rozsáhlými transformačními změnami, kde syndrom vyhoření rozšiřuje okruh problémů souvisejících se zvládáním stresu občanů, vyrovnávajících se s důsledky těchto transformačních kroků. Současné je však zkoumán v souvislosti s výskytem finančních a ekonomických krizí, jako významný prvek. Začíná být dosazován do širších společenských souvislostí a zároveň se v tomto kontextu hledají nové vztahy ovlivňující jeho vznik a rozvoj a nové diagnostické a intervenční možnosti. V České republice je tomuto tématu intenzivně věnována pozornost posledních asi deset let⁷

Podle České společnosti pro rozvoj lidských zdrojů, přináší právě doba ekonomické krize zvýšené nebezpečí. Případů syndromu vyhoření stále přibývá, důvodem mohou být podle odborníků také rostoucí nároky na pracovníky plynoucí ze snižování počtu zaměstnanců, kdy ti „šťastnější“, kteří zůstali, musejí při stejných mzdových podmínkách odvést práci i za propuštěné kolegy.

⁷ KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva, *Syndrom vyhoření*, Praha: SZÚ, 2003, 7s

1.2. Definice syndromu vyhoření

Řada autorů se pokusila ujasnit a definovat tento jev, J. Křivohlavý ve své knize „*Jak neztratit nadšení*“ uvádí hned několik výroků psychologů, kteří se jevem burnout zabývali několik let.

- „*Burnout je reakcí na práci, která člověka mimořádně zatěžuje. Burnout je situací totálního (úplného) vyčerpání sil. Burnout je pocitem člověka, který došel k závěru, že již nemůže jít dále*“ (Cary Chernis)
- „*Burnout není výsledek dlouhotrvajícího stresu, je to spíše důsledek selhání procesů adaptace (schopnosti a možnosti vyrovnat se s těžkou situací). Burnout je stav chronického špatného fungování*“ (Helena Sek)
- „*Burnout je stav vyplenění všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka (např. lidí, kteří se snaží druhým lidem v jejich těžkostech pomoci a pak se cítí samo přemoženi jejich problémy).*“ (Henrich Freudenberger)
- „*Burnout je stavem totálního odcizení (alienation) a to jak v práci, tak k druhým lidem i sama sobě.*“ (Carol J. Alexandrová)
- „*Burnout je kritický stav člověka, který má problémy s udržováním dobré úrovně zdravého sebe-hodnocení, sebe-cenění a sebe-pojetí (self-esteem).*“ (Donald Hay)
- „*Burnout je emoční vyprahlost. Je ztrátou smyslu pro zaujetí pracovní činností. Burnout je vystupňovaná nespokojenost ze ztráty iluzí (disilusion-ment).*“ (Řehulka)

Popisné definice:

- „*Burnout je proces při němž dochází 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 se snaží uspokojit takovato nerealistická očekávání, která mu někdo jiný stanoví.*“ (Edelwich a Richelson)

Zralé definice:

- *„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.“ (Agnes Pines a Elliot Arosen)*

Tato autorská dvojice nejen definovala burnout, ale vytvořila i nástroje, kterým je možno burnout měřit. Tak byl navržen dotazník BM-Burnout Measure – Měřítka syndromu vyhoření. Tento dotazník umožňuje měřit intenzitu celkového vyčerpání, tj. vyčerpání fyzického, emocionálního a mentálního. Je to druhý nejčastěji ve světě používaný nástroj k měření syndromu burnout.

- *„Burnout je syndromem emocionálního vyčerpání, depersonalizace, a sníženého osobního výkonu. Dochází k němu tam, kde lidé pracují s lidmi, tj. tam, kde se lidé věnují potřebným lidem. Burnout může vést ke snížení kvality a kvantity práce nebo služby, která je lidem poskytována. Burnout je faktorem, který úzce souvisí s fluktuací a absencí. Souvisí i s nízkou morálkou a s pracovní nespokojeností. Burnout souvisí i s fyzickou vyčerpaností, nespavostí, zvýšenou konzumací alkoholu a drog. Psychické vyčerpání souvisí i s manželskými problémy typu ztráty zamilovanosti a uhasínání manželské lásky.“ (Malach a Jackson)*

Autorská dvojice Malach a Jackson vypracovala i nástroj, kterým se burnout dá měřit. Jde o dotazník MBI- Malach Burnout Inventory. Ten má celkem 22 otázek vztahující se k výše uvedeným třem faktorům emocionálního vyčerpání, depersonalizaci a sníženému pracovnímu výkonu.⁸ Tento dotazník je použit v praktické části diplomové práce.

Je zjištěno, že syndromem vyhoření trpí značná část populace. Proto se dostává do popředí pozornosti širší veřejnosti a je často psychology zjišťován a

⁸ KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Jak neztratit nadšení*, Praha: Grada Publishing, 1998, s. 47-50

popisován. Odborníkům se podařilo poodhalit roušku, která ukryvala pravou podstatu syndromu vyhoření, kde se ukázalo, že jeho celospolečenský rozměr je nepopíratelný a zcela souvisí se životním stylem, společenskými trendy a zejména zaměstnáním.

Princip syndromu vyhoření psychologové obrazně přirovnávají k silně hořícímu ohni, který živí velká motivace a elán. Postupně, však dochází k jeho dohořívání až uhasnutí, protože jej již nemá co živit. Vyhoření je důsledkem stresu, emocionální únavy, frustrace a vyčerpání, k nimž dochází v důsledku toho, že sled určitých událostí týkajících se vztahu, poslání, životního stylu nebo zaměstnání nepřinese očekávané výsledky při maximálním, mnohdy až extrémním nasazení jedince.

2. Co ovlivňuje vznik syndromu vyhoření?

Názory na to, zda je tendence k vyhoření více osobnostně podložena či zda je způsobena hlavně vnějšími podmínkami, se různí. Víceméně je přijímán názor, že syndrom vyhoření je výsledkem střetu určitých osobnostních (psychických) a fyzických dispozic, úrovně sociability a sociální opory, schopnosti čelit stresu a zvládat jej, s působením a to především chronické povahy.⁹

Skutečnosti přispívající k vyhoření můžeme rozdělit na psychické i tělesné.

Na úrovni psychické:

- negativní myšlení - člověk nenalézá nebo ztrácí v každodenní práci smysl (nedostatek smyslu je někdy příčinou, jindy důsledkem vyhoření)
- neúčinné strategie zvládání stresu, a to především neúčelné hospodaření s časem, špatné rozložení práce a odpočinku, nebo nahromadění nepříznivých životních událostí

Na úrovni tělesné:

- nedostatek odolnosti vůči zátěži, daný konstitučně a temperamentově
- nezdravý způsob života¹⁰

Věta „*už nemůžu dál*“ je typická pro syndrom vyhoření. Může to být reakce na práci, která nás mimořádně zatěžuje. Stav kdy nás pronásleduje pocit, že nemůžeme nic změnit. Ztrácíme iluze o své činnosti. Pronásleduje nás pocit, že víc vydáváme, nežli dostáváme. Podle odborníků ovlivňuje vznik syndromu vyhoření především osobnost, zaměstnání a společnost.

⁹ BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, *O Syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*, Brno: NCO NZO, 2006, s. 26

¹⁰ BAŠTECKÁ, B., a kol., *Klinická psychologie v praxi*, Praha: Portál, 2003, s. 140.

2.1. Osobnost

„Já psychicky i fyzicky málo snesu. Tak je to se mnou odjakživa.“

Anebo *„ Já můžu všechno! Nic pro mě není příliš“*

Osobnost zahrnuje rozsáhlý soubor, souhrn momentů: vlastností, procesů a stavů, návyků, postojů, apod. Vyznačuje se uspořádáním, strukturou dílčích momentů, je to velmi složitý systém. Osobnost vyjadřuje rozdíly, difference mezi lidmi, popřípadě jedinečnost člověka, jeho odlišnost od ostatních lidí.¹¹

Teoretici „já“ vnímají osobnost jako něco, co skutečně existuje a co má skutečné účinky. Behavioristé oproti tomu pokládají osobnost za pouhou odvozeninu z chování, jež samo je jediným přímo pozorovatelným a měřitelným jevem¹²

Allport zdůrazňoval, že *„osobnost je něco a dělá něco“* Naopak Sullivan pokládal osobnost za pouhý vzorec *„opakovaně se vyskytujících interpersonálních situací“*¹³ a R.B.Cattell jedna z jeho definic považuje osobnost jako nástroj pro předvídání budoucího chování jedince. *„Je to to, co předvídá chování v dané situaci“*¹⁴

Můžeme si položit otázky *„Proč někoho syndrom vyhoření potká jiného, byť i při větší zátěži, ne?“* anebo *„Proč někteří lidé pokládají určité činnosti za vyčerpávající a druzí je zvládají bez větších obtíží?“*. Jistě je to individuální a pravděpodobně je to dáno naší osobností. Každý člověk působí na své okolí jinak. Záleží na osobnosti každého z nás, jak se s problémy vyrovná. Odpovědět se nám snaží například Iva Šolcová a Vladimír Kebza ve své publikaci *„Syndrom vyhoření“* (2003).

¹¹ ČÁP, Jan, MAREŠ, Jiří, *Psychologie pro učitele*, Praha:Portál, 2007, s. 111

¹² DRAPELA, J., Victor, *Přehled teorií osobnosti*, Praha: Portál, 2011, s. 14

¹³ DRAPELA, J., Victor, *Přehled teorií osobnosti*, Portál: Praha, 2011, s. 14

¹⁴DRAPELA, J., Victor, *Přehled teorií osobnosti*, Portál: Praha 2011, s. 86

Osobnostní charakteristiky se v podmínkách stresu promítají do procesů zvládnání stresu (coping) a to tak, že rozhodujícím způsobem ovlivňují hodnocení stresogenních situací a výběr strategií k jejich zvládnutí, a tím i následné psychické procesy (např. emoce) a jejich neuroendokrinní složku. Určité osobnostní charakteristiky tak predisponují k určitému typu hodnocení a zvládnání stresu a mohou být vysvětlením odlišné zranitelnosti různých osob vůči stresu.¹⁵

A pro příklad ještě ocitujeme výroky autorské dvojice Ayala Pinesová a Elliot Aronson uvedený v knize *Career Burnout – Causes and Cures* (1988)

„Nejnadšenější lidé upadají do nejtěžších forem vyhoření nejčastěji... Závažnost jejich fyzického a psychického stavu je do určité míry ukazatelem, jejich původního nadšení.“

Vyhoření postihuje lidi, kteří vstupují do zaměstnání s velkou mírou nadšení. Jsou vysoce motivováni. Očekávají, že jim jejich práce dá smysl života. Je to nebezpečné zvláště tam, kde ti kteří danou práci konají, ji považují spíše za poslání než za zaměstnání (námezdnou práci). Domnívají se, že jsou voláni k tomu, co dělají, vyšším zájmem, vyšší autoritou, „vyšší mocí“. Objevení příznaků vyhoření je přitom doprovázeno zjištěním, že selhali, že veškerá jejich snaha je marná, že jim chybí energie potřebná k úspěšnému dokončení toho, co dělali, a že již nemají nic hodnotného, co by mohli dát. Toto zjištění jim dává pocit, že celý život byl promarněn, že vše je marnost nad marností a jejich vlastní život je zcela bezúčelný. Vyhoření je tak dokladem, že jim selhala představa, že práce (v jiném případě zamilování apod.) by mohla být nadějným řešením existencionální otázky (odpovědí na otázku Proč vůbec žít?).“¹⁶

Syndrom vyhoření postihuje motivované lidi, s vysokými cíli a velkým očekáváním. Vyhořet může pouze ten kdo „hořel“. To znamená ti, kteří se do

¹⁵ KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva, *Syndrom vyhoření*, Praha: SZÚ, 2003, str. 4

¹⁶ KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Psychologie zdraví*, Praha:Portál, 2001, s. 114

práce pouštějí s nadšením, zápalem a jsou vysoce emočně angažovaní. Nadšení ale může vydržet dlouhodobě, pouze pokud jsou naplněna očekávání¹⁷.

Osobnostní předpoklady – kdo je ohrožen:

- člověk, který byl zprvu velice nadšen tím, co dělal, prožíval, tvořil atp., avšak časem u něho toto vnitřní zanícení ochablo
- Člověk, který na sebe neustále klade příliš vysoké požadavky, např. ve studiu, práci, tvorbě, sportu, organizování, atp.
- člověka, který pracuje nad úroveň své kapacity, kompetence, schopností, dovedností, atp.
- u člověka původně nejvýkonnějšího a nejproduktivnějšího, mimořádně tvořivého atp.
- u člověka původně nejodpovědnějšího a nejpečlivějšího
- u původně vynikajícího perfekcionisty, který se snažil vše dělat co nejpřesněji, nejlépe
- u člověka, který by mohl být zařazen mezi tzv. workholiky (termín vytvořený s odkazem na alkoholiky, tímto termínem se označují lidé, kteří berou svoji práci jako drogu)
- u člověka, který neúspěch prožívá jako osobní porážku
- člověk, který není s to se vymanit ze spárů neustále a plíživě zvyšujících se nároků na něho kladených
- člověk, který není s to přiměřeně si odpočinout, relaxovat, rekreovat, regenerovat svou energii
- člověk, který žije v dlouhotrvajících mezilidských konfliktech
- člověk s nízkou úrovní zdravé asertivity
- u člověka, který obrazně řečeno dlouho a neúspěšně „bojuje s drakem“
- člověk, který stále více dává, než přijímá (měřeno v psychologických jednotkách)

¹⁷ BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, *O Syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*, Brno: NCO NZO, 2006, s. 25

- člověk, který je normálně zaměstnán a má těžce nemocného nebo zdravotně postiženého rodinného příslušníka tak pracuje „na dvou pracovištích“
- u psychoterapeutů a pracovníků poradenských profesí, vyčerpaných často neúspěšnými či málo úspěšnými zásahy
- u lidí s fobickými charakteristikami osobnosti, které vedou do těžkých situací (tj. u lidí posedlými např. nenormálním strachem)
- u lidí s obsesivní (nutkavou) a kompulsivní osobností, které např. neustále něco žene, nutí, tlačí dělat věci, které by dělat nemuseli
- u lidí, kterým jde příliš o peníze nebo o moc
- u lidí posedlých soupeřením a soupeřivostí (nepřátelstvím – hostilitou)
- u lidí s tzv. A- typem osobnosti
- u lidí s nadměrnou akumulací obtížných životních podmínek
- u lidí s příznakem uspěchanosti (s tzv. rush out syndromem či hurry – sickness), kteří žijí v neustálém časovém stresu
- u lidí s tzv. vnějším zdrojem usměrnění, kde podněty a příkazy toho, co dělají, vycházejí spíše od druhých lidí, nežli od nich samých
- u lidí, kteří z vlastní iniciativy kladou sami na sebe příliš dlouho příliš velké požadavky
- lidí, kteří pocítují neustále ohrožení kladného sebehodnocení¹⁸

Jak již bylo zmíněno výrazně ohroženou skupinou jsou silně individualisticky založení lidé, pro něž je například mnohdy závažnou překážkou či dokonce noční můrou představa, že by některý úkol nemohli zvládnout sami, a nezbylo by jim tak nic jiného než se pokusit požádat o pomoc někoho dalšího. Tyto vlastnosti mohou celkově přispívat k následnému obtížnějšímu zvládnání stresových situací, a tak také zprostředkovaně zvyšovat riziko syndromu vyhoření.

¹⁸ KŘIVOHLAVY, Jaro, *Jak neztratit nadšení*, Praha:Grada Publishing, 1998, s. 15-16

Kardiologové Meyer Friedman a Ray Rosenman v padesátých letech popsali dva typy osobností¹⁹

Typ A s vysokým rizikem srdečního infarktu.

Typ B s nízkým rizikem srdečního infarktu.

Tab. 1 Typy osobností

Typ A	Typ B
Celkové chování	
Neustále v pohybu	Mírný pohyb
Netrpělivost	Klid
Napjatý výraz ve tváři	Uvolněný výraz ve tváři
Hlučný smích	Jemný smích
Soutěživý – v práci, při hře, při sportu	Spokojenost se svým postavením
Nespokojenost s postavením v práci snaha postoupit výš	Vyhýbá se situacím ve kterých soutěží
Často si stěžuje	Zřídka si stěžuje
Řeč	
Rychlá, hlasitá	Pomalá, tichá
S kolísáním a důrazy	Jednotvárná
Energický projev, výrazná gestikulace	Klidný projev, nevýrazná gestikulace
Okamžitě odpovídá, přímo a stručně	Odpovídá až po chvíli a obsáhle
Řeč a vyjadřování druhých se snaží urychlit	Pozorně naslouchá
Řeč druhého často přerušuje	S odpovědí čeká, až druhý domluví

¹⁹ MELGOSA, Julián, *Zvládni svůj stres*, Praha: FININDR, 2004, s. 67

Touha po pokroku a snaha něco zlepšit jsou normální a také kladné lidské vlastnosti. Pokud jsou, ale tyto normální touhy přehnané, mohou se stát zdrojem nadměrného stresu, úzkosti a deprese. To se stává především lidem, kterým se zdá, že nikdy nedosáhnou takové úrovně, jež by odpovídala jejich představám. Přehnaná soutěživost spolu s touhou po moci a majetku žene mnoho lidí do práce, která přesahuje jejich možnosti. Nevyhnutelným důsledkem takového vypětí pak je tělesné i duševní vyčerpání.

Důležité je, jak se na problémy díváme, jak k nim přistupujeme, jak a zda je řešíme, jaká motivace nás vede a jaké vidíme perspektivy. Jako přitěžující faktor působí, že se vlastní jednání jedince a osobní stanoviska mění. Každý člověk je více či méně závislý na náladách, vnějších vlivech, dobrých či špatných dnech, což ovlivňuje jeho chování a reakce. Ohlížíme se zpět do své minulosti, čerpáme ze zkušeností, které nasbíráme, z pozitivních a negativních zážitků, s nimiž jsme se museli nějakým způsobem vyrovnat. Naučili jsme se zvládat různé situace a osvojili si takové strategie, které nám, jak doufáme, zajistí úspěch. Přitom si osvojujeme různé vzorce jednání: jak být perfektní, spěchat, být silný, snaživý, zavděčit se ostatním. Tyto vzorce jednání se v transakční analýze nazývají motivace. Motivace a zažití vzorce chování k nám patří a v mnoha situacích jsou smysluplné a užitečné. Je nutné však s nimi umět pracovat a využít je ve svůj prospěch.

2.2. Zaměstnání

Nejčastější příčiny vzniku syndromu vyhoření pocházejí z pracovní oblasti. Velkou roli v možné propuknutí syndromu sehrávají rovněž konkrétní podmínky na konkrétním pracovišti, kde daná osoba působí, jakož i vlastní charakter vykonávaného zaměstnání. V tomto je častým a relativně dobře známým rizikovým faktorem nezbytnost každodenní komunikace s mnoha lidmi, což se ukazuje jako zvláště tíživý problém zvláště v případě tzv. pomáhajících profesí, z nichž se rekrutuje významná část těch, kdo se s příznaky syndromu vyhoření obrátí na odborníky. Spolu s tím je ale také nutno zmínit i fakt, že podobně významný podíl zaznamenaných případů pochází z

řad těch, u nichž valná část pracovního výkonu sestává ze stále se opakujících činností, které se nemění buď vůbec, či jen naprosto minimálně. Neopominutelný význam však má rovněž přístup přímých nadřízených či obecně vedení, stejně jako konkrétní podoba vlastní firemní kultury. Typicky tak jde například o nejasnou strukturu co do svěřených kompetencí a zodpovědnosti. Problémem ale stejně tak může být i neustálé zvyšování nároků na jednotlivé zaměstnance, a to aniž by zároveň bylo doprovázeno jejich dostatečnou motivací či předvídatelným pracovním režimem.

Riziko vzniku burnout syndromu podporují tato faktory²⁰:

- Zvýšená pracovní zátěž patří mezi stresové faktory. V momentě, kdy naše nároky na sebe samé překročí míru toho, co dokážeme zvládnout (liší se individuálně), zažíváme stres.
- Nedostatek samostatnosti. Pracovník je jednak svazován rigidními pravidly a dohledem nadřízených, jednak trpí určitým typem ztráty kontroly či moci. V zaměstnání se nemůže svobodně realizovat.
- Nedostatek uznání. Výsledky motivačních výzkumů ukazují, že nejsou-li lidé za svůj výkon dostatečně odměněni, pracují bez potřebné motivace. Tím není myšleno jen finanční ohodnocení, ale také pocit, že si jejich úsilí někdo váží.
- Špatný kolektiv. V současné době trávíme víc času s kolegy v práci než doma s rodinnou. Jeli náš kolektiv nepřátelský, odměřený, chladný necítíme se v něm dobře. Týmu, který se potýká s problémy, chybí v něm kolegiální a převládá závist, vzájemná neúcta a nevraživá atmosféra, se navíc výrazně snižuje výkonnost. Nedostatek vzájemné soudržnosti mezi spolupracovníky může být pocíťován jako zdroj ohrožení a vyvolat stresovou reakci.
- Nespravedlnost. Všichni jsme si rovni, ale někteří jsou si rovnější? Někdy jsme na pracovišti svědky bratříčkování či jednostranného nadřívání, nebo toho, že některý z našich kolegů je svévolně vylou-

²⁰ STOCK, Christian, *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*, Praha: Grada Publishing, 2010, s. 32-40

čen z pracovního kolektivu. Pokud v podniku či firmě převládá podobný typ chování, bývají zaměstnanci cyničtí a nechovají k sobě vzájemný respekt. Takový tým není dostatečně akceschopný a mezi jeho členy panuje napjatá atmosféra. V důsledku nadržování a nespravedlivého rozdělování pracovních úkolů cynismus pracovníků vzrůstá a hrozí jim nebezpečí vyhoření.

- Konflikt hodnot. Pokud zaměstnanec zjistí, že mezi firemními a jeho osobními hodnotami panuje nesoulad, jeho práce mu připadá bezvýznamná, zbytečná nebo dokonce škodlivá, dostaví se brzy odcizení, jeden ze tří hlavních příznaků syndromu vyhoření.²¹

Další faktory

- konflikt rolí
- špatná či nedostatečná organizace práce
- nedostatečné využitím kvalifikace
- odpovědnost
- neplnění svěřených úkolů
- nesplněná očekávání
- rutina

Dalším důležitým faktorem pro vznik syndromu vyhoření, na který se často zapomíná, je vhodnost zaměstnání. Existuje mnohem větší pravděpodobnost stresu, když se k sobě nehodí práce a člověk, který ji vykonává. V současné nestabilní ekonomice, kde zdomácnělo snižování počtu zaměstnanců, pracuje mnoho lidí v zaměstnáních, které jim tzv. „nepadnou“. Jsou rádi, že mají vůbec „nějakou“ práci. Syndrom vyhoření postihuje především ty, kteří pracují v úzkém kontaktu s lidmi, s nimiž navazují jakýsi emoční (kladný či záporný) vztah a jsou na jejich hodnocení či výsledku jednání závislí. Jejich práce je vyčerpávající často fyzicky i psychicky. Jedná se o povolání fyzicky i psychicky náročná, kdy se i po velkém úsilí nemusí dostavit pozitivní výsledek. Tedy, i když je to stojí hodně úsilí, výsledek jejich

²¹ STOCK, Christian, *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*, Praha: Grada Publishing, 2010, s. 32-40

snažení a velkého nasazení může být velmi špatný a to i v případě, že pracovali velmi dobře.

Přehled ohrožených profesí:

- Lékaři
- Zdravotní sestry
- Zdravotní personál
- Psychologové a psychoterapeuti
- Psychiatři
- Sociální pracovnice
- Poradci ve věcech sociální péče
- Učitelé všech stupňů
- Policisté
- Pracovníci v nápravných zařízeních ministerstva spravedlnosti
- Žurnalisté
- Politici
- Sportovci
- Duchovní
- Poradci v organizačních věcech
- Vedoucí pracovníci všech stupňů
- Administrátoři
- Právníci, zvláště tzv. „obhájci chudých“
- Pedagogové pracující s duševně postiženými dětmi
- Vedoucí letecké dopravy
- Piloti a posádky letadel
- Podnikatelé a manažeři
- Obchodníci
- Vyjednavatelé
- Úředníci
- Sociální kurátoři
- Pracovníci exekutivy²²

²²KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Jak neztratit nadšení*, Praha: Grada Publishing, 1998, s 23-24

Ve výzkumu syndromu vyhoření u ohrožených profesí, zvláště u učitelů, zdravotníků a sociálních pracovníků dospěli psychologové k závěru, že lze rozlišit několik „verzí“ či obměn, tj. vzájemně se lišících prožitkově - behaviorálních charakteristik syndromu vyhoření. Byl popsán tzv. „syndrom obnošení“, charakterizovaný pocitem naprostého vyčerpání u dlouhotrvajícího, stereotypně působícího stresu, dále obvyklý „burnout syndrom“, vyskytující se při pokračujícím, trvalém stresu a současně působícím úbytku obranných sil, např. se zvyšujícím se věkem, a konečně tzv. „syndrom podcenění“, dostavující se v situacích, kdy člověk vykonává delší dobu nestimulující a monotónní práci s nízkou autonomií pracovní činnosti, která je pod úrovní jeho kvalifikace²³.

2.2.1 Úloha vedení, řízení podniku

Řízení organizace do velké míry rozhoduje o vyhoření zaměstnanců. Dobré pracoviště počítají s tím, že k některým pracovním zařazením vyhoření patří a mají pro pracovníka přichystané další možnosti pracovního rozvoje. V prevenci na úrovni organizace je důležitá osa výcvik – supervize – podpora. Je třeba, aby se pracovník pohyboval v systému, který se mu po celou dobu výkonu povolání umožní se pro práci dobře cvičit, mít práci dobře odvedenou a mít dostatek podpory.²⁴

Jako rizikové jsou uváděna ta pracoviště, kde:

- není zaměstnancům poskytováno dostatečné ocenění
- není věnována dostatečná pozornost potřebám zaměstnanců
- nově příchozí zaměstnanci nejsou zaškoleni staršími, zkušenými kolegy
- neexistují plány osobního rozvoje
- pracovníci nemají možnost na někoho se obrátit s prosbou o pomoc
- jsou časté konflikty

²³KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva, *Syndrom vyhoření*, Praha: SZÚ, 2003, str. 15

²⁴BAŠTECKÁ, B., a kol., *Klinická psychologie v praxi*, Praha: Portál, 2003, s. 141-142

- vládne „nezdravě“ soupeřivá atmosféra
- snížená možnost tvůrčího rozvoje zaměstnanců²⁵
- je na pracovišti extrémní míra svobody nebo naopak kontroly
- vážné komunikace v týmu, neřeší se organizační záležitosti
- je autoritativní vedoucí
- není podporováno další vzdělávání zaměstnanců²⁶

Podobný pohled na příčiny spočívající v organizaci nabízí Bohumila Baštecká v učebnici „*Klinická psychologie v praxi*“:

- Špatné pracovní podmínky – hluk, nevyhovující osvětlení, nedostatečný prostor pro sebe
- Špatná organizace práce – nevyjasněné pravomoci jednotlivých pracovníků, neprůhledné styly vedení, malá vzájemná informovanost, nedostatek supervize, nemožnost pracovního postupu
- Špatná příprava pro povolání²⁷

2.3. Společnost

Svět práce se během posledních několika desetiletí změnil. Následkem rostoucí produktivity vykonává méně lidí stále víc pracovních povinností. Moderní technologie s sebou přinášejí nové druhy činností a úsporná personální opatření vedou ke zhušťování pracovní náplně.

Pro přiblížení současné situace můžeme použít prohlášení agentury OSHA (Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci) z roku 2007, které se snaží obsáhnout nejdůležitější rizikové faktory dnešní doby:

²⁵ JEKLOVÁ, Marta, REITMAYEROVÁ, Eva., *Syndrom vyhoření*, Praha: Vzdělávací Institut ochrany dětí, 2006 s. 17.

²⁶ KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Jak neztratit nadšení*, Praha: Grada Publishing, 1998, s. 31

²⁷ BAŠTECKÁ, B., a kol., *Klinická psychologie v praxi*, Praha: Portál, 2003, s. 140-141

- Nejistota pracovních poměrů spojená s nestabilitou na trhu práce, obavy ze ztráty pracovního místa.
- Rostoucí náchylnost ke stresu v souvislosti z globalizací např. nejistota a strach způsobené přesouváním pracovních míst do zahraničí.
- Úbytek jistot v důsledku nových forem pracovních smluv např. snížení ochrany proti výpovědi, krácení dovolené, více přesčasů, práce na zkrácený úvazek smlouvy na dobu určitou.
- Dlouhá pracovní doba a rostoucí intenzita práce (nárůst produktivity a následné „zhuštění“ pracovní náplně).
- „zeštíhlení“ společností a outsourcing (rušení pracovních míst a oddělení)
- Neslučitelnost zaměstnání a soukromého života.²⁸

Příčiny vzniku syndromu vyhoření spočívající ve společnosti spatřuje a popisuje i Bohumila Baštecká opět v učebnici „*Klinická psychologie v praxi*“

- Změna klientely. Důraz na začlenění všech lidí do společnosti.
- Větší nároky na angažovanost pomáhajících pracovníků.
- Ztráta jednotné společnosti (přítomnost menšin, cizinců, přistěhovalců) a jednotícího pohledu na normalitu.
- Malé společenské ohodnocení pomáhajících profesí (včetně nízkých platů)²⁹

Všude se dnes mluví o globalizaci, flexibilitě, efektivitě a produktivitě. Člověk jako bytost se svými přáními, nápady a potřebami ustupuje stále více do pozadí. Dříve se oceňovala spolehlivost a stálost, dnes se požaduje hlavně rychlost a flexibilita. Proces neustálé změny nás nutí věnovat mnohem více času budování nových pracovních vztahů a získávání potřebných informací. Udržení pracovních míst, optimální umístění podniku na trhu a péče o zaměstnance to jsou hodnoty, které se musí co nejdříve začít znovu uplatňovat.

²⁸ STOCK, Christian, *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*, Praha: Grada Publishing, 2010, s. 32-40

²⁹ BAŠTECKÁ, B., a kol., *Klinická psychologie v praxi*, Praha: Portál, 2003, s. 141

3. Odlišení syndromu vyhoření od jiných negativních psychických jevů

Komplexní povaha syndromu vyhoření jako problému postihujícího jak lidské tělo, tak i samotnou psychiku znemožňuje jednoduché určení jeho příčin. Stejně jako v případě podobných problémů i zde platí, že je příhodnější mluvit spíše o rizikových faktorech či situacích, jež k jeho vzniku mohou přispívat, než o jednoznačných příčinách, které by v přesném pořadí vedly k rozvoji syndromu vyhoření. I přesto však na prvním místě můžeme uvést stres.

3.1 Stres

Anglické slovo „stress“, je odvozeno z latinského slovesa „stringo, strictum“ což znamená „utahovati, stahovati“. Z uvedeného rozboru vyplývá, že stres může jednoduše znamenat být vystaven vnějším silám a tlakům. (očekávání jisté události, hrozba, extrémní zatížení po fyzické či psychické stránce, duševní trauma, nemoc)³⁰

Definice stresu:

„Stres je výsledkem vzájemné činnosti mezi určitou silou působící na člověka a schopností organismu odolat tomuto tlaku“ (H.Selye)

„Stres je extrémní a neobvyklá situace, jejíž hrozba vyvolává významnou změnu chování“ (R.G.Miler)³¹

Obecně přijatá definice je, že stres je soubor reakcí organismu na vnitřní nebo vnější podněty, narušující normální chod funkcí organismu.

³⁰ KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Jak zvládat stres*, Praha: Grada Avicenum, 1994, s. 7

³¹ KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Jak zvládat stres*, Praha: Grada Avicenum, 1994, s. 10

Stres je:

- reakce organismu na jeho potřeby a požadavky
- Stav určitého fyziologického nebo psychologického napětí
- Příprava na útok nebo útek
- Počátek mnoha onemocnění

Stres není:

- Nutně špatný, protože mnohdy člověku pomůže dosáhnout vytouženého cíle
- Úzkost
- Strach
- Přímá příčina nemoci, i když často přispívá k jejímu vývoji³²

Stres má dvě základní složky:

- Stresové faktory – činitele, tedy momentální okolnosti
- Reakci na stres, tedy odpověď člověka na stresové faktory³³

Stres se dělí na stres škodlivý, tzv. distres, který je spojen s negativně laděnými a prožívanými emočními procesy (zklamání, strach, leknutí). Může vážně ohrozit jedince jak na psychickém, tak na fyzickém zdraví a v konečném důsledku může způsobit i smrt a na stres „dobrý“ či metaforicky řečeno příjemný tzv. eustres. Jedná se o pozitivní zátěž, která v přiměřené míře stimuluje člověka k vyšším nebo lepším výkonům. Je vázán na pozitivně laděné emoční procesy (radostné vzrušení, očekávání příjemné události, nadšení).

Distres - při distresu je danou osobou subjektivně vnímáno a výrazně negativně hodnoceno její ohrožení v poměru k možnostem zvládnutí situace. Jinými slovy řečeno: K distresu dochází tam, kde se domníváme, že nemáme

³² MELGOSA, Julián *Zvládni svůj stres*, Český Těšín: Finindr s.r.o, 2004, str. 20

³³ KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Jak zvládat stres*, Praha: Grada Avicenum, 1994, s. 21

dost sil a možností - kde nejsme s to – zvládnout to co nás ohrožuje, a emocionálně nám není dobře.

Eustres – situace, kdy se snažíme zvládnout to co nám přináší radost, avšak vyžaduje to určitou námahu. Do situací, které vyvolávají eustres patří, patří kladné zážitky – např. svatba, narození dítěte atd. O eustresu se dá hovořit i tam, kde se lidé z vlastní iniciativy dostávají do hraničních situací rizika – sportovní výkony, při zkoušení neověřených postupů atd. Nezvratným důkazem stresogenního působení těchto situací je zjištění, že při nich dochází ke zvýšené sekreci ACTH.³⁴

Jak již bylo zmíněno, stres není vždy negativní. Naopak určitý tlak v životě nezbytně potřebujeme. Pomáhá nám dosahovat vyšších cílů. V reakci na stres nacházíme individuální rozdíly. Pro někoho může být určitá situace vyčerpávajícím zážitkem, který velice negativně působí na jeho nervový systém, zatímco jiného člověka tytéž situace téměř nevyvedou z klidu. Hranici mezi oběma póly podstatnou měrou určuje naše aktuální prožívání.

H. Selye vytvořil třífázový model stresu, který nazval GAS – General Adaptation Syndrom - obecný adaptační syndrom, jenž popisuje jednotlivá stádia, kterými organismus prochází, je-li vystaven chronickému nebo nevyhnutelnému stresu. Tento model vyvinul při studiu účinku stresu na zvířata:

- 1) Poplachová fáze GAS – dochází k vyhlášení poplachu. Mobilizují se všechny obrané možnosti obrany. Do krve se dostává větší množství adrenalinu (epinefrinu), zvyšuje se srdeční tep a krevní tlak, zrychluje se dýchání, potní žlázy zvyšují svou exkreci, krev se uvolňuje z oblastí obklopující trávicí trakt a shromažďuje se spíše do svalů končetin. Organismus je připraven k reakci typu „bojuj nebo uteč“
- 2) Fáze rezistence GAS – jde v této fázi o vlastní boj organismu. Při dlouhodobém trvání dochází ke zhoršení stavu organismu, které bylo označeno termínem „nemoci adaptace“. Mezi ně Hans Selye řadil

³⁴ KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Psychologie zdraví*, Praha: Portál, 2001, s. 171

např. žaludeční a dvanáctníkové vředy, hypertenzi, kardiovaskulární onemocnění, hypertyreodismus, bronchiální astma apod.

- 3) Fáze vyčerpání v rámci GAS – tato fáze dle Selyeova modelu je charakterizována aktivací parasympatického systému. Organismus podléhá a hroutí se. Projevuje se to příznaky deprese a za určitých okolností i exitem.³⁵

Příklad z praxe: V současné době není možné s někým fyzicky bojovat a důsledkem první fáze je: „nemám čas!“ - pocity neklidu a vnitřního napětí bolesti hlavy, migrény, těžké usínání. V druhé fázi „odporu“ dochází k pokusu o adaptaci „musím se přizpůsobit“ pokus srovnat se s příznaky, překonat je. Během této fáze se tělo snaží odolávat náporu stresu a udržuje v činnosti specifické metabolické procesy, jež se postarají o vysokou hladinu příslušných hormonů v krvi a pomáhají tak organismu vyrovnat se zátěžovou situací. V třetí fázi „vyčerpání“ záleží na tom, jak často jsme ve stresu. Důsledkem dlouhotrvajících stresů jsou psychosomatické nemoci, jak již bylo zmíněno výše.

Vyhoření bývá klasifikováno jako poslední fáze stresové odpovědi organismu³⁶

Vyhoření není totéž co stres. Dochází k němu v důsledku chronického stresu. Stresové faktory coby spouštěče tedy hrají při vzniku burnout syndromu zásadní roli. Podle německé studie pojišťovny DAK se přibližně 800 000 zaměstnanců pravidelně „dopuje“ stimulanty a léky na zlepšení nálady, aby tím vykompenzovali stresovou zátěž a přitom si zachovali pracovní výkonnost. V médiích se pro tento jev vžil název „jobdoping“.³⁷

³⁵ KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Psychologie zdraví*, Praha: Portál, 2001, s. 167 - 168

³⁶ BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, *O Syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*, Brno: NCO NZO, 2006, s. 7

³⁷ STOCK, Christian., *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*, Praha: Grada Publishing, 2010, s. 15

Co se děje je – li stres příliš silný³⁸

Tabulka. č. 2. Co se děje je – li stres příliš silný

POZNÁVACÍ OBLAST (myšlenky, představy)	
Charakteristika	Projevy
Koncentrace a pozornost	Obtížná koncentrace na práci. Častá ztráta pozornosti
Paměť	Zhoršení krátkodobé i dlouhodobé paměti
Rychlost reakcí	Problémy, které vyžadují okamžitou a spontánní reakci jsou řešeny náhodným a nepředvídatelným způsobem
Chyby	Jakýkoli problém, který vyžaduje logické uvažování, je řešen s vyšším výskytem chyb, než obvykle.
Analýza současných a budoucích situací	Postupně ubývá schopnost správně analyzovat a hodnotit určitou, právě vzniklou situaci, případně ji promítnout do budoucnosti
Logika a organizace myšlenkových pochodů	Myšlení nesouvislé a neuspořádané, chybí logické vzorce

Tabulka č. 3. Co se děje je – li stres příliš silný

CITOVÁ OBLAST (pocity, emoce)	
Charakteristika	Projevy
Nervozita	Potíže s duševním a tělesným odpočinkem
Hypochondrie	Očekávání nových emocí a strach z nich
Charakteristické rysy osobnosti	Projevy netrpělivosti, netolerance, autoritářství a nedostatek ohledu na druhé
Morálka	Význam etických a morálních zásad ustupuje do pozadí, ztrácí se schopnost sebeovládání
Deprese a skleslost	Stále častěji se objevují pocity skleslosti a celkové rozmrzelosti nad životem
Sebehodnocení	Ztráta vědomí vlastní hodnoty, komplexy méněcennosti

³⁸ MELGOSA, Julián, *Zvládni svůj stres*, Český Těšín: Finindr, 2004, str. 38-39

Tabulka č. 4. Co se děje je – li stres příliš silný

SOCIÁLNÍ OBLAST (vztahy a chování)	
Charakteristika	Projevy
Řeč	Neschopnost uspokojivě oslovit skupinu lidí. V řeči zadržává, koktá. Není schopen souvislého mluvního projevu.
Zájmy	Nedostatek nadšení pro dříve oblíbené aktivity, jako jsou koníčky nebo oblíbená zábava.
Absence	Častá absence v práci.
Povzbuzující prostředky	Zvýšená alkoholu, tabáku, kávy nebo drog.
Energie	Hladina energie se den ode dne mění a vykazuje snižující tendenci.
Spánek	Mění se spánkové zvyklosti. Všeobecně narůstá nespavost až na úroveň neschopnosti spát.
Vztahy	Sklon k podezírání, k obviňování druhých, zodpovědnost za chyby přičítá ostatním.
Změny v chování	Objevují se „tiky“ a neobvyklé reakce, které normálně nejsou součástí osobnosti postiženého.
Sebevražda	Stále častěji se objevují myšlenky na sebevraždu nebo dokonce pokusy o sebevraždu.

Přítomnost stresu bychom určitě neměli považovat za zdroj všech problémů. Stres totiž ve skutečnosti představuje účinný prostředek, jak lidské tělo připravit na působení v náročných a nebezpečných podmínkách. Z tohoto pohledu tak jde o přirozenou součást lidského života. Problém je spíše v tom, že vystavení stresu jde ruku v ruce s nadměrnou zátěží těla, které navíc doprovází velké plýtvání energií. Pokud při řešení stresových situací zvolíme konstruktivní, tvůrčí a budující přístup, pak náš postoj v dané situaci je v podstatě stejně důležitý jako samotná situace.

Stres a osobní postoj k potenciaálním stresovým faktorům³⁹

Tab. č. 5. Stres a osobní postoj k potenciaálním stresovým faktorům

NEGATIVNÍ POSTOJ	POZITIVNÍ POSTOJ
<p>Fyziologické reakce</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hormonální oběhové a metabolické změny ▪ Zrychlený dech ▪ Napětí ve svalech ▪ Zažívací potíže ▪ Poruchy spánku ▪ únava 	<p>Fyziologické reakce</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sekrece hormonů: ACTH, kortizol <p>Více zdraví:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rozšíření cév ▪ Lepší trávení ▪ Lepší vstřebávání ▪ Lepší vylučování
<p>Psychologická reakce</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ztráta paměti, ztráta schopnosti uvažovat ▪ Úzkost ▪ Podrážděnost ▪ deprese 	<p>Psychologická reakce</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dobrá duševní aktivita ▪ Sebedůvěra ▪ Náklonnost a sympatie k druhým lidem ▪ Vyrovnaný temperament
<p>Nesprávné chování</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nízká výkonnost ▪ Problematické vztahy s druhými. ▪ Nerozhodnost ▪ Verbální, případně fyzické projevy agresivity. ▪ Užívání alkoholu nebo jiných drog. 	<p>Přiměřené chování</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ optimální výkonnost ▪ Pozitivní vztahy s druhými ▪ Tolerantnost ▪ Umírněnost ▪ Sebeovládání

³⁹ MELGOSA, Julián, *Zvládni svůj stres*, Český Těšín: Finindr, 2006, s. 126-127

Se stresem se také pojí pojem frustrace z latiny *frustrá*, marně, *frustratio*, zmaření. Je to stav neuspokojení z nějaké činnosti, prožívání nezdaru či zklamání ze zmaření či nedosažení nějakého cíle či neuspokojení důležité touhy, potřeby nebo přání. Pokud frustrace trvá delší dobu, může se z ní stát deprivace tj. *strádání*, což je už závažný psychický stav, který může negativně poznamenat další vývoj jedince.

Definice: frustrace je psychický stav, který vzniká tehdy, je-li jedinci znemožněno dosáhnout cíle, na němž mu záleží, protože se mu do cesty postavila překážka⁴⁰.

Mnozí odborníci spatřují úzkou souvislost mezi frustrací a agresivitou. Někteří dokonce tvrdí, že jakékoli agresivní jednání lze vysvětlit nějakou frustrující událostí. Je-li člověk frustrován, reaguje různými způsoby, většinou však s nevalnými výsledky. Chceme-li se zbavit frustrace, měli bychom trpělivě analyzovat situaci, a pak se odhodlat k přiměřenému rozhodnutí.⁴¹

3.2. Deprese

Deprese patří mezi poruchy nálady a jde o patologický smutek. Když člověk ztratí někoho blízkého, je smutek pochopitelný. U deprese ale pochopitelný důvod pro stísněnou náladu buď zcela chybí, nebo není tak silný, aby mohl útlum nálady sám o sobě vyvolat. Při depresi však nejde jen o nepříjemný emoční prožitek. Deprese je onemocnění celého organismu. Vede k pocitům zoufalství, beznaděje, ztrátě radostného prožívání, energie i vůle. Od běžného smutku nebo rozladěnosti se deprese liší.

⁴⁰ PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška, MAREŠ, Jiří, *Pedagogický slovník*, Praha: Portál, 2001, s. 66

⁴¹ MELGOSA, Julián, *Zvládni svůj stres*, Český Těšín: Finindr, 2006, s. 48

Příznaky deprese:

- Emoční labilita (dysforická nálada) – sklon k depresi
- Smutek, melancholie
- Nespavost: pozdní usínání, včasné probouzení, časté buzení v průběhu noci
- Únava – nedostatek fyzické síly, neschopnost dokončit i malé úkoly. Ochablé svaly. Celkový vzhled je poznamenán depresí.
- Pocity méněcennosti a sebeobviňování
- Pocit viny
- Ztráta chuti k jídlu
- Celkové rozčarování ze všeho, včetně nepřítažlivějších a nejzajímavějších činností. Člověk po nich netouží.
- Stále se vrací myšlenky na smrt nebo sebevraždu. Člověk si přeje zemřít⁴²

O syndrom vyhoření se nejedná, je-li stav způsoben duševní poruchou. U člověka nemocného depresí se její příznaky projevují ve všech situacích jeho života, deprese je „všudypřítomná“. I když se vyhoření nápadně podobá depresivní epizodě (smutná nálada, pocit marnosti, pokles až ztráta energie a perspektivy), přece jen se od ní liší hlavně tím, že je dlouho především vázáno na pocity z práce a v práci. U jedince s příznaky vyhoření depresivní prožitky mizí, je-li například na dovolené nebo může – li dělat to co ho baví a nemusí myslet na práci. Zhoršení se objevuje, jakmile se do práce vrátí a znovu vše na něho působí. Později se myšlenkami na práci zabývá a trápí už před nástupem do zaměstnání.⁴³

⁴² MELGOSA, Julián, *Zvládni svůj stres*, 2004, Český Těšín: Finindr, s. 49

⁴³ BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, *O Syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*, Brno: NCO NZO, 2006, s. 24

3.3. Únava

Únava sama o sobě není nemoc, ale bývá klasickým příznakem některých zdravotních problémů jako například přepracovanosti, nesprávné nebo nedostatečné výživy, nedostatku (nebo také přebytku) pohybu, nespavosti či nesprávných životních návyků. Asi každý z nás se již ve svém životě s únavou setkal. Únava může mít spoustu příčin, je však důležité jak dlouho a v jaké míře únava přetrvává. Může jít buď o fyzický stav těla, nebo o únavu psychickou a u každého jedince se únava může projevovat jinými příznaky. V některých případech, však může být pocit únavy vnímán jako pozitivní, zejména po dobře vykonané práci.

Nejčastěji popisované příznaky:

- Malátnost
- Vyčerpání buď psychické, nebo fyzické
- Bolesti hlavy a zad
- Pocity úzkosti, napětí, frustrace
- Podrážděnost, výkyvy nálad
- Neschopnost soustředit se

Únava se vyskytuje i při syndromu vyhoření. Obecně má však únava užší vztah k fyzické zátěži (fyzické námaze), než tomu je u burnout. Z takovéto fyzicky ovlivněné únavy je možno dostat se odpočinkem (krátkodobou relaxací) což u burnout možné není. Únava z fyzického zatížení (např. u sportovců) je častokrát pocíťována kladně, kdežto u burnout je to pocit veskrze negativní. Únava z intelektuální práce je často spojována s radostí z toho, co se nám podařilo udělat. U burnout jde však o únavu, která je vždy něčím negativním, tíživým, těžkým, bezvýhledným. U burnout je únava úzce spojována s pocitem selhání a marnosti⁴⁴.

⁴⁴ KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Jak neztratit nadšení*, Praha: Grada Publishing, 1998, s. 53

3.4 Odcizení

Odcizení (alienation) patří do skupiny negativních emocionálních zážitků. Co se jím rozumí? Durkheim, který přivedl naši pozornost k tomuto jevu, definoval odcizení jako druh anomie (ztráty normální zákonitosti), k němuž dochází tam, kde lidé zažívají nedostatek nebo ztrátu přijatelných sociálních norem, které by mohly řídit jejich jednání a byly směrodatným měřítkem jejich životních hodnot.⁴⁵

Člověk trpící syndromem vyhoření má ke svému okolí a ke své práci odměřený přístup až lhostejný postoj. Tím můžeme vysvětlit různé jevy jako například nepříznivé pracovní klima či vnitřní rezignaci a pasivitu pracovníků. Pod pojmem odcizení rozumíme ztrátu idealismu, cílevědomosti a zájmu. Počáteční nadšení slábne a nastupuje cynismus.

Zvláštním projevem odcizení je přezíravý postoj člověka k jeho okolí, který může v krajním případě přerůst až v pohrdavé, sarkastické a agresivní chování. Ruku v ruce s ním jde často nechut' stýkat se jak s kolegy, tak s klienty⁴⁶.

Projevy odcizení při burnout syndromu

- Negativní postoj k sobě samému, ztráta sebeúcty
- Negativní postoj k životu
- Negativní vztah k práci
- Negativní vztah k ostatním
- Ztráta schopnosti navázat a udržet společenské vztahy
- Pocit vlastní nedostatečnosti, méněcennosti⁴⁷

⁴⁵KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Jak neztratit nadšení*, Praha: Grada Publishing, 1998, s. 53

⁴⁶STOCK, Christian, *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout* Praha: Grada Publishing, 2010, s. 20

⁴⁷STOCK, Christian, *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout* Praha: Grada Publishing, 2010, s. 21

4. Příznaky vyhoření

Syndrom vyhoření se může projevovat celou řadou příznaků. Není přitom možné jednoznačně popsat pořadí, v kterém přicházejí, ani jejich vzájemné kombinace. Vždy totiž záleží na individuální situaci postiženého.⁴⁸

Výrok autorské dvojice Ayala Pinesová a Elliot Aronson uvedený v knize *Career Burnout – Causes and Cures* (1988)

„Vyhoření je provázeno celým souborem příznaků. Patří mezi ně tělesné oslabení, pocity bezmoci a beznaděje, ztráty iluzí a rozvoj negativních postojů k práci, k lidem v zaměstnání i životu jako celku. Ve své extrémní podobě vyhoření představuje hraniční bod. Dostane – li se člověk za něj, jeho schopnost zvládat požadavky, které na něho prostředí klade (jeho adaptabilita), je podstatně snížena⁴⁹.

Obecně je možné říci, že co se týká tělesných projevů syndromu vyhoření je nejčastěji možné se setkat s tíživými pocity silné únavy a fyzického vyčerpání, které svým rozsahem neodpovídají vynaložené námaze z posledních dní. Lidé trpící syndromem vyhoření mnohdy hovoří o fyzických projevech jako je neustávající pocit chladu, jehož se není možné zbavit, opakujících se bolestech hlavy, zad či problémů s dechem. Objevují se problémy s trávicí soustavou, které nezdědka končí i relativně vysokými úbytky na váze. Ke slovu mohou přijít i deprese, a samozřejmě také poruchy spánku. Již z tohoto výčtu je zřejmé, že syndrom vyhoření není jen otázkou fyzického přetížení našeho organismu, ale stejně tak se na jeho rozvoji podílí také faktory ryze psychické povahy. O tom svědčí i ostatně také změny v chování. Kromě výrazného a do té doby neobvyklého podráždění, jež se může projevovat mimo jiné v podobě přehnaných výčitek vůči práci nebo jednání bezprostředního okolí. Postižený má zároveň tendenci k rezignaci na svěřené úkoly či činnosti, jež jej do té doby naplňovaly, naopak se může až nudit a celkově pociťuje psychické vyčerpání.

⁴⁸ KEBZA, Vladimír ŠOLCOVÁ, Iva, *Syndrom vyhoření*, Praha: SZÚ, 2003, s. 11

⁴⁹ KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Psychologie zdraví*, Praha:Portál, 2001, s. 114

Donedávna veselý a výřečný člověk se stává plačtivým a již toho příliš nenamluví. V některých případech dochází k nevyprovokovaným výbuchům hněvu provázeným proudy nadávek a podobně. Postižený mnohdy nakonec naprosto rezignuje na veškeré pracovní i společenské povinnosti, a místo toho upadá do letargie.

Shrnutí příznaků zpracovali Tamara a Jiří Tošnerovi ve své publikaci: *Burn – out syndrom, Syndrom vyhoření* (2002)

1) Psychické příznaky:

Kognitivní rovina (poznávací a rozumová)

- ztráta nadšení, schopnosti pracovního nasazení, zodpovědnosti;
- nechut', lhostejnost k práci;
- negativní postoj k sobě, k práci, k instituci, ke společnosti, k životu;
- únik do fantazie;
- potíže se soustředěním, zapomínání;

Emocionální rovina

- sklíčenost, pocity bezmoci, popudlivost, agresivita, nespokojenost;
- pocit nedostatku uznání;

2) Tělesné příznaky:

- poruchy spánku, chuti k jídlu, náchylnost k nemocím, vegetativní obtíže (srdce, dýchání, zažívání)
- rychlá unavitelnost, vyčerpanost svalové napětí, vysoký krevní tlak

Sociální vztahy

- ubývání angažovanosti, snahy pomáhat problémovým klientům
- omezení kontaktu s klienty a jejich příbuznými
- omezení kontaktů s kolegy
- přibývání konfliktů v oblasti soukromí
- nedostatečná příprava k výkonu práce

Příznaky syndromu vyhoření provázejí nejenom jednotlivce samého, ale i kvalitu jeho práce, postižení bývají častěji nemocní a déle setrvávají

v nemoci. Často se problém rozpozná velmi pozdě, než okolí diagnostikuje stav jako postižení⁵⁰.

Ještě je důležité připomenout, k důležitému příznaku vyhoření patří pokles výkonnosti. Jedinec ztrácí důvěru ve vlastní schopnosti. Na úkoly jež dříve zvládal bez větších problémů, potřebuje mnohem více času a energie. Prodlužuje se doba nutná k regeneraci organismu.

Projevy poklesu výkonnost:

- nespokojenost s vlastním výkonem
- nižší produktivita
- vyšší spotřeba času a energie
- ztráta motivace a nadšení
- pocit selhání⁵¹

Důsledkem výše zmíněného může dojít ke zhoršení rodinného a pracovního života. Například skryté či zjevné napětí v rodině, nedostatečná komunikace, zanedbávání dětí, a jejich citové deprivací, neřešené problémy s nimi. Odcizení manželů, manžel nebo manželka se cítí zanedbávaní, přehlížení a tím vzniká vyšší riziko rozvodů. Dále již zmiňovaná postupná ztráta výkonnosti, pokles sebedůvěry a energie, apatie, později soustavné zanedbávání povinností.

Popsané příznaky a problémy jsou vždy výsledkem dlouhodobějších pozvolných změn. Samotný vývoj syndromu vyhoření se pak může odehrávat v širokém rozpětí postupu měsíců až několika let. Psychologové proto v souvislosti s typickým průběhem tohoto onemocnění hovoří o pěti základních fázích, jimiž se vyznačuje jeho vývoj.

⁵⁰TOŠNEROVÁ, Tamara, TOŠNER, Jiří, *Burn – out syndrom, Syndrom vyhoření*,

Praha: Hestia, 2002 s. 8

⁵¹ STOCK, Christian, *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*, Praha: Grada Publishing, 2010, s. 23

5. Fáze procesu psychického vyhoření

Jak již bylo uvedeno, jedná o pozvolný proces. Tudíž i nástup fází nemusí být nějak jasný a přesně určitelný. Mohou se mezi sebou prolínat, či některé probíhat velmi rychle.

Fáze vývoje syndromu vyhoření podle Jiřího a Tamary Tošnerových:

- nadšení: vysoké ideály, vysoká angažovanost;
- stagnace: ideály se nedaří realizovat, mění se jejich zaměření. Požadavky klientů, jejich příbuzných, či zaměstnavatele začínají obtěžovat;
- frustrace: pracovník vnímá klienta negativně, pracoviště pro něj představuje velké zklamání;
- apatie: mezi pracovníkem a klientem vládne nepřátelství, pracovník se vyhýbá odborným rozhovorům s kolegy a jakýmkoliv aktivitám;
- syndrom vyhoření: dosaženo stadia úplného vyčerpání - ztráta smyslu práce, cynismus, odosobnění, odcizení, vymizení reflexe vnitřních norem⁵²

Nejjednodušší model procesu burnout Christiny Maslach:

1. Idealistické nadšení a přetěžování
2. Emocionální a fyzické vyčerpání
3. Dehumanizace druhých lidí jako obrany před vyhořením
4. Termální stádium: stavění se proti všem a proti všemu a objevení se syndromu burnout v celé jeho pestrosti (sesypání se a vyhoření všech zdrojů energie)⁵³

⁵² TOŠNEROVÁ, Tamara, TOŠNER, Jiří, *Burn-out syndrom - Syndrom vyhoření*,

Praha: Hestia, 2002, s. 5

⁵³ KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Jak neztratit nadšení*, Praha: Grada Publishing, 1998, s. 61

Autorská dvojice Leiter a Malach (1988) naznačila jak dochází v průběhu vyhořování k postupnému vynoření se těchto tří složek procesu syndromu burnout:

- EE – Emocionální vyčerpání jako odpověď na mimořádné požadavky okolí, kladené na člověka. Zvýšená míra vyčerpanosti pak vede zcela automaticky k depersonalizaci.
- DP – depersonalizace daný člověk se snaží odpoutat od druhých lidí, distancuje se od nich a stahuje se do samoty (sociální izolace). Oba tyto faktory se pojí a ovlivní pracovní výkon.
- PA – snížená efektivita práce - snížení pracovního výkonu. Práce sama za těchto okolností pozbývá smyslu a významu, emocionální vyčerpanost znemožňuje dosahování obvyklého výkonu.

Tato verze byla posléze doplněna (Leitner, 1990 a 1991) zjištěním že na objevení PA – snížené efektivity práce má negativní vliv řada drobných problémů všedního života, špatné mezilidské vztahy na pracovišti, vztahy v rodině apod.⁵⁴ Tři fáze průběhu burnout podle A.Laengle:

- 1) Nadšení, kdy se člověk který se pro něco nadchl. Má pro co žít. Práce je smysluplná
- 2) Utilitární zájem, kdy se z prostředku stává cíl – užitková hodnota. Ten kdo zprvu pracoval, protože měl před sebou určitý ideál, pracuje nyní proto, že se mu žádoucí stal vedlejší produkt – např. peníze, které za práci dostává. Nadšení pohasíná oheň začíná doutnat
- 3) „Život v popeli“ a naznačuje jeho tři charakteristiky:
 - Ztráta úcty k hodnotě druhých lidí, věcí a cílů. Tato ztráta vede k zvěcnění sociálního světa a člověka postiženého syndromem burnout, na lidi se dívá jako na věci – na materiál.

⁵⁴KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Jak neztratit nadšení*, Praha: Grada Publishing, 1998, s. 65-64

- Necitlivé a necitelné chování, disrespekt, cynismus, ironie a sarkasmus, nacházejí zde živnou půdu.
- Ztráta úcty k vlastnímu životu. Chová se cynicky nejen k ostatním lidem, ale i k sobě samému. Ničeho si neváží. Nic pro něj nemá opravdovou cenu⁵⁵.

Příklad z praxe: Nultá fáze: jedinec pracuje co nejlépe, snaží se, přesto má pocit, že požadavkům na něj kladené není možné dostat a jeho snaha není dostatečně ohodnocena, začíná docházet k přetěžování. Tato fáze představuje jakési podhoubí pro vznik syndromu vyhoření. První fáze: pocit, že jedinec nic „nestíhá“ se prohlubuje, jeho práce pomalu, ale jistě ztrácí systém. Začíná zapomínat. Uvědomí si první chyby, opomenutí. Posléze dochází k úplnému výpadku - třeba schůzky. Druhá fáze: vyskytují se symptomy neurózy (např. úzkost) spolu s pocitem, že jedinec stále musí něco dělat, přičemž výsledkem je chaotické jednání. Nic se najednou nedaří, všechno je špatně. Pracuje hodně, často i dlouho - bohužel špatně. Dělá chyby a na kritiku reaguje neuroticky, podrážděně. Vzniká negativní postoj k pracovnímu procesu jako celku, projevují se spory v kolektivu, podrážděnost, nesnášenlivost. Toto období je nejlepší k rozpoznání a zamezení dalšího rozvoje syndromu, a třetí fáze: pocit, že „něco uděláno být musí“, mizí a nahrazuje ho opačný pocit – že se nemusí vůbec nic. Pouhá přítomnost druhých lidí jedince dráždí, přidružuje se ztráta veškerého nadšení a zájmu, převládá únava, zklamání a vyčerpání.

Pro vedoucí pracovníky i kolegy, je důležité rozpoznávat stadia u svých zaměstnanců a adekvátně reagovat. U první fáze nadšení být trpělivý, tolerantní, nebát se ocenit, pochválit, dát důvěru, ale také citlivou a přiměřenou kritiku. Zbytek pracovního týmu se může „nakazit“ nadšením a připojit se. „Nováčka“ necháme seberealizovat, neodrazujeme jej. Ve fázi nespokojenosti (stagnace a frustrace) se s kolegou snažíme otevřeně hovořit o jeho pocitech, potřebách. Doporučíme odpočinek, dodáváme impulzy, podporu, ocenění. Ve fázi vyhoření je nutný maximálně individuální přístup, nutno zjistit, co bylo příčinou a řešit ji, zde je ale také na místě pomoc psychologa.

⁵⁵KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Jak neztratit nadšení*, Praha: Grada Publishing, 1998 s. 65

6. Syndrom vyhoření u lékařů

V souvislosti s touto problematikou vyvstávají otázky o chybovosti lékařů, kteří jsou pod neustálým tlakem. Do jaké míry si lékař přizná, že s ním není něco v pořádku. Dovolí mu jeho ego požádat o pomoc?

Lékaři patří mezi nejohroženější skupinu. Stres a syndrom vyhoření u lékařů jsou velice aktuálním tématem, neboť ohrožují nejen lékaře samotné, ale mají také výrazný vliv na kvalitu jejich práce a přístup k pacientům. Řada studií prokazuje, že právě burnout syndrom a příbuzné jevy, například deprese, patří mezi nejvýznamnější prediktory lékařských chyb, na rozdíl například od počtu odpracovaných hodin; přesčasy ovšem mohou být jednou z jeho příčin.

Studie kvantifikující tento jev udávají až šestinásobný výskyt omylů u lékařů trpících depresemi a pracovním vyčerpáním. Toto je alarmující údaj, který poukazuje na skutečnost, že burnout u lékařů není jen hypotetickým fenoménem, ale představuje konkrétní jev, který může zásadně ovlivnit práci lékařů, a tedy i zdraví pacienta. Vzestup následků profesionálního stresu u lékařů vedl v roce 2003 Evropské fórum lékařských asociací a Světovou zdravotnickou organizaci k prohlášení, které vybízí národní asociace k monitorování, studiu a prevenci tohoto problému. Rizikových činitelů v lékařské praxi bohužel není málo. Tyto rizikové faktory se neuplatňují izolovaně, ale vstupují do vzájemných interakcí.

Patří sem:

- Kontakt s tabuizovanými oblastmi lidské existence (zkoumání různých tělních dutin, bolest, soukromí pacientů, smrt)
- Styk s negativními emocemi pacientů jakou jsou deprese, vyčerpání, podrážděnost nebo hněv.
- Velká morální a právní odpovědnost, nejistota při volbě optimálního léčebného postupu.
- Nutnost rozhodovat se i při neúplných informacích.
- Konflikt rolí, např. terapeut versus manažer nebo role otce rodiny nebo

matky versus nároky zdravotnické profese.

- Nedostatečná pozornost vlastním neřešeným problémům, které se stykem s nemocnými často aktivují.
- Náročný životní styl. Přesčasové hodiny se uplatňují negativně zvláště za situace, kdy jsou lékařům vnučovány.
- Malá připravenost uspokojovat vlastní psychické potřeby.
- Snadná dostupnost návykových léků a sklon k samoléčení i tam, kde je vhodnější pomoc jiného lékaře.
- Domnělá nebo skutečná profesionální selhání prožívají zdravotníci většinou hůře než jiné profese.
- Zdravotník bývá okolím vnímán přes své povolání, což vede k obtížnějšímu oddělování profese a soukromí.
- Zdravotní rizika (např. riziko infekce nebo riziko napadení opilým pacientem).
- Trojsměnný provoz a noční práce, někdy i spánková deprivace.
- Časové i jiné nároky na průběžné vzdělávání. Nutnost se adaptovat nové situaci a novým přístupům.
- Nároky plynoucí z týmové práce a interpersonálních problémů.
- Nárazový charakter práce, lékař bývá někdy nucen se zabývat příliš mnoha úkoly, které má zvládat v omezeném čase.⁵⁶

Aktuální odborné studie se samozřejmě nezabývají pouze samotnými projevy a dopady syndromu vyhoření, ale studují i možné příčiny a spouštěče. Mezi ty patří, jak již bylo zmíněno, osobnostní dispozice, především v souvislosti s úrovní frustrační a stresové odolnosti, základními osobnostními charakteristikami apod. Ačkoli osobnostní předpoklady určitou roli v rozvoji burnout syndromu určitě hrají, pravděpodobně nepředstavují rozhodující faktor. Samotný burnout je reakcí na kombinaci externích, dlouhodobě působících vlivů.

⁵⁶NEŠPOR Karel, *Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření*, Medicína pro praxi: odborný měsíčník, Praha, 2007, číslo 9, s. 371, ISSN- 1214- 8687.

V lékařských profesích lze nejzávažnější příčiny klasifikovat do dvou základních kategorií

- faktory bezprostředně související s výkonem lékařské profese
- faktory vycházející primárně z pracovních podmínek lékaře⁵⁷.

Jako příčiny stresového zatížení vycházející u podstaty profese můžeme jmenovat:

- Fyzické zatížení
- Vysoké statické zatížení (např. operační sál)
- Narušení spánkového rytmu
- Nepravidelná strava
- Kontakt s léky, chemikáliemi, radiací apod.
- Vysoké riziko infekce

Psychické zatížení

- Vysoké pracovní tempo
- Vysoká zodpovědnost
- Nutnost neustále rychle a pružně reagovat
- Kontakt s utrpením, bolestí, smrtí
- Nutnost komunikace s pacientem a jeho rodinou

Příčiny vycházející z pracovních podmínek

- Vysoké nároky na pracovní výkon
- Špatné ohodnocení
- Časté nebo neefektivní organizační změny
- Nárůst neefektivní administrativní zátěže
- Nízká podpora profesního růstu
- Nejasnost nebo nesrozumitelnost probíhajících nebo plánovaných změn
- Profesní nejistota⁵⁸

⁵⁷ NEŠPOR Karel, *Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření*, Medicína pro praxi: odborný měsíčník, Praha, 2007, číslo 9, s. 371, ISSN- 1214- 8687.

⁵⁸ PTÁČEK, Radek, KUŽELOVÁ, Hana, *Syndrom vyhoření u lékařů*, ZDN: odborný čtrnáctideník, 2010, číslo 31-32, s. 20. ISSN 0044 – 1996.

Nepříznivý vliv rizikových faktorů práce ve zdravotnictví mohou kompenzovat ochranné faktory. K nim patří:

- Pocit, že práce má smysl, což je v medicíně častější než ve většině jiných profesí. Lékař sice nemůže nad smrtí zvítězit definitivně, ale skoro vždy může zmírnit pacientovo utrpení.
- Lékaři bývají nadprůměrně dobře informováni o zdravotních záležitostech a o ochraně zdraví a vědí, kde hledat odbornou pomoc.
- Ve prospěch lékařů také hovoří v porovnání s běžnou populací vyšší inteligence a lepší vzdělání. To zvyšuje jejich schopnost si poradit a snižuje stres
- Zdravotníci mají vysokou společenskou prestiž, jak opakovaně potvrzují výzkumy veřejného mínění. I to může být zdrojem určité gratifikace a přispívat k výše zmíněnému pocitu smysluplnosti.
- Výhodnou samostatně pracujících lékařů je to, že si práci mohou spíše organizovat a nemusí se tolik přizpůsobovat požadavkům nadřízených. Pocit, že je člověk pánem sebe sama, také zvyšuje odolnost vůči stresu.⁵⁹

6.1. Dopady syndromu vyhoření na systém zdravotnictví

Je zřejmé, že jevy jako stres a burnout s výkonem lékařské profese neoddelitelně souvisejí. Nicméně je otázkou, jakým způsobem zdravotnický systém napomáhá jejich prevenci a zda nemá rozhodující podíl na jejich rozvoji, jak uvádějí některé odborné studie.

Dopady ve vztahu pacient – lékař

- Snížená výkonnost lékaře
- Zvýšený počet medicínských chyb
- Snížený zájem o pacienta

⁵⁹NEŠPOR Karel, *Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření*, Medicína pro praxi: odborný měsíčník. Praha, 2007, číslo 9, s. 371, ISSN- 1214- 8687.

- Volba kompromisů v souvislosti s bezpečím pacienta
- Neefektivní rigidní vzorce preskripce medikace a léčby obecně
- Neochota ke kreativnímu alternativnímu myšlení

Dopady pro systém zdravotnictví

- Zvýšený odchod ze zaměstnání zvláště služebně mladších lékařů
- Snížená ochota lékařů k profesnímu růstu
- Zvýšená cirkulace lékařů zvláště na exponovaných pracovištích
- Zvýšené náklady související s neochotou lékařů k jiným než zaběhlým postupům
- Zvýšený počet lékařů odcházejících s profese
- Snížená efektivita systému v důsledku zvýšení chyb lékařů
- Snížená důvěra veřejnosti v systém zdravotnictví v důsledku zjevných důsledků syndromu vyhoření u lékařů jako je neochota komunikovat, odosobněný přístup, deklarovaný cynismus⁶⁰

Za prioritní problémy ve zdravotnictví, které mohou být podhoubím pro vznik syndromu vyhoření je možné považovat: malé finanční ocenění zejména mladých lékařů, míra přesčasových hodin a s tím související psychické i fyzické přetěžování. Dále si mladí lékaři stěžují například na možnost dalšího vzdělávání. S výše zmiňovaným souvisí odliv mladých nadějných lékařů do zahraničí. Zdravotnictví každé země, nemá-li ustrnut ve svém vývoji, musí procházet celou řadou změn a inovací. Přijatá opatření by měla docílit zlepšení současného stavu. Zde platí přímá úměra a to, ta že nespokojenost lékařů snižuje výkonnost zdravotnictví. Jejich spokojenost, popřípadě nespokojenost je významnou determinantou jakékoli reformy zdravotnictví.

⁶⁰ PTÁČEK, Radek, KUŽELOVÁ, Hana, *Syndrom vyhoření u lékařů*, ZDN, 2010, č. 31-32 s. 21. ISSN 0044 – 1996.

7. Syndrom vyhoření v profesy zdravotní sestry

Práce zdravotních sester a ošetřovatelek patří k nejtěžším a ze zdravotního hlediska k nejrizikovějším. Potvrzují to nejen samotné sestry, ale také zkušenosti odborníků na zdravotnictví i statistické údaje. Vždyť ve většině zemí předstihuje obor zdravotnictví, co se týká nemocí z povolání, dokonce i stavebnictví či hutní průmysl. Vedle fyzické náročnosti práce a rizika infekce je stále závažnějším problémem i zátěž psychická.

V otázce fyzické náročnosti práce ošetřovatelského personálu hraje hlavní roli polohování pacienta a manipulace s ním nebo lůžkem. Přestože se vybavení nemocnic zlepšuje, manipulace s pacienty při úpravě lůžka, převazu, vážení, koupání a dalších úkonech je ve zdravotnických zařízeních i ústavech sociální péče stálým problémem. Vysoké požadavky na práci, nutnost podávat maximální výkon i při nedostatku personálu, nízké finanční ohodnocení nebo nedostatečná prestiž oboru jsou „stresory“, které vedou k únavě a k pocitu přetrvávající vyčerpanosti. Dlouhodobá únava se stává chronickou, je spojená s hlubokým vyčerpáním a ztrátou výdrže. Dochází k psychickému strádání a vzniku psychických poruch a onemocnění.

Naplňování role sestry stěžuje především to, že je svou povahou vnitřně konfliktní. Zdrojem toho vnitřního konfliktu může být skutečnost, že zdravotníci mají pro svoji práci přesně stanovené normy, ale uplatňují je v jedinečných situacích. Osvojování si role nelze ani vzhledem k povaze dostatečně kontrolovat. Navíc sestry zastávají řadu „dílčích“ rolí, které naplňují v komplikovaných pracovních podmínkách, ve kterých se musí sestra dobře orientovat a nutné kroky učinit.⁶¹

⁶¹BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, *O Syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*, Brno: NCO NZO, 2006, s. 7

Zátěže v práci sestry:

Zátěže fyzické, chemické, fyzikální:

- Statické zatížení (stání při práci a asistenci u lůžka, u výkonů, stání u vizity)
- Dynamické zatížení (pocházení, vyřizování, přecházení mezi provozy)
- Zatížení páteře (při zvedání pacientů, polohování, úpravy lůžka)
- Zatížení svalového a kloubního systému
- Setkávání se s nepříjemnými podněty (exkrementy, otevřené rány, nehojící se onemocnění, zápach, deformity, vyrážky)
- Rizika infekce
- Narušení spánkového rytmu při směnování
- Nedostatek klidu a času na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu
- Kontakt s léky, dezinfekčními prostředky, pomůckami (rukavice)
- Hluk, nesprávné osvětlení, vibrace, radiační záření

Zátěže psychické, emocionální, sociální

- Neustálá pozornost, sledování (stavu pacientů, přístrojů, instrukcí)
- Pružné reagování na různorodé požadavky a změny
- Nároky na paměť
- Velká zodpovědnost za výsledky (následky) své práce
- Nutnost respektování daných pravidel, nutnost samostatného rozhodování
- Opakované setkávání s lidmi v těžkých emočních stavech
- Konfrontace s utrpením, bolestí, smrtí, vyrovnávání se s pocity bezmoci
- Působení bolesti druhým lidem

- Provádění řady činností, které běžně vzbuzují odpor
- Opakované konfrontace s vlastními zážitky a postoji, nutnost přemýšlet i o svém životě, o svých hodnotách a postojích
- Nízké ohodnocení náročné práce
- Konflikt rolí
- Nároky na neustále vzdělávání a učení se⁶²

Faktory, které se mohou podílet na vzniku syndromu vyhoření u sester:

- Přetíženost
- Špatné vztahy na pracovišti
- Nedostatek podpory
- Nevhodné chování nadřízených, necitlivý přístup
- Nízká loajalita, k pracovišti, k zařízení, k oboru
- Nadměrná emocionální zátěž
- Zdravotníci nebývají zvyklí ventilovat své skutečné pocity a to ani v kruhu blízkých, ani na pracovišti
- Nevyhovující pracovní podmínky a špatná organizace práce
- Vyžadování čím dál větší zodpovědnosti, resp. Přenášení zodpovědnosti na sestru mimo její kompetence
- Energetická bilance je dlouhodobě negativní, sestra vydává více než dostává
- Nereálná očekávání a ztráta ideálů při vstupu do zaměstnání⁶³

⁶² BARTOŠÍKOVÁ, Ivana *O Syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*, Brno: NCO NZO, 2006, s. 11-12

⁶³ BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, *O Syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*, Brno: NCO NZO, 2006, s. 19

8. Prevence syndromu vyhoření

Největší nebezpečí syndromu vyhoření je v jeho plíživém příchodu. Varovné signály se často objevují až tehdy, kdy je nejvyšší čas pro intervenci. Jako prevenci syndromu vyhoření doporučují odborníci naučit se řídit svůj čas, pravidelně plánovat fyzickou aktivitu, pasivní relaxaci nebo rehabilitaci, psychickou relaxaci, dovolenou (bez nepřetržitého kontaktu s prací), dbát na dostatečný pitný režim, správnou a racionální výživu a dostatek spánku. Důležité je také umět se radovat ze života, hledat jeho pozitiva, mít koníčky, přátele, záliby a nejen práci. Také cíle nemají být jen pracovní, ale i osobní a rodinné. Zvládání stresových obtíží podle J. Křivohlavého:

- Konfrontační způsob zvládání stresu
- Hledání sociální podpory (rodina, přátele, někdo kdo by nám pomohl)
- Plánované hledání řešení problému, sebeovládání
- Distancování se, odvrácení od toho co se děje
- Hledání pozitivních stránek na tom co se děje
- Přijetí osobní odpovědnosti za to co se děje a „vstoupení do děje“
- Snaha vyhnout se stresové situaci a utéct z ní⁶⁴

Důležité je vidět problémy v proporcích a v časové perspektivě. Účinným prostředkem redukce stresogenního dopadu různých problémů je vyhnout se jejich osobnímu prožívání – vztahování k vlastní osobě. Neúspěchy je potřeba hodnotit z hlediska snahy – pokud jste přesvědčeni o tom, že jste se snažili ze všech sil, není potřeba prožívat neúspěch jako tragédii. Při řešení životních situací má rozhodující význam náš aktivní přístup k životu, naše schopnost tvrdě a usilovně bojovat vlastními silami se všemi obtížemi, se kterými se v životě setkáváme.⁶⁵

⁶⁴ KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Sestra a stres*, Praha: Grada publishing, 2010, s. 30

⁶⁵ KEBZA, Vladimír., ŠOLCOVA, Iva, *Syndrom vyhoření*, Praha: SZÚ, 2003, s. 20.

8.1. Sociální opora

Termín „sociální opora“ se vztahuje k síle, kterou člověku, dává společenství lidí jemu blízkých. Jde v první řadě o tzv. primární sociální skupinu. Tou se rozumí rodina – manžel, manželka, společenství rodičů a dětí i širšího příbuzenstva. Patří sem podpora tzv. signifikantních, pro daného člověka důležitých lidí. Jde o lidi ochotné a schopné jej podržet, když klesá pod tíhou těžké životní situace⁶⁶.

Kvalitní mezilidské vztahy - tzv. sociální podpůrná síť, tedy existence blízkých lidí, kteří jedinci mohou poskytnout to, co si on sám dát nemůže. Jde hlavně o aktivní naslouchání (ovšem bez nutkání radit), povzbuzování a faktickou i emocionální pomoc v těžkých situacích.

Sociální podpora má kladný tlumivý vliv na rozvoj procesu syndromu vyhoření. Výsledky studií ukázali, že míra vážení si sociální podpory je přímo úměrná intenzitě rozviti syndromu vyhoření. Lidé, kteří mají silnou sociální podporu mají relativně nejméně příznaků syndromu vyhoření. Autorská dvojice Ayla Pinesová a Elliot Arosón se pokusila o rozčlenění funkcí sociální podpory:

1. Naslouchání – pozorně sledovat co druhý člověk říká, snažit se mu porozumět a pochopit.
2. Potřeba sociálního zrcadla – potřeba mít někoho kdo nám obrazně řečeno „nastaví zrcadlo“ abychom viděli jak se na to co děláme, dívají druzí lidé. Aby nám dal zpětnou vazbu. Takovou to vazbu dětem poskytují rodiče, přáteli přítel a přítelkyni přítelkyně, psychologům supervizor apod.
3. Uznání – lidem nadšeným, kteří opravdu pro něco „hoří“ se často stává, že klesají na mysli. Proto potřebují někoho, kdo by je upozorňoval na hodnotu toho, co již vykonali, na cenu toho, čeho se jim již podařilo dosáhnout.

⁶⁶ KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Jak zvládat stres*, Praha: Grada Avicenum, 1994, s. 176

4. Povzbuzování – jde o podněty k neustálému odbornému růstu, k růstu kompetence a profesní kvalifikace.
5. Soucítění – empatie – člověk potřebuje druhého člověka ve chvílích, kdy mu není dobře, aby s ním nesl jeho bol a žal. Potřebuje člověka, aby se s ním mohl podělit o svou radost. Ukazuje se, že lidé, kteří v tomto smyslu někoho mají daleko k emocionálnímu vyhoření – k burnout.
6. Emocionální vzpruha – potřebujeme kolem sebe i mravně zralejší osobnosti a morální vzory, tj. hrdiny v etickém slova smyslu, kteří by nám naznačovali, kým býti můžeme.
7. Prověřování stavu světa – oporou nám jsou lidé, kteří mají obdobnou, blízkou či harmonickou hodnotovou strukturu, jako máme my tj. lidé s obdobnou hierarchií priorit. Lidé, kteří jsou nám duševně, emocionálně a duchovně blízcí.
8. Dělbá práce – např. když si manželé rozdělí různé práce v domácnosti, delegace autority v podniku rozumí se jí rozdělení části odpovědnosti, které má vedoucí a tím i práv mezi několik lidí, jeho zástupců.
9. Spolupráce – např. pracovní týmy
10. Přejný prosociální postoj a nezištná pomoc – může se projevit např. v oblasti sociální komunikace – v tom jak lidé spolu mluví, jak se na sebe tváří, zda se na sebe usmívají, když se potkají apod.⁶⁷

8.2 Prevence na pracovišti

Z toho co bylo o syndromu vyhoření již zmíněno vyplývá, že má velice blízko k nespokojenosti. Výzkumy ukazují, že to jsou vzájemné vztahy mezi lidmi při práci, co nejvíce ovlivňuje pracovní spokojenost či nespokojenost a s tím i pracovní výkon. Lépe jsou na tom lidé typu B, kteří se na rozdíl od typu A neženou za výkonem a úspěchem s tepem na hranici mdlob, nýbrž dokážou vnímat svou práci a její výsledky v širších souvislostech.

⁶⁷ KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Jak neztratit nadšení*, Praha: Grada Publishing, 1998, s. 92-97

Přehled rizikových faktorů a odpovídajících protiopatření⁶⁸

Tab. 6 Přehled rizikových faktorů a odpovídajících protiopatření

Vysoká pracovní zátěž	Zvyšovat schopnost nést zátěž prostřednictvím kondičního cvičení, vyvážeností a využitím podpory okolí. Zmírnit zátěž – pohovořit s nadřízenými, používat zavedené modely pracovní doby nebo změnit pracovní náplň, změnit pracovní pozici, dát výpověď.
Nedostatek samostatnost	Pohovořit s nadřízenými, změnit pracovní pozici, dát výpověď
Nedostatek uznání	Pohovořit s nadřízenými, změnit pracovní pozici, dát výpověď
Špatný kolektiv	Pohovořit s kolegy, iniciovat změny, navrhnout supervizi nad pracovní skupinou
Nespravedlnost	Pohovořit s nadřízenými, změnit pracovní pozici, dát výpověď
Konflikt hodnot	Změnit pracovní pozici, dát výpověď
Sebepoškozující vzorce chování	Změnit přístup, časový management
Motivátory	Změnit přístup
Nízká odolnost	Posilovat odolnost vůči zátěži prostřednictvím kondičního cvičení, sociální opory, vyváženosti a časového managementu

Prevence v oblasti pracovní - na úrovni zaměstnavatele zahrnuje:

- Jasně cíle.
- Rozpoznat příznaky úzkosti.
- Rozpoznat zdroj stresu.
- Objevit maladaptivní chování.
- Odborné programy na odreagování pocitů, řešení problémů.
- Zlepšení komunikace.

⁶⁸ STOCK, Christian, *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*, Praha: Grada Publishing, 2010, s. 59

- Uznání přínosu a schopností každého pracovníka⁶⁹.

Dalšími faktory, kterými lze snižovat stresovou zátěž na pracovišti jsou:

- podpora odborných kontaktů
- přiměřená míra odpovědnosti a pravomocí zaměstnance
- podpora rekreačních a sportovních akcí v mimopracovní době
- vytvoření vyhovujícího pracovního prostředí
- finanční ohodnocení
- morální ohodnocení
- efektivní komunikace vedoucích pracovníků s podřízenými
- zprostředkování potřebné a nestigmatizující formy pomoci.

8.3 Prevence stresu a duševní hygiena u lékařů

Co je duševní hygiena? L. Míček nám podává definici: Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo k znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.⁷⁰

Primář psychiatrické léčebny v Bohnicích MUDr. Karel Nešpor, CSc. doporučuje a navrhuje jak mírnit stres a prevenci syndromu vyhoření u lékařů. Jednotlivé strategie, jak mírnit profesionální stres shrnuje následující přehled:

- Kvalitní síť mezilidských vztahů působí jako nárazník nebo ochrana proti stresu. Spokojenost manželského života ovšem bohužel není právě silnou stránkou většiny lékařů, alespoň podle zahraničních studií.
- Užitečné jsou dobré kolegiální vztahy mezi zdravotníky navzájem. Lidé též profese bývají schopni si dobře porozumět, projevovat si pochopení a sdílet

⁶⁹ KLEVETOVÁ, Dana, *Supervize jako prevence vyhoření*, ZDN, 2011, č. 10, s. 20, ISSN 0044 - 1996

⁷⁰ MÍČEK, Libor, *Duševní hygiena*, SPN, Praha, 1986, s. 9

praktické zkušenosti.

- Pomáhá mít k dispozici podstatné informace a zvládnout potřebné pracovní dovednosti. To dává lékaři větší jistotu a sebedůvěru a pocit kompetence. V současné medicíně je problémem i nadbytek informací, ve kterých je třeba se rychle orientovat a vybrat jen to podstatné.
- Užitečné jsou základní dovednosti týkající se psychoterapeutické pomoci a krizové intervence. K sociálním dovednostem patří i komunikační dovednosti ve vztahu ke spolupracovníkům i pacientům (např. schopnost trpělivě naslouchat, vcítit se, nacházet kompromisní řešení, vhodně používat humor). To mírní nejen profesionální stres u samotného lékaře, ale i v jeho okolí. Podle amerických pramenů lékaři, kteří nebyli pacienti nikdy soudně žalováni, dokázali lépe a trpělivěji naslouchat a lépe projevovali účast a pochopení, ať slovy nebo tónem hlasu.
- Přirozenou strategií prevence a zvládnání nadměrného stresu jsou relaxační a meditační techniky.
- V prevenci profesionálního stresu se doporučuje střední míra zátěže, tedy ani nedostatek práce (což není případ většiny lékařů), ani její nadbytek. Proto je také žádoucí si dobře organizovat čas.
- Dobré vnímání sebe sama (sebeuvědomění) na tělesné i duševní úrovni. Schopnost dobře si sám sebe uvědomovat umožňuje včas reagovat na příznaky stresu, vyčerpání nebo časné známky zdravotní poruchy.
- Odolnost vůči profesionálnímu stresu zvyšuje pestrost práce, jestliže se lékař podílí na výuce a již zmiňované kontakty s kolegy.
- Realistické nároky na sebe, dávat si dosažitelné cíle. Zdraví napomáhající praktiky (např. cvičení nebo relaxaci) by si měli lékaři plánovat stejně odpovědně jako důležité pracovní úkoly.
- Lékař by také neměl přebírat odpovědnost za skutečnosti, které nemůže ovlivnit (např. za to, jestli pacient dodržuje jeho rady).
- Odolnost proti stresu zvyšují i kvalitní zájmy a záliby, které nesouvisejí se zaměstnáním a které umožňující obnovu sil. Doporučuje se vést hranici mezi zaměstnáním a soukromím, i když je to někdy obtížné. Ke kvalitním zálibám ale nepatří sledování dlouhé televize, to naopak vyvolává pocity strachu a

obavy (tzv. syndrom špatného světa). Lze naopak doporučit např. uklidňující hudbu („hudba je potravou duše“). Existují i data o příznivém vlivu domácích zvířat na psychiku jejich chovatelů, to se týká zejména psů.

- Pro duševní zdraví a výkonnost jsou nevyhnutelné zdánlivé samozřejmosti jako dostatek spánku a dostatek nealkoholických tekutin.
- Taktně a důrazně odmítat nadměrné pracovní zatížení. Přepracovaný člověk by neměl přibírat nové úkoly, dokud se nezbaví dřívějších.
- Běžné užívané návykové látky, jako alkohol, kofein a tabák, nejenže stres nemírňí, ale v mnoha ohledech ho zvyšují (např. tepovou frekvenci, krevní tlak apod.), i když to může být provázeno chvilkovou subjektivní úlevou.
- Nepochybně pozitivní význam mají přiměřená a vhodná tělesná cvičení. Je sice pravda, že i tělesná cvičení zvyšují tepovou i dechovou frekvenci, během cvičení se však odbourávají látky uvolňované při stresu. Navíc se po skončení cvičení často spontánně dostavuje stav relaxace. Přiměřeně intenzivní tělesný pohyb nebo práce navíc snižují úzkosti i deprese. Existují také údaje o příznivém vlivu tělesné aktivity na duševní výkonnost.
- Důležitá je péče o vlastní zdraví. V případě onemocnění je třeba věnovat léčení potřebnou pozornost. Důležité je rozeznat hranice samoléčení a umět vyhledat odbornou pomoc. Zdá se, že lékaři mají v tomto směru určité rezervy.
- K užitečným strategiím patří i smích a humor, což také zvyšuje odolnost vůči stresu. Neagresivní a taktní humor navíc může uvolnit napětí a usnadňovat komunikaci i týmovou práci. Smích vyvolává v těle řadu změn a má tedy zároveň komunikační i autoregulační význam.
- Pocit uspokojení z práce zvyšuje také odolnost vůči profesionálnímu stresu. Dobrou otázkou, kterou lze lékaři položit, je proto: “Co můžete udělat, aby vám přinášela práce větší uspokojení?”
- Rituály. Některé postupy mají kromě praktické užitečnosti i rituální složku. Tak umytí si rukou po té, co člověk pracoval s náročným pacientem, sprcha na konci pracovní doby nebo převlečení se do civilního oblečení pomáhají lékařům se oddělit od práce a přejít k jiným životním rolím⁷¹.

⁷¹NEŠPOR Karel, *Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření*, Medicína pro praxi, odborný měsíčník, Praha, 2007, číslo 9, s. 371, ISSN- 1214- 8687.

Příklad z praxe: Hlavním koníčkem přednosty jedné z klinik je sport. V mládí hrával vrcholově odbíjenou, později se pak sportem číslo jedna jeho i celé rodiny stal orientační běh. V zimním období se rodina naopak věnuje lyžování, a to jak běžeckému tak i sjezdovému. Sám k problematice kompenzace neustálého stresu a udržení duševní rovnováhy říká: „*Sport je podle mého názoru pro lékaře jednou z nejdůležitějších cest, jak si udržet dobrou kondici fyzickou i duševní. Zejména pak to platí v dnešní době, která klade stále vyšší nároky a jejíž tempo nepřetržitě roste*“.

8.4. Prevence a duševní hygiena u zdravotní sestry

Jak na to? Několik rad nám poskytuje Prof. PhDr. Jaro Křivohlavý, ve své knize „*Duševní hygiena zdravotní sestry*“

- a) Dobré rodinné zázemí – dobré manželství, radost z dětí i dobré kontakty s širší rodinou a se sousedy patří k nejmocnějším faktorům podporující duševní zdraví.
- b) Zamyšlení – meditace – najít uprostřed shonu občas chvíli na zamyšlení se nad tím co bylo, je a co by mělo být. jde o určitý druh sebezpytování (sebereflexi). Tématem může být i to, s čím se v životě momentálně setkáváme.
- c) Relaxace – uvolnění, je dobré praktikovat určitý druh relaxačních cvičení, např. Schultzův autogenní relaxační trénink, Jacobsovu formu relaxace, jógová cvičení apod. Důležité je pěstovat koníčka – něco, co není pro život bezpodmínečně nutné, ale dělá nám to radost. Výlety a cestování, folklór, sport, četba oblíbené literatury, setkávání s přáteli, Jde o to, abychom měli z této činnosti potěšení.
- d) Umění hospodařit s časem – uvedeme si soubor rad jak nakládat s časem.

Desatero o moudrém hospodaření s časem:

1. Považujme čas za vzácný dar – moudře ho užít a využít
2. Vědomě řídíme výdej času – plánovat kolik času věnujeme které činnosti.
3. Odlišujeme důležité od nedůležitého – vědomé řízení času. Naučit se zvažovat hodnotu všeho, čemu se chceme být sebemenší chvíli věnovat.
4. Důležitým věcem věnujeme více času - Mezi důležité věci bude patřit jistě otázka tělesného i duševního zdraví, času strávený s přáteli a se členy rodiny.
5. Nejdůležitějším věcem věnujeme nejvíce času – Stojí-li něco opravdu za to, aby se to udělalo, pak to stojí i za to, aby se to udělalo dobře.
6. Méně důležitým věcem přiznávejme minimum času – Chceme-li někde čas přidat, jinde ho musíme ubrat.
7. Naučte se též říci „ne“ – Naučme se rozhodně říkat ne a důsledně mnohé věci nedělat.
8. Při skupinové činnosti dojednejme předem délku jeho trvání – Víme-li kdy máme končit, pak se spíše ukázníme, než je-li představa o konci mlhavá.
9. Naučme se na každou činnost dívat z hlediska její hodnoty – klíčem moudrého hospodaření s časem je zvažování důležitosti, naléhavosti, nezbytnosti, a tedy hodnoty věcí nebo činností kterým chceme věnovat svůj čas.
10. Pravidelně bilancujme své hospodaření s časem – hodnotíme způsob přidělování času. K bilancování by mělo docházet pravidelně a měli by z něho vyplývat určité důsledky – co změnit, čemu se věnovat více, čemu méně.⁷²

⁷² KŘIVOHLAVÝ, Jaro, PEČENKOVÁ Jaroslava, *Duševní hygiena zdravotní sestry*, Praha: Grada Publishing, 2004, s. 23-24

Shrnutí strategií, návrhů na řešení a doporučení jak mírnit stres a prevence syndromu vyhoření:

- vytváření a udržování kvalitních mezilidských vztahů
- práce s podstatnými informacemi
- zvládnutí potřebných pracovních dovedností
- dobrá a jasná komunikace v rámci pracovního týmu
- dobré vnímání sebe sama (sebeuvědomění) na tělesné i duševní úrovni
- psychoterapeutický výcvik
- mít na sebe realistické nároky a dávat si dosažitelné cíle
- vést co nejpevnější hranici mezi zaměstnáním a soukromím
- věnovat se zájmům a zálibám, které nesouvisejí se zaměstnáním
- umět zvládnout negativní emoce
- snížení spotřeby alkoholu, tabáku a kofeinu
- přiměřené a vhodné tělesné cvičení
- uvědomit si hranici samoléčení a včas vyhledat odbornou pomoc
- optimalizovat svůj životní styl
- dobrá pracovní doba pomáhá předcházet profesionálnímu stresu a syndromu vyhoření
- vhodně projevovat emoce a humor
- zvládnutí a užívání relaxačních technik
- kladný postoj k sobě samému.

V prevenci je důležité „hýčkat“ si své koníčky, umět relaxovat, doplňovat energii, radovat se, „hrát si“. Nepochadat syndromu „pomocníka“, uvědomit si, že každý je zodpovědný sám za sebe, své jednání a práci. Naučit se říkat NE, stanovit si priority, plán času a dostatečné přestávky. Naučit se vyjadřovat své pocity otevřeně. Najít si emocionální podporu - vrbu, které se můžu svěřit. Nebát se říct si o pomoc, nikdo není neomylný ani vševědoucí. Vyvarovat se negativního myšlení, vždy ho obrátit v pozitivní, opakovat si klady „v čem jsem dobrá/ý, co mi jde, co jsem již dokázal/a. V krizi zachovávat chladnou hlavu, velkým kladem je asertivní chování a smířit se s nevyhnutelným a neovlivnitelným - se smrtí.

9. Léčba syndromu vyhoření

Tak jako u jiných nemocí, i u syndromu vyhoření je velice důležité začít s léčbou co nejdříve. Nejjednodušší je bojovat s vyhořením už ve fázi stagnace. Bohužel jde však o plíživý proces, a proto si mnoho lidí ani neuvědomí, že se blíží nějaké nebezpečí. Důležitým bodem je rozpoznání což je často velmi těžké, ale zásadní, aby si člověk sám přiznal, že s ním není něco v pořádku a že se jeho pohledy na práci, vztahy i vlastní chování mění. Rozhodujícím faktorem je rozumový (analytický) pohled na svou vlastní osobu, prostý velkých emocí. To mnoho lidí nedovede a proto je lépe se svěřit odborníkovi. V této situaci musí jít Ego stranou, aby pravdivá informace vyplula napovrch. Pokud tedy problém dospěje až do konečné fáze vyhoření, je nejefektivnější svěřit se do péče psychologů či psychiatrů. Úspěchy jsou pozorovány u logoterapie, která spočívá v nalezení smyslu života, řešení frustrační situace, objevení nových hodnot a přijetí tohoto smyslu. Dále pak kognitivně-behaviorální terapie, která je zaměřena spíše na dílčí problémy, neřeší postatu problému. Páteří léčby syndromu vyhoření je nepochybně psychoterapie. V jejím rámci tak člověk postižený popsány problémy spolu s psychologem odhaluje způsoby, kterými se jeho pracovní vytížení proplétá s ostatními dimenzemi života v podobě, jež v důsledku znemožňuje další fungování. Spolu s léčbou psychologickými prostředky se nabízí i možnost zvládnutí syndromu vyhoření prostřednictvím podávání speciálních přípravků. Se syndromem se velice často pojí také pocity ztráty orientace ve svém vlastním životě, či úplné absence představ o jeho dalším směřování, které v mnoha případech ústí v depresivní potíže. Tehdy pak ošetřující lékař může přistoupit k doporučení léčby antidepresivy. Zvolený postup však závisí především na domluvě mezi terapeutem a postiženým jedincem. Terapie se pak zabývá především otázkami zdravého životního stylu, posílení mezilidských vztahů a získání realističtějšího postoje k zaměstnání. Někdy je nutná dočasná nebo dlouhodobá změna zaměstnání, snížení úvazku a další podobná opatření.

10. Praktická část

Praktická část diplomové práce se snaží odpovědět na základní otázku: Jaká je situace v konkrétní praxi? Zaměřuje se na zjištění skutečného stavu syndromu vyhoření a možných příčin jeho vzniku na konkrétním pracovišti, kterým je zdravotnické zařízení. Pro komplexnost pohledu byl průzkum rozdělen na dvě části a to na zdravotnickou část, kterou reprezentují lékaři a sestry a část nezdravotnickou, kterou zastupují administrativní pracovníci. Zdravotnické části je zde věnována větší pozornost z důvodu zaměření pracoviště.

Místo průzkumu: Thomayerova nemocnice, Vídeňská 800, Praha 4. Thomayerova nemocnice poskytuje komplexní lékařskou a ošetrovatelskou zdravotní péči.

Doba průzkumu: 1. 10. 2011 do 30. 11. 2011

Cíl průzkumu: Zjištění aktuálního stavu syndromu vyhoření na konkrétním pracovišti a odhalení možných příčin jeho vzniku.

Zvolená metoda: Dotazník

Dotazníky byly rozdány na jednotlivá oddělení se souhlasem primářů a vrchních sester. Ochotu při vyplňování dotazníků můžeme hodnotit jako dobrou.

10.1. Výběr respondentů

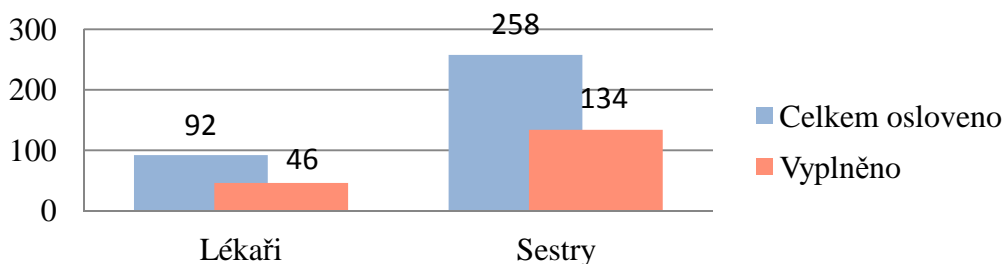
Charakteristika vzorku: průzkumu se zúčastnilo celkem 204 respondentů. 20 z administrativní části a 184 z části zdravotnické. 4 dotazníky byly vyřazeny z důvodu neúplnosti údajů. Ve struktuře vzorku je 81,5% žen a 18,5% mužů. Z hlediska vzdělání mají v souboru značnou převahu lidé se

středním vzděláním s maturitou. Věková struktura vzorku: 36,5% spadá do věkové kategorie 20 let - 30 let, 41% do kategorie 31 let – 45 let, 21,5% do kategorie 46 let - 60 let a 1% do kategorie 60 let a více. Výběr respondentů ve zdravotnické části byl orientován na lékaře a sestry pracující na oddělení, které spolu úzce souvisí a spolupracují: chirurgická klinika, dětská chirurgie, hrudní chirurgie a plicní oddělení. V nezdravotnické části se zúčastnili respondenti z administrativní části nemocnice.

Tab. 7: Zdravotní část: Celkový počet oslovených respondentů a návratnost vyplněných dotazníků.

	Celkem osloveno	Vyplněno	Návratnost %
Lékaři	92	46	50%
Sestry	258	134	51,6%

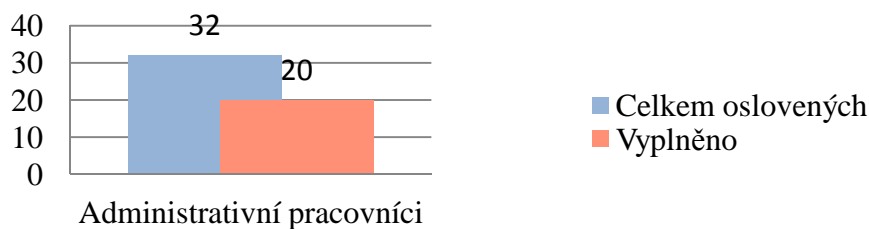
Graf 1: Celkový počet oslovených respondentů a návratnost vyplněných dotazníků



Tab. 8: Administrativní část: Celkový počet oslovených respondentů a návratnost vyplněných dotazníků.

	Celkem oslovených	Vyplněno	Návratnost %
Administrativní pracovníci	32	20	62,5

Graf 2: Administrativní část: Celkový počet oslovených respondentů a návratnost vyplněných dotazníků.



Pokud budeme posuzovat návratnost rozdaných dotazníků ve zdravotnické části podle oddělení, pak byla největší návratnost vyplněných dotazníků z chirurgické kliniky 81% a oddělení hrudní chirurgie 77%. Plicní oddělení mělo návratnost 36% a nakonec dětská chirurgie 32%. Návratnost v administrativní části byla 63%.

10.2 Diagnostická metoda ke zjištění syndromu vyhoření

K průzkumu četnosti syndromu vyhoření byla použita odborná metoda MBI – metoda Maslach burnout inventory. Tato metoda pomocí odborně sestaveného dotazníku zjišťuje tři základní činitele. EE – emotional exhaustion – emocionální vyčerpání. DP – depersonalizace – ztráta úcty k lidem jako k lidským bytostem a PA – personal accomplishment – snížení výkonnosti

- Emocionální vyčerpání (EE) je nejsměrodatnějším ukazatelem přítomnosti syndromu vyhoření. Poukazuje na emocionální vyčerpání, ztrátu chuti k životu, nedostatek sil, nulovou motivaci.
- Depersonalizace (DP) - Tento projev psychického vyčerpání je zřetelně vyjádřen u lidí, kteří mají velkou potřebu reciprocity, tj. kladné odezvy od lidí, kterým se věnují. Pokud se takové odezvy nedočkají, zahořknou a staví se k druhým lidem cynicky. Ztrácí respekt, v extrémních případech jednají s lidmi jako s neživými věcmi.
- Osobní uspokojení z práce (PA) - s touto charakteristikou syndromu vyhoření se setkáváme zvláště u lidí s nízkou mírou zdravého sebe-hodnocení, sebe-cenění a sebe-důvěry, kteří nemají dostatek energie ke zvládnutí stresových situací, konfliktů a životních těžkostí.⁷³

V dotazníku MBI je 22 otázek, ze kterých je 9 otázek zaměřených na emocionální vyčerpání (EE), 5 otázek je zaměřených na depersonalizaci (DP) a 8 otázek je zaměřených na uspokojení z práce (PA). Úroveň syndromu vyhoření je hodnocen ve třech rovinách: nízké – mírné – vysoké. Pro

⁷³ KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Jak neztratit nadšení*, Praha: Grada Publishing, 1998, s. 40

emocionální vyčerpání a depersonalizaci jsou ukazatelem vyhoření vysoké hodnoty. Naopak u osobního uspokojení z práce a s tím související snížení pracovního výkonu jsou znakem syndromu vyhoření hodnoty nízké. U každé otázky je možnost odpovědět na stupnici od čísla 1 až po číslo 7. Podle síly (intenzity) pocitu. Způsob vyhodnocení dotazníku viz. Příloha B.

Tuto metodiku publikovala v r. 1981 autorská dvojice Christina Maslach a Jackson. Psychometrické údaje jsou uvedeny v knize Schaufeli, W. B., Maslach, Ch. A Marek, T. (Eds.) 1993. V r. 1995 provedla italská autorská dvojice Antonio Pierro a Silvia Fableri důkladnou mnohostrannou faktorovou analýzu metody MBI a prokázala existenci výše uvedených tří faktorů – EE, DP a PA.⁷⁴

V diplomové práci je použita česká verze tohoto dotazníku, jejíž autorkou je PhDr. Zdeňka Žídková, která se specializuje na šetření psychické zátěže v rámci podniku nebo školy pomocí dotazníků.

10.3. Dotazník k odhalení příčin vyhoření

Druhá část dotazníku se skládá s otázek, pomocí kterých se snažíme odhalit možné příčiny vzniku syndromu vyhoření na tomto konkrétním pracovišti. Otázky byly zaměřeny na spokojenost zaměstnanců (lékaři, sestry, administrativní pracovníci) v zaměstnání, stav pracovního kolektivu, spolupráci na jednotlivých odděleních i spokojenost zaměstnanců s nemocnicí jako zaměstnavatelem a v neposlední řadě i míru ovlivnění osobního života. Vždy bylo možné odpovědět podle školního známkování od jedné do pěti. 1 znamenalo spokojen/a a 5 nespokojen/a.

Otázky byly rozděleny na:

- A. Oblast identifikační - kde byl zjišťován – věk, profese, pohlaví, stav, vzdělání a délka praxe.

⁷⁴ KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Jak neztratit nadšení*, Praha: Grada Publishing, 1998, s. 40

- B. Oblast pracovní - kde jsme se zaměřili na spokojenost s volbou profese, rozmanitost pracovní náplně, možnost ovlivnit svou práci, organizaci práce na příslušném oddělení a spokojenost s mírou důležitosti práce, kterou zaměstnanci vykonávají. Dále je zde otázka na zhodnocení míry pracovního zatížení.
- C. Oblast pracovního kolektivu – kde se zaměřujeme na spolupráci na odděleních, osobní vztahy, komunikace, předávání informací a celkovou atmosféru
- D. Další oblast je zaměřena na spokojenost zaměstnanců se svým zaměstnavatelem, zda věnuje dostatek pozornosti podnětům a připomínkám, zda mají zaměstnanci možnost osobního rozvoje a vzdělávání a je-li na pracovišti dostatečná míra kontroly či svobody.

Jak již bylo zmíněno, pomocí tohoto dotazníku se snažíme odhalit stav spokojenosti zaměstnanců a možné příčiny vypuknutí syndromu vyhoření. Úplné znění dotazníku viz. Příloha C.

10.4. Stanovení hypotéz

- Hypotéza č. 1: Se věnuje zdravotní části, kde byl vysloven předpoklad, že větší výskyt syndromu vyhoření se vyskytuje u zdravotních sester nežli u lékařů. Proto dochází k rozdělení a porovnání zdravotnické části podle profesních skupin na sestry a lékaře.
- Hypotéza č. 2: Větší výskyt syndromu vyhoření bude ve zdravotní části, nežli v části administrativní. Zde dochází k porovnání jednotlivých pracovišť
- Hypotéza č. 3: Výraznější sklon k výskytu syndromu vyhoření bude u zaměstnanců s delší praxí. Zde jsou respondenti rozdělení do zdravotnické (sestry a lékaři) a administrativní části (úředníci) a

jednotlivé faktory syndromu vyhoření EE – DP - PA jsou pro větší přehlednost graficky znázorněni jednotlivě.

- Hypotéza č. 4: Příčina vzniku syndromu vyhoření na konkrétním pracovišti je nespokojenost se svou prací tzn. s náplní své práce, možnost ovlivnění a fyzická i psychická náročnost práce - přetěžování.
- Hypotéza č. 5: Příčina vzniku syndromu vyhoření na konkrétním pracovišti jsou špatné mezilidské vztahy.
- Hypotéza č. 6: Příčina syndromu vyhoření je nespokojenost se svým nadřízeným potažmo i zaměstnavatelem tzn. direktivní přístup, neuznávání samostatného myšlení či degradující a ponižující chování nadřízených.

10.5 Zpracování empirických dat

Nejprve byly zpracovány údaje z dotazníku MBI – Maslach Burnout Inventory, který zjišťuje přítomnost syndromu vyhoření. Druhá část dotazníku byla zpracována pomocí programu Microsoft Office Excel 2007. Pro větší názornost byly údaje zachyceny ve sloupcových grafech.

10.5.1 Vyhodnocení syndromu vyhoření u lékařů

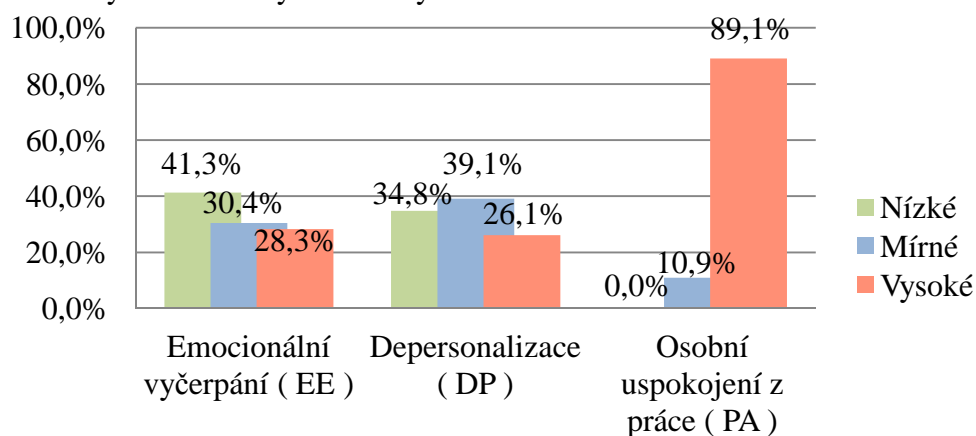
Celkem se zúčastnilo 46 lékařů. Emocionální vyčerpání EE - průměr = 21,54, depersonalizace DP – průměr = 8,68, kritické hodnoty MBI se objevují v rovině osobního uspokojení z práce PA – průměr = 25,87. Procentuální zastoupení faktorů MBI v rovině nízké – mírné - vysoké byly zjištěny tyto hodnoty: Emocionální vyčerpání (EE) 41,3% - 30,4% - 28,3%.

Depersonalizace (DP) 34,8% - 39,1% - 26,1%. Osobní uspokojení z práce (PA) 89,1% - 10,9% - 0%.

Tab. 9: Vyhodnocení syndromu vyhoření u lékařů

Stav vyhoření →	Nízké	Mírné	Vysoké
Emocionální vyčerpání (EE)	41,3%	30,4%	28,3%
Depersonalizace (DP)	34,8%	39,1%	26,1%
Osobní uspokojení z práce (PA)	0,0%	10,9%	89,1%

Graf 3: Vyhodnocení syndromu vyhoření u lékařů.



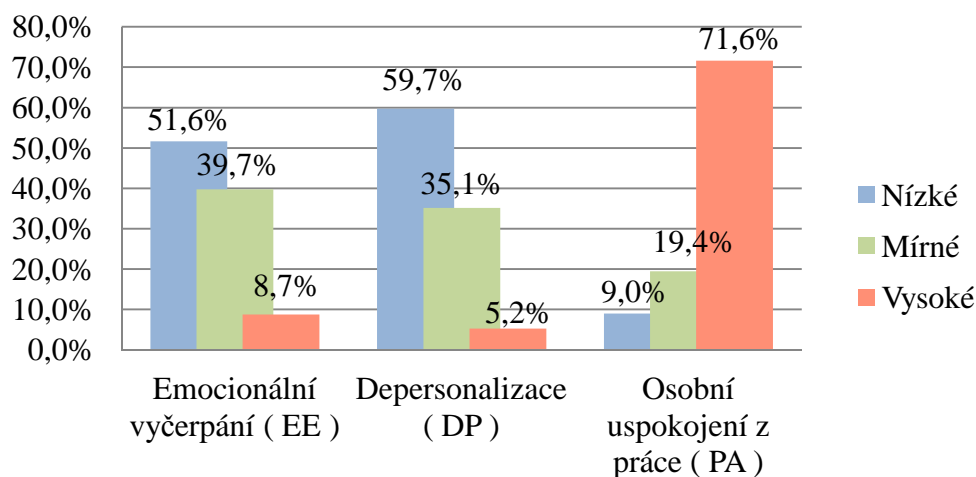
10.5.2 Vyhodnocení syndromu vyhoření u sester.

Celkem se zúčastnilo 134 sester. Emocionální vyčerpání EE – průměr = 20,80, DP – průměr = 8,8, opět nejkritičtější hodnota se objevuje v rovině osobního uspokojení z práce PA – průměr = 22,54. Procentuální zastoupení faktorů MBI v rovině nízké – mírné – vysoké byly zjištěny tyto hodnoty: Emocionální vyčerpání (EE) – 51,6% - 39,7% - 8,7%, Depersonalizace (DP) – 59,7 - 34,1% - 5,2%, Osobní uspokojení z práce (PA) – 71,9% - 19,4% - 9%.

Tab. 10: Vyhodnocení syndromu vyhoření u sester.

Stav vyhoření →	Nízké	Mírné	Vysoké
Emocionální vyčerpání (EE)	51,6%	39,7%	8,7%
Depersonalizace (DP)	59,7%	35,1%	5,2%
Osobní uspokojení z práce (PA)	9,0%	19,4%	71,6%

Graf 4: Vyhodnocení syndromu vyhoření u sester.



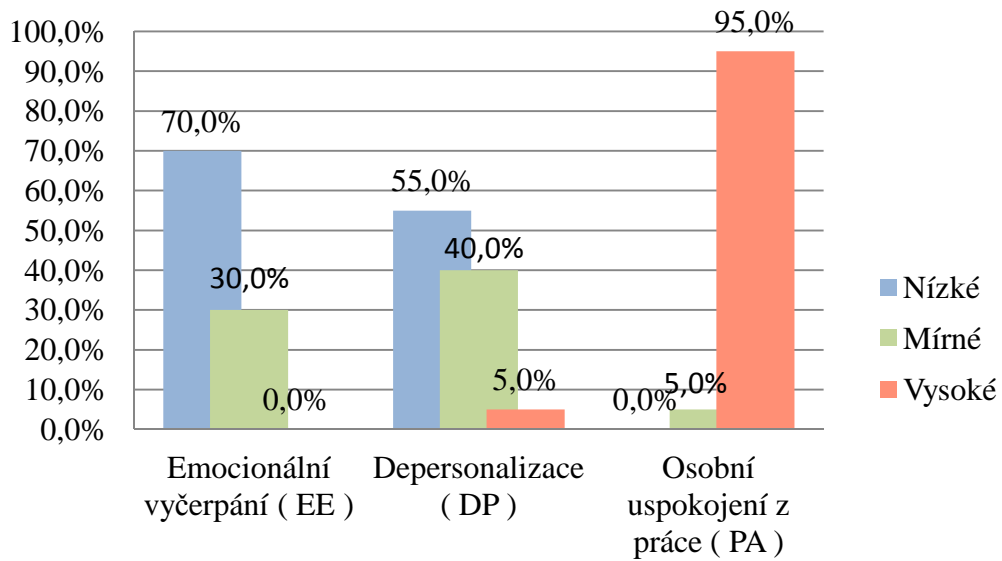
10.5.3 Vyhodnocení syndromu vyhoření u administrativních pracovníků.

Celkem se zúčastnilo 20 respondentů. Emocionální vyčerpání EE – průměr = 10,58, Depersonalizace DP – průměr = 8,67, Osobní uspokojení z práce PA – průměr = 17,80. Procentuální zastoupení faktorů MBI v rovině nízké – mírné – vysoké zde byly zjištěny tyto hodnoty: Emocionální vyčerpání (EE) – 70% - 30% - 0%, Depersonalizace (DP) – 55% - 40% - 5%, Osobní uspokojení z práce (PA) 0% - 5% - 95%.

Tab. 11: Vyhodnocení syndromu vyhoření u administrativních pracovníků.

Stav vyhoření →	Nízké	Mírné	Vysoké
Emocionální vyčerpání (EE)	70%	30%	0%
Depersonalizace (DP)	55%	40%	5%
Osobní uspokojení z práce (PA)	0%	5%	95%

Graf 5: Vyhodnocení syndromu vyhoření u administrativních pracovníků.



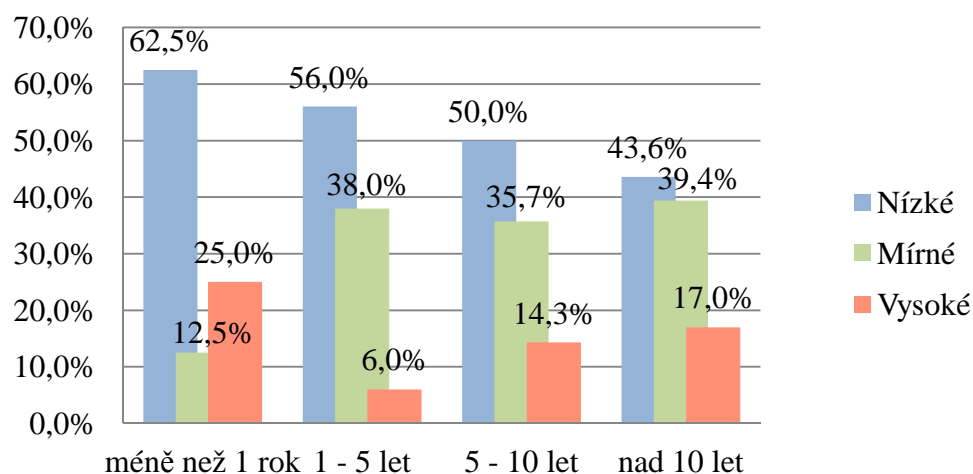
10.5.4 Vyhodnocení syndromu vyhoření ve zdravotnické části dle délky praxe.

Zde jsme se zaměřili na otázku, zda délka praxe hraje nějakou roli v četnosti výskytu syndromu. Jinak řečeno, předpoklad byl, že největší procento výskytu syndromu vyhoření bude u zaměstnanců s delší dobou praxe. Lékaře a sestry jsme sjednotili do zdravotnické části. Administrativní část zůstává neměnná. Tři roviny vyhoření byly posuzovány samostatně.

Tab. 12: Vyhodnocení v rovině emocionálního vyčerpání dle délky praxe u zdravotnického personálu.

Stav vyhoření →	Nízké	Mírné	Vysoké
méně než 1 rok	62,5%	12,5%	25,0%
1 - 5 let	56,0%	38,0%	6,0%
5 - 10 let	50,0%	35,7%	14,3%
nad 10 let	43,6%	39,4%	17,0%

Graf 6: Vyhodnocení v rovině emocionálního vyčerpání dle délky praxe u zdravotnického personálu.

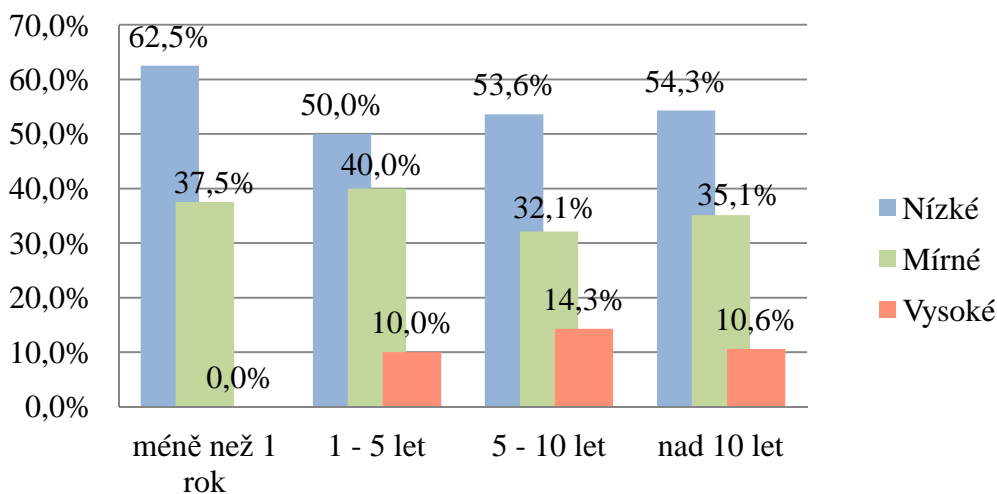


Zde je patrný, výraznější sklon k emocionálnímu vyčerpání u respondentů s praxí kratší než jeden rok.

Tab. 13: Vyhodnocení v rovině depersonalizace dle délky praxe u zdravotnického personálu.

Stav vyhoření →	Nízké	Mírné	Vysoké
méně než 1 rok	62,5%	37,5%	0,0%
1 - 5 let	50,0%	40,0%	10,0%
5 - 10 let	53,6%	32,1%	14,3%
nad 10 let	54,3%	35,1%	10,6%

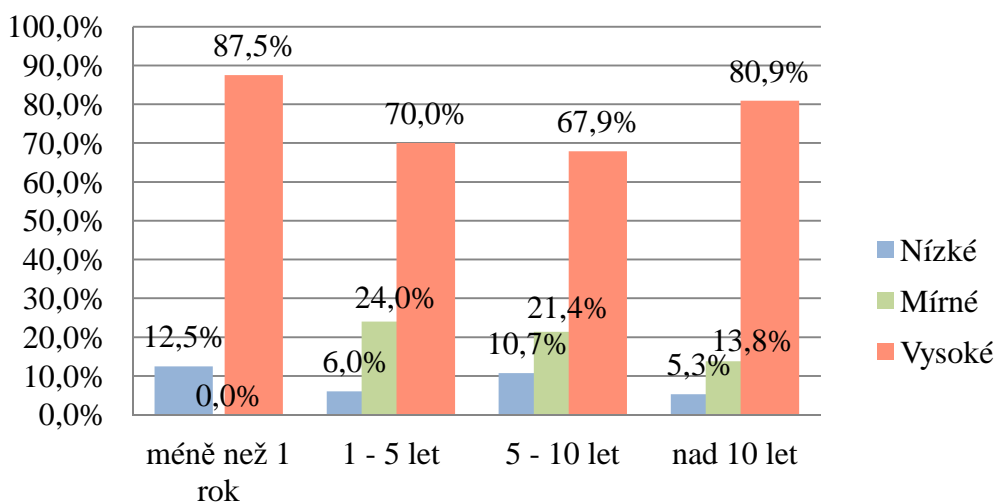
Graf 7: Vyhodnocení v rovině depersonalizace dle délky praxe u zdravotnického personálu.



Tab. 14: Vyhodnocení v rovině osobního uspokojení z práce dle délky praxe u zdravotnického personálu.

Stav vyhoření →	Nízké	Mírné	Vysoké
méně než 1 rok	12,5%	0,0%	87,5%
1 - 5 let	6,0%	24,0%	70,0%
5 - 10 let	10,7%	21,4%	67,9%
nad 10 let	5,3%	13,8%	80,9%

Graf 8: Vyhodnocení v rovině osobního uspokojení z práce dle délky praxe u zdravotního personálu.



Jak je zde zobrazeno alarmující výsledky se nachází v rovině osobního uspokojení z práce a s tím související pokles pracovního výkonu. Překvapujícím faktem je vysoké procento vyhoření u respondentů s praxí do jednoho roku. Potenciální důvod tohoto stavu nám může odhalit odpověď jednoho z mladých lékařů na otázku: V čem spatřujete příčinu tak vysokého procenta vyhoření právě v rovině osobního uspokojení z práce? „Po ukončení lékařské fakulty jsem do zaměstnání nastupoval pln nadějí a ideálů. Velmi zajímavá a všestranná práce se jevila v oboru chirurgie. Začal jsem se jí tedy cíleně věnovat a nechal jsem se zapsat do specializačního vzdělávání právě v tomto oboru. Chtěl jsem se zdokonalovat v „operativě“. Praxe ovšem vypadá jinak. Je neustálý nedostatek lékařů, jsem stále na ambulanci. Sloužím i 36 hodin v kuse, víkendy, svátky. Ke složitějším operacím se dostanu velmi zřídka, protože jsou na ně automaticky vypisováni starší zkušenější kolegové. Mnohdy

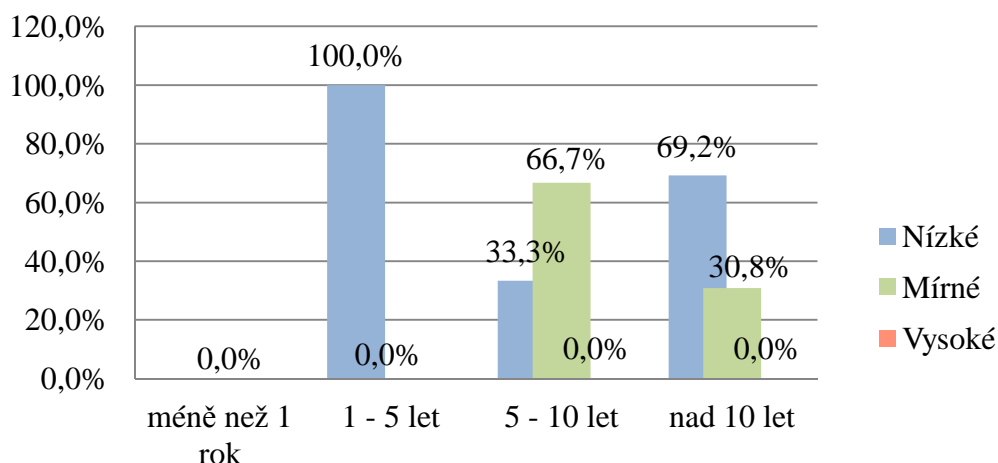
se stává, že i ze strany pacientů narážíme na neurvalé chování. Cítím situaci jako neúnosnou“. Podle J. Křivohlavého se s touto charakteristikou syndromu vyhoření setkáváme u lidí s nízkou mírou sebevědomí a sebeoceny. Zmiňovaný způsob organizace práce vzhledem ke kvalitě poskytovaných služeb je pochopitelný, ale je nutné nové lékaře co nejvíce začleňovat do operačního týmu pro získávání zkušeností a výchovu nových odborníků, protože s tímto přímo souvisí i růst zdravé míry sebevědomí. Dále zde narážíme na problematiku chybovosti lékařů. Je možné, aby lékař, který slouží 36 hodin, podával neustále 100% výkon?

10.5.5. Vyhodnocení syndromu vyhoření v administrativní části dle délky praxe.

Tab. 15: Vyhodnocení v rovině emocionálního vyčerpání dle délky praxe u administrativních pracovníků.

Stav vyhoření →	Nízké	Mírné	Vysoké
méně než 1 rok	69,2%	30,8%	0,0%
1 - 5 let	33,3%	66,7%	0,0%
5 - 10 let	100,0%	0,0%	0,0%
nad 10 let	0,0%	0,0%	0,0%

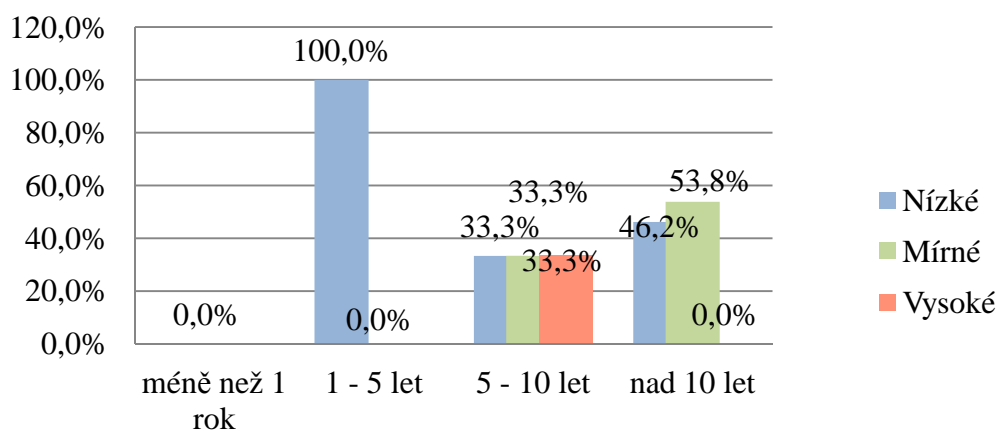
Graf 9: Vyhodnocení v rovině emocionálního vyčerpání dle délky praxe u administrativních pracovníků.



Tab. 16: Vyhodnocení v rovině depersonalizace dle délky praxe u administrativních pracovníků.

Stav vyhoření →	Nízké	Mírné	Vysoké
méně než 1 rok	0,0%	0,0%	0,0%
1 - 5 let	100,0%	0,0%	0,0%
5 - 10 let	33,3%	33,3%	33,3%
nad 10 let	46,2%	53,8%	0,0%

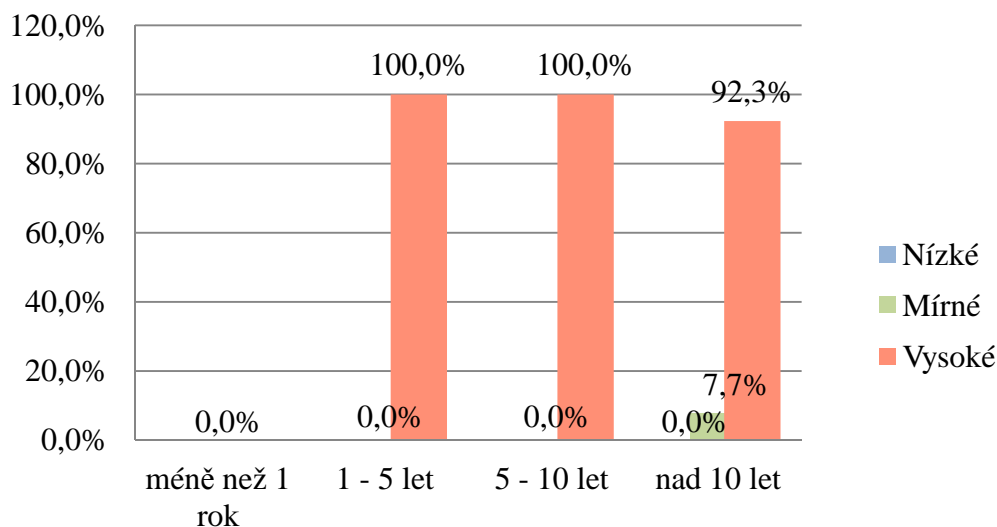
Graf 10: Vyhodnocení v rovině depersonalizace dle délky praxe u administrativních pracovníků.



Tab. 17: Vyhodnocení v rovině osobního uspokojení v práci dle délky praxe u administrativních pracovníků.

Stav vyhoření →	Nízké	Mírné	Vysoké
méně než 1 rok	0,0%	0,0%	0,0%
1 - 5 let	0,0%	0,0%	100,0%
5 - 10 let	0,0%	0,0%	100,0%
nad 10 let	0,0%	7,7%	92,3%

Graf 11: Vyhodnocení v rovině osobního uspokojení z práce dle délky praxe u administrativních pracovníků.



Na zarážející hodnoty opět narážíme v rovině osobního uspokojení v práci (PA) s tímto souvisí i pokles pracovního výkonu. Možné ovlivnění výsledků můžeme spatřovat ve věkovém rozložení zaměstnanců v administrativní části, kde převážná část respondentů spadá do věkových kategorií 31let – 45 let a 46let – 60let.

10.6. Vyhodnocení možných příčin syndromu vyhoření

V tomto úseku praktické části se snažíme odkrýt možné příčiny či rizikové faktory, které mohou vést ke vzniku syndromu vyhoření právě na tomto konkrétním pracovišti. Nástrojem ke zjištění aktuálního stavu je druhá část dotazníku, ve které se respondenti mohli vyjádřit pomocí školního známkování, kde 1 znamenala velmi spokojen/a a 5 nespokojen/a. K rozlišení spokojenosti mohli použít všechny stupně klasifikace a u každé otázky vybrat pouze jednu odpověď. Respondenti byli rozděleni na profesní skupiny: lékaři, sestry a administrativní pracovníci. Výsledné hodnoty jsou vyjádřeny průměrem.

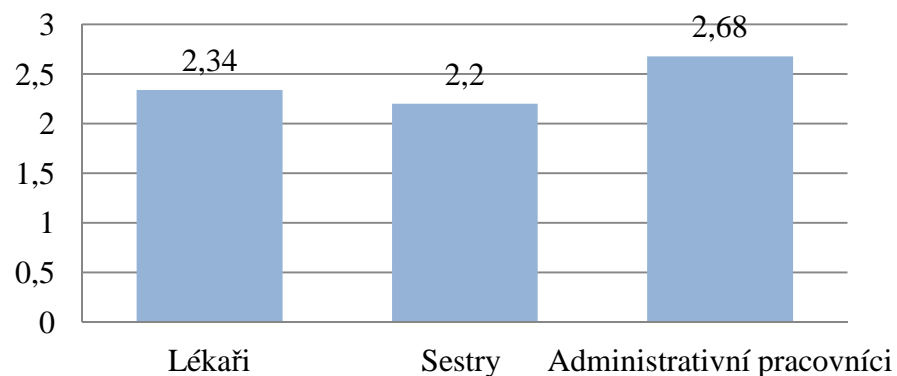
10.6.1. Vyhodnocení spokojenosti se svou prací.

Zde jsme se zaměřovali na spokojenost z rozmanitostí pracovní náplně, možnosti ovlivnit svou práci, organizace na oddělení. Dále pak spokojenost s důležitostí práce, kterou zaměstnanci vykonávají a míru fyzického a psychického zatížení.

Tab. 18: Vyhodnocení spokojenosti se svojí prací.

Lékaři	2,34
Sestry	2,2
Administrativní pracovníci	2,68

Graf 12: Vyhodnocení spokojeností se svojí prací

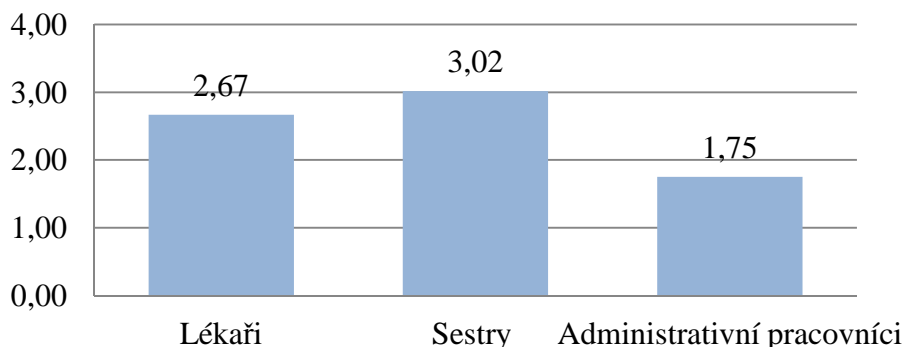


Nejmenší spokojenost vykazují administrativní pracovníci.

Tab. 19: Vyhodnocení fyzického zatížení.

Lékaři	2,67
Sestry	3,02
Administrativní pracovníci	1,75

Graf 13: Vyhodnocení fyzického zatížení.

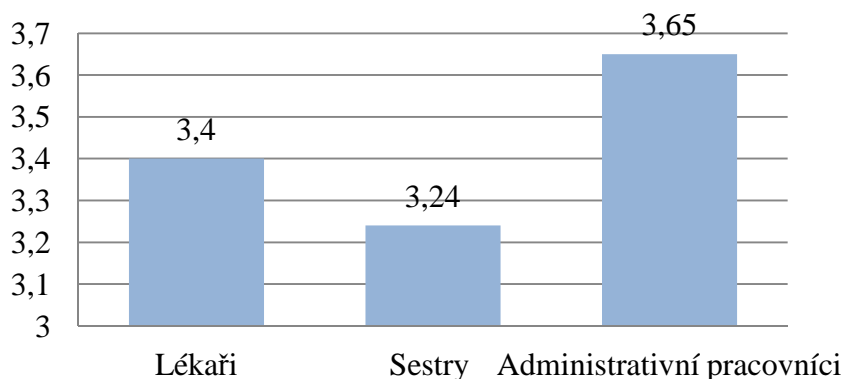


Ze sebraných dat je patrné, že největší fyzické zatížení vykazují všeobecné sestry. Tento fakt můžeme brát jako potvrzení toho co je zmíněno v teoretické části této práce (kapitola 7, str. 53 „Syndrom vyhoření v profesy zdravotní sestry“), že fyzická zátěž souvisí ze zátěží v práci sestry jako je polohování pacienta, úpravy lůžka, stání při práci, narušení spánkového rytmu při směnování a další.

Tab. 20: Vyhodnocení psychického zatížení.

Lékaři	3,4
Sestry	3,24
Administrativní pracovníci	3,65

Graf 14: Vyhodnocení psychického zatížení.



Největší psychickou zátěž uvádějí administrativní pracovníci. Pokud dochází k přetížení, tzn. nároky na nás kladené, přesáhnou mez, kterou dokážeme zvládnout, zažíváme stres, který je nejčastějším spouštěčem

syndromu vyhoření. Vyčerpání je jednak důsledkem vyhoření a jednak jeho zesilovačem, je to začarovaný kruh, protože zasažený jedinec musí vyvinout mnohem větší množství energie, aby provedl tytéž úkony, které mu dříve trvali o polovinu méně času.

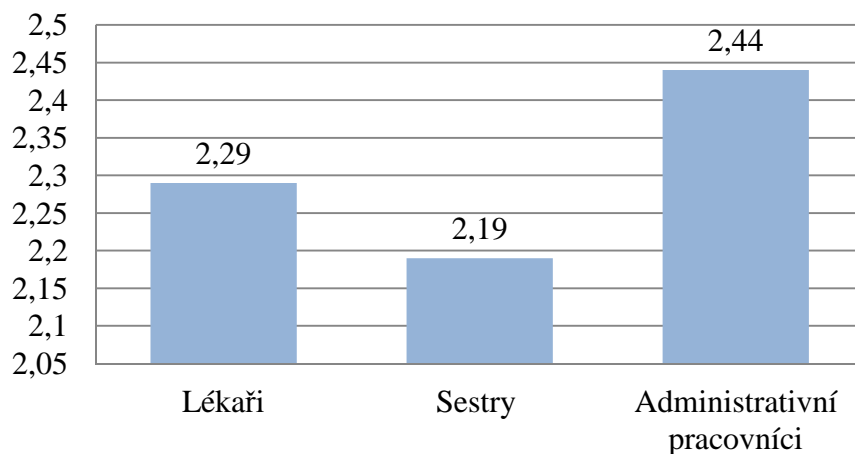
10.6.2 Vyhodnocení oblasti pracovního kolektivu - vztahů na pracovišti

V této části byli respondenti dotazováni na spolupráci kolegyň/gů, osobní vztahy, na celkovou atmosféru a komunikaci respektive předávání informací.

Tab. 21: Vyhodnocení vztahů na pracovišti.

Lékaři	2,29
Sestry	2,19
Administrativní pracovníci	2,44

Graf 15: Vyhodnocení vztahu na pracovišti.



Vztahy na tomto konkrétním pracovišti můžeme hodnotit jako dobré. Efektivita naší práce jistě nespočívá v tom, zda máme rádi své kolegy, ale mělo by platit obecné pravidlo nulové tolerance vůči nezdravému a ne kolegiálnímu chování.

10.6.3. Vyhodnocení oblasti hodnocení nemocnice jako zaměstnavatele.

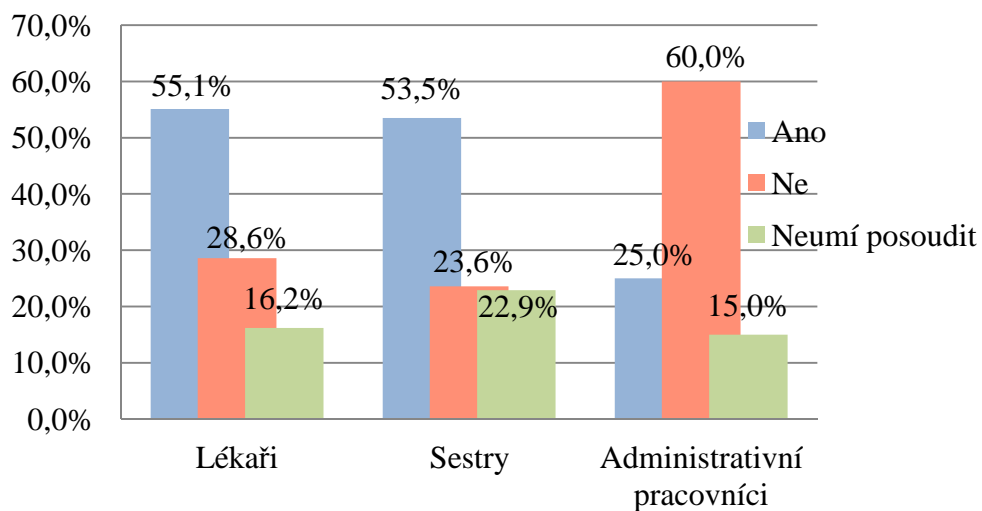
Respondenti odpovídali na otázky typu: zda zaměstnavatel věnuje dostatek pozornosti osobnímu rozvoji např. vzdělávání. Zda nadřízený věnuje pozornost podnětům a připomínkám. A není zde zapomenuto ani na možnost vyjádření, zda došlo na pracovišti ke špatnému zacházení tzn. ponižování, chování, které bylo degradující či jinak se projevvalo nedostatkem úcty k jejich osobě ze strany nadřízeného.

Tab. 22: Věnuje zaměstnavatel dostatek pozornosti potřebám zaměstnanců.

(možnost pracovního rozvoje, vzdělávání apod.)

Otázka č. 4	Ano	Ne	Neumí posoudit
Lékaři	55,1%	28,6%	16,2%
Sestry	53,5%	23,6%	22,9%
Administrativní pracovníci	25,0%	60,0%	15,0%

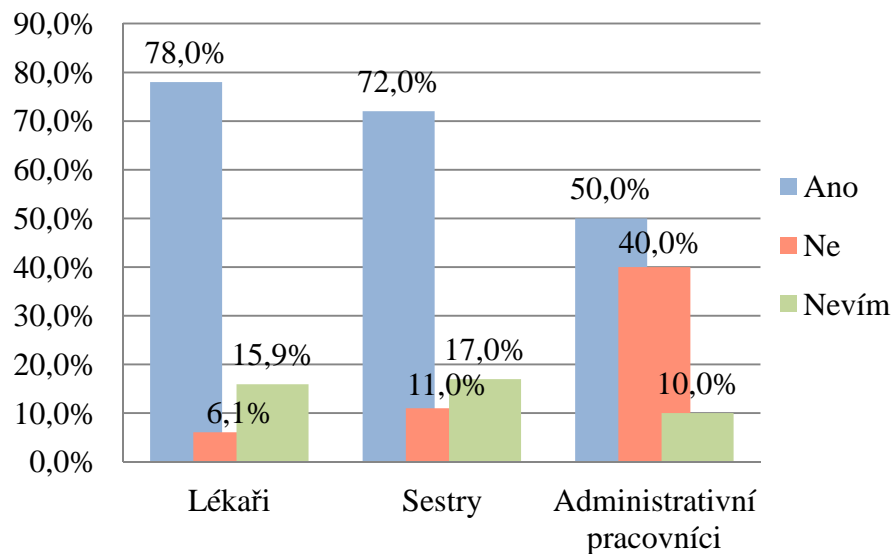
Graf 16: Věnuje zaměstnavatel dostatek pozornost potřebám zaměstnanců.



Tab. 23: Věnuje Váš nadřízený pozornost vašim podnětům a připomínkám.

Otázka č 5	Ano	Ne	Nevím
Lékaři	78,00%	6,10%	15,90%
Sestry	72,00%	11,00%	17,00%
Administrativní pracovníci	50,00%	40,00%	10,00%

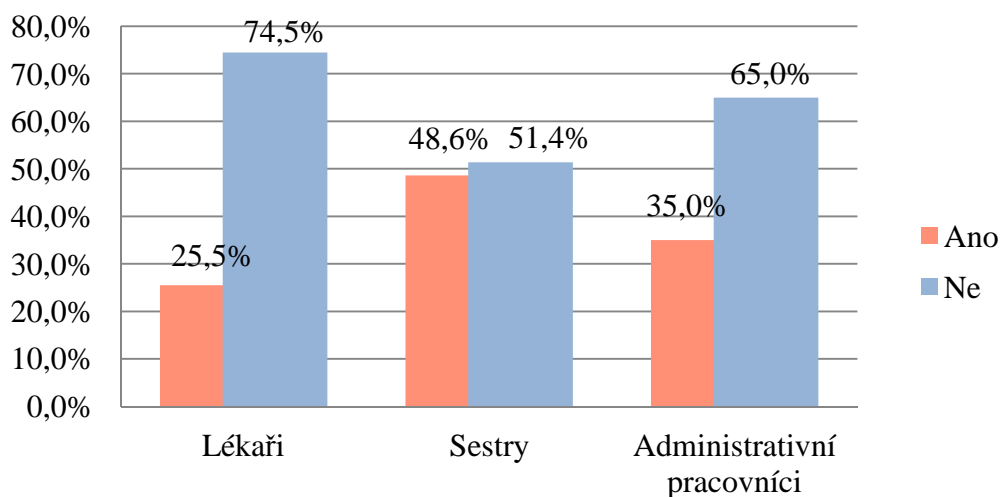
Graf 17: Věnuje Váš nadřízený pozornost vašim podmětům a připomínkám.



Tab. 24: Špatné zacházení na pracovišti.

Otázka č 5	Ano	Ne
Lékaři	25,5%	74,5%
Sestry	48,6%	51,4%
Administrativní pracovníci	35,0%	65,0%

Graf 18: Špatné zacházení na pracovišti.



10.7. Vyhodnocení hypotéz

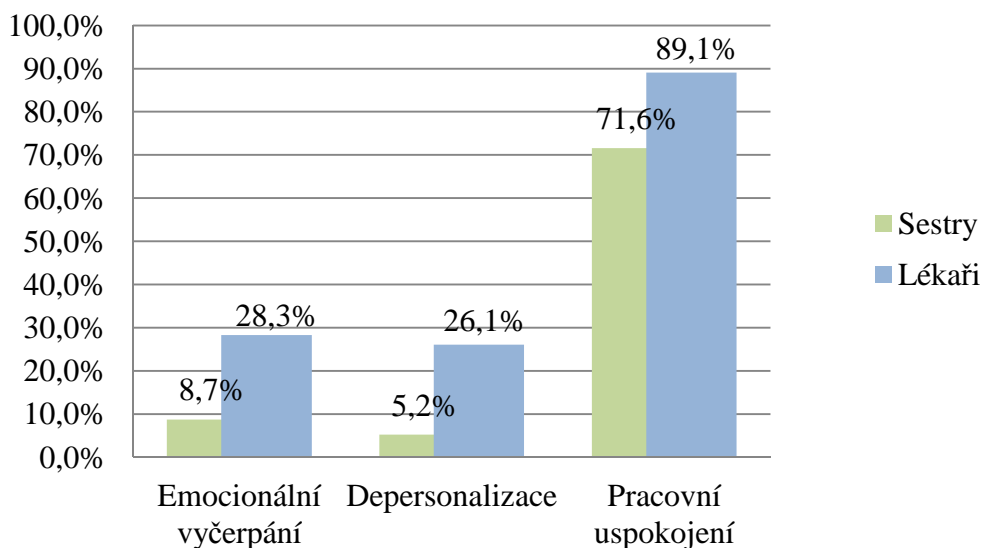
Ve výše zobrazených grafech již máme graficky zpracovány všechny faktory vyhoření a možné příčiny jeho vzniku. Při vyhodnocování stanovených předpokladů se tedy budeme věnovat pouze procentuálním zastoupením hodnot vyhoření. U hypotéz, které se zabývají odhalením příčin vzniku burnout se soustředíme pouze na negativní hodnoty.

Hypotéza č. 1. Zde byl vysloven předpoklad že se syndrom vyhoření vyskytuje více ve u zdravotních sester než u lékařů.

Tab. 25: Souhrn faktorů vyhoření.

	Sestry	Lékaři
Emocionální vyčerpání	8,7%	28,3%
Depersonalizace	5,2%	26,1%
Pracovní uspokojení	71,6%	89,1%

Graf 19: Souhrn faktorů vyhoření.



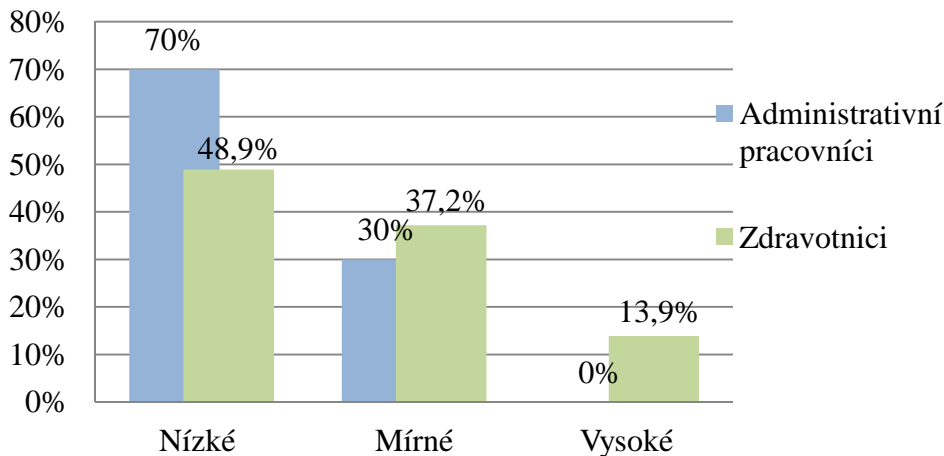
Z uvedených čísel se ukazuje, že se tento předpoklad nepotvrdil. U lékařů se syndrom vyhoření vyskytuje častěji a to ve všech úrovních. Až k zarážejícím výsledkům jsme dospěli v rovině osobního uspokojení v práci.

Hypotéza č. 2: Větší výskyt syndromu vyhoření bude ve zdravotní části. Zde dochází k porovnání jednotlivých pracovišť. Respondenti jsou rozděleni na zdravotní a administrativní část. Všechny tři roviny syndromu vyhoření EE – DP - PA jsou zpracovány jednotlivě a výsledné hodnoty jsou zobrazeny procentuálně.

Tab. 26: Emocionální vyčerpání (EE)

Stav vyhoření ↓	Administrativní pracovníci	Zdravotníci
Nízké	70%	48,9%
Mírné	30%	37,2%
Vysoké	0%	13,9%

Graf 20: Emocionální vyčerpání.

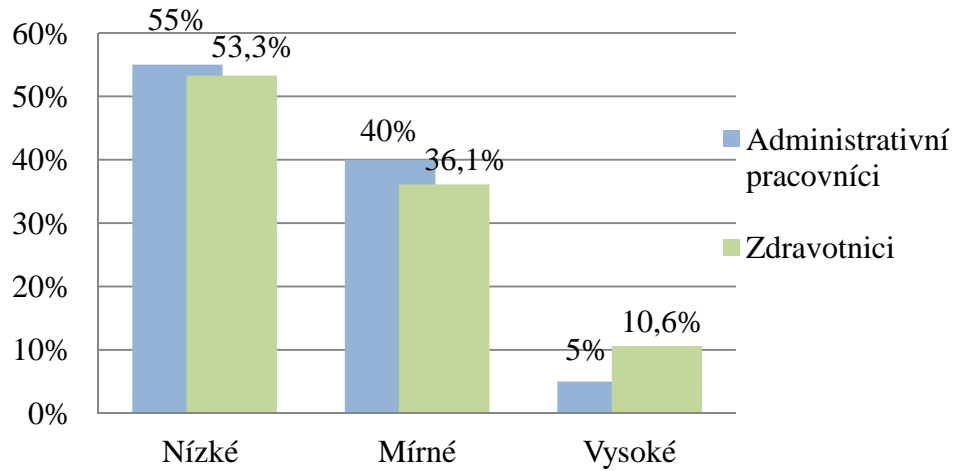


Emocionální vyčerpanost vykazují více zdravotníci.

Tab. 27: Depersonalizace (DP)

Stav vyhoření ↓	Administrativní pracovníci	Zdravotníci
Nízké	55%	53,3%
Mírné	40%	36,1%
Vysoké	5%	10,6%

Graf 21: Depersonalizace

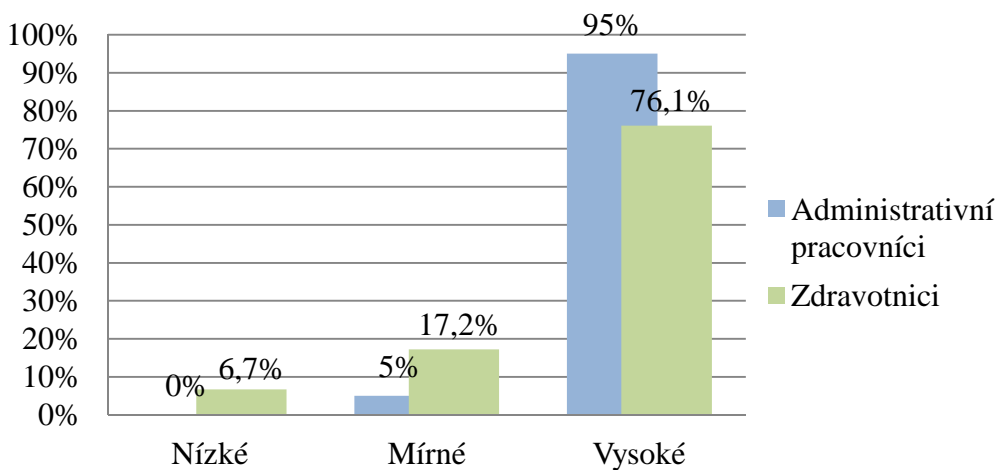


V rovině depersonalizace je vyšší procento vyhoření ve zdravotní části nemocnice.

Tab. 28: Osobní uspokojení v práci (PA)

Stav vyhoření ↓	Administrativní pracovníci	Zdravotníci
Nízké	0%	6,7%
Mírné	5%	17,2%
Vysoké	95%	76,1%

Graf 22: Osobní uspokojení v práci



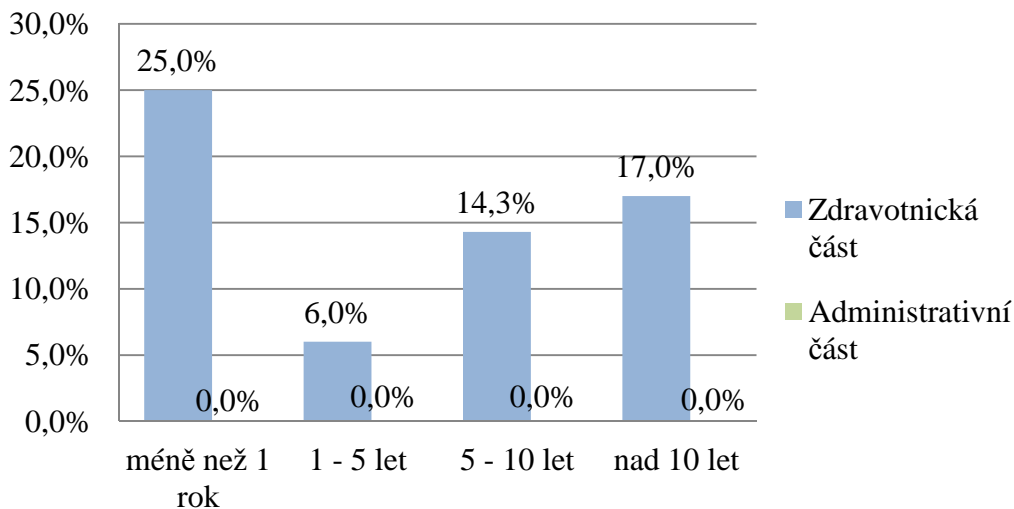
V rovině osobního uspokojení z práce a s tím související pokles pracovního výkonu je podle zjištěných výsledků vyšší v administrativní části nemocnice. Z těchto výsledků lze vyvozovat domněnku, zda není zjištěný neuspokojivý stav v rovině pracovního uspokojení v administrativě důsledkem akce „Děkujeme, Odcházíme!“, kdy došlo ke zvýšení finančního ohodnocení lékařů. Vzhledem k omezeným finančním prostředkům, se kterými nemocnice hospodaří, může docházet k obavám týkající se snížení finančního ohodnocení nebo ztráty pracovní místa právě u administrativních pracovníků, což v důsledku může vést ke zvýšení rivality mezi administrativní a zdravotní částí nemocnice. Hypotéza se nám tedy potvrdila pouze v rovině Emocionálního vyčerpání (EE) a Depersonalizace (DP), kde je větší výskyt syndromu vyhoření ve zdravotní části. V rovině pracovního uspokojení z práce (PA) se tato domněnka nepotvrdila, větší výskyt vyhoření je mezi pracovníky administrativy.

Hypotéza č. 3. Zde byla vyslovena domněnka, že větší výskyt syndromu vyhoření bude u zaměstnanců s delší praxí. Tím se rozumí pět let a výše. Respondenti byli rozděleni do zdravotnické (sestry a lékaři) a administrativní části (úředníci) a jednotlivé faktory syndromu vyhoření EE-DP-PA jsou pro větší přehlednost graficky znázorněni jednotlivě.

Tab. 29: Emocionální vyčerpání (EE)

	Zdravotnická část	Administrativní část
méně než 1 rok	25,0%	0,0%
1 - 5 let	6,0%	0,0%
5 - 10 let	14,3%	0,0%
nad 10 let	17,0%	0,0%

Graf 23: Emocionální vyčerpání

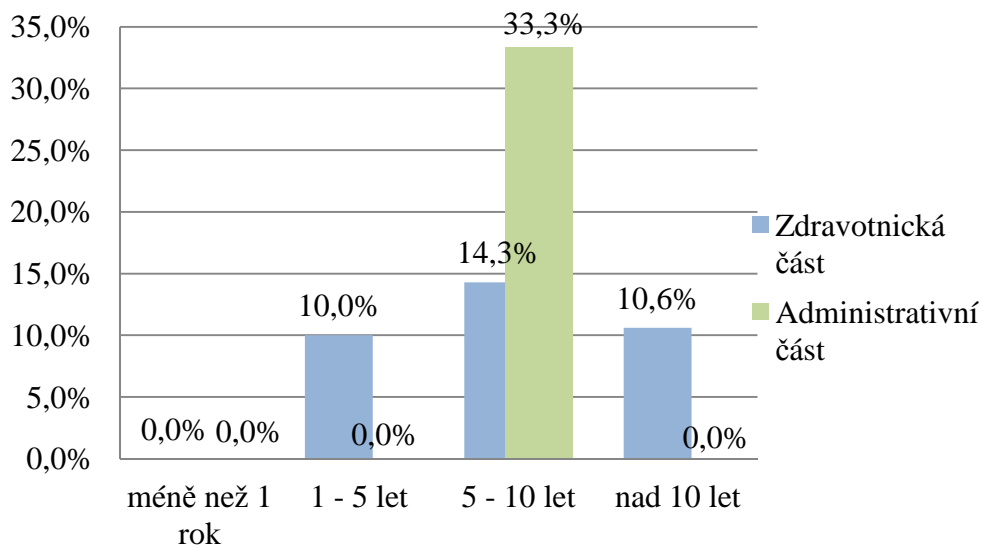


V rovině emocionálního vyhoření dosahují pracovníci administrativy nulových hodnot.

Tab. 30: Depersonalizace (DP)

	Zdravotnická část	Administrativní část
méně než 1 rok	0,0%	0,0%
1 - 5 let	10,0%	0,0%
5 - 10 let	14,3%	33,3%
nad 10 let	10,6%	0,0%

Graf 24: Depersonalizace

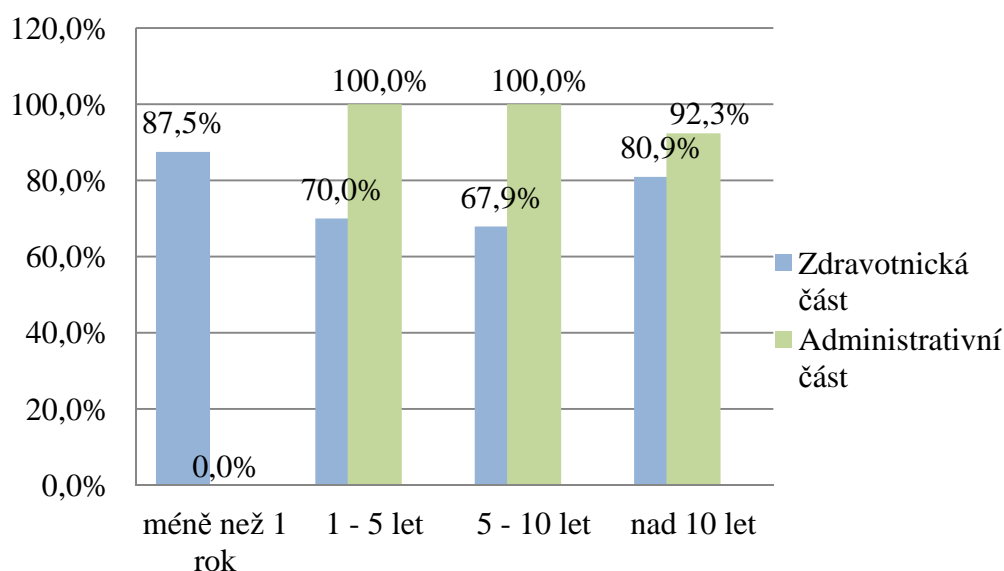


Administrativní část je jistě ovlivněna věkovou strukturou respondentů, kteří téměř všichni spadají do věkových kategorií 31let – 45let a 46let – 60let. Procento výskytu v této rovině vyhoření je značné. Depersonalizaci můžeme vysvětlit různé jevy jako je např. nepříznivé pracovní klima, pasivitu pracovníků či vnitřní rezignaci.

Tab. 31: Osobní uspokojení v práci (PA)

	Zdravotnická část	Administrativní část
méně než 1 rok	87,5%	0,0%
1 - 5 let	70,0%	100,0%
5 - 10 let	67,9%	100,0%
nad 10 let	80,9%	92,3%

Graf 25: Osobní uspokojení v práci



Administrativní část je ovlivněna věkovým rozložením respondentů, kteří spadají do starších věkových kategorií. Výsledky zdravotní části však lze považovat i vzhledem k počtu respondentů za směrodatné. Ze zpracovaných dat vyplývá, že respondenti s delší dobou praxe jistý sklon k poklesu pracovní výkonnosti a absenci pracovního uspokojení vykazují. V daném případě na tomto konkrétním pracovišti se daný předpoklad potvrdil v rovině depersonalizace (DP) u zdravotníků i administrativních pracovníků. Tudíž u zkoumaného vzorku lze hledat souvislost s délkou praxe a vypuknutím

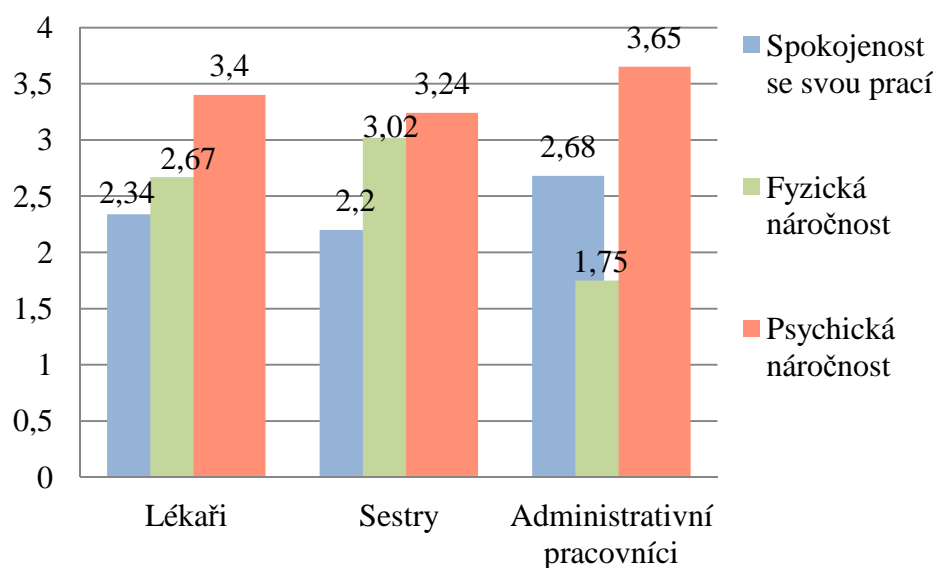
syndromu vyhoření v této rovině. Značně překvapujícím objeveným faktem je stupeň emocionálního vyčerpání a vyhoření v oblasti pracovního uspokojení, tudíž výrazný pokles pracovního výkonu, motivace k práci u respondentů s praxí do jednoho roku ze zdravotní části. Souvislost mezi délkou praxe a vyhořením v rovině emocionálního vyčerpání (EE) se tedy nepotvrdila ani u jedné skupiny. V rovině osobního uspokojení v práci (PA) u zdravotní části můžeme považovat domněnku za nepotvrzenou, i když z uvedených dat je patrné, že jistý sklon k poklesu pracovního výkonu respondenti z delší praxí vykazují. U administrativní části se uvedená hypotéza potvrdila.

Hypotéza č. 4. Možná příčina vzniku syndromu vyhoření na konkrétním pracovišti je nespokojenost se svou prací a fyzická psychická náročnost práce. U tohoto předpokladu byla použita druhá část dotazníku, kde byli respondenti rozdělení podle profesních skupin. Jak již bylo uvedeno, hodnocení probíhalo pomocí školního známkování od 1 do 5 podle své spokojenosti či nespokojenosti. V tomto bloku odpovídali respondenti na otázky, jak jsou spokojeni s rozmanitostí pracovní náplně, možností ovlivnit svou práci, možností uplatnění samostatného myšlení a kreativity, organizaci práce na oddělení a spokojenost s mírou důležitosti vykonávané práce. Dalšími otázkami tohoto bloku je míra psychického a fyzického zatížení. Výsledné hodnoty jsou uvedeny v průměru.

Tab. 32: Souhrn spokojenosti u fyzické a psychické náročnosti práce.

	Spokojenost se svou prací	Fyzická náročnost	Psychická náročnost
Lékaři	2,34	2,67	3,4
Sestry	2,2	3,02	3,24
Administrativní prac.	2,68	1,75	3,65

Graf 26: Souhrn spokojenosti u fyzické a psychické náročnosti práce.



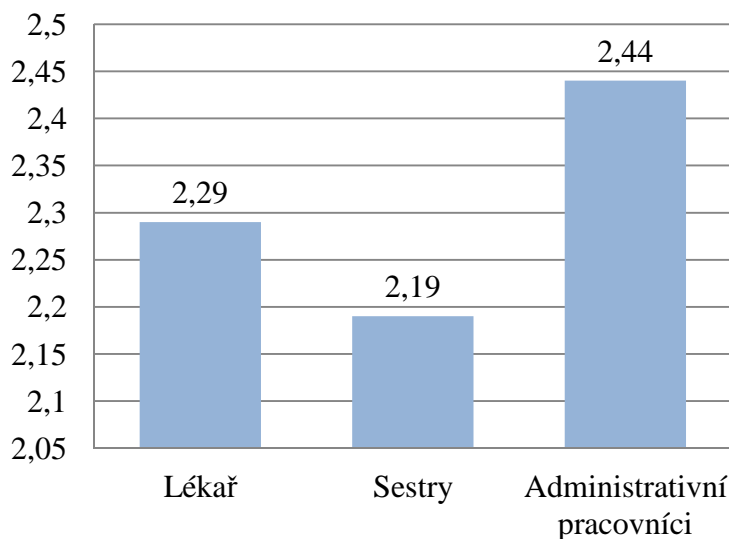
Ze sebraných dat můžeme vyvodit závěr, že nejvíce nespokojení jsou administrativní pracovníci, i když rozdíl v porovnání se zdravotní částí není markantní. Fyzická náročnost se projevuje u sester. Překvapivě větší psychickou zátěž nežli všeobecné sestry udávají administrativní pracovníci. Dosažené hodnoty u zdravotníků můžeme považovat za hodnoty průměrné čili neutrální. Zde se nám tedy hypotéza nepotvrdila. Hodnota míry psychického zatížení, která je zde zjištěna u administrativních pracovníků spolu se zjištěnou mírou nespokojenosti se svou prací již může být klasifikováno jako možná příčina vzniku syndromu vyhoření. U administrativních pracovníků tedy můžeme hypotézu považovat za potvrzenou.

Hypotéza č. 5: Příčina vzniku syndromu vyhoření na konkrétním pracovišti jsou špatné mezilidské vztahy. V bloku zabývajícím se kolektivem a pracovními vztahy vyjadřovali respondenti svou spokojenost či nespokojenost se spoluprací kolegyň na oddělení, komunikací na oddělení, předáváním informací, s osobními vztahy a celkovou atmosférou. Opět byly vytvořeny tři profesní skupiny a bylo odpovídáno pomocí školního známkování od 1 do 5. Výsledné hodnoty byly stanoveny průměrem.

Tab. 33: Úroveň pracovních vztahů.

Lékař	2,29
Sestry	2,19
Administrativní pracovníci	2,44

Graf 27: Úroveň pracovních vztahů.



Tento předpoklad hodnotíme jako nepotvrzený. To znamená, že se nám domníváme, že možnou příčinou vzniku syndromu vyhoření na tomto pracovišti nelze spatřovat v neuspokojivých pracovních vztazích.

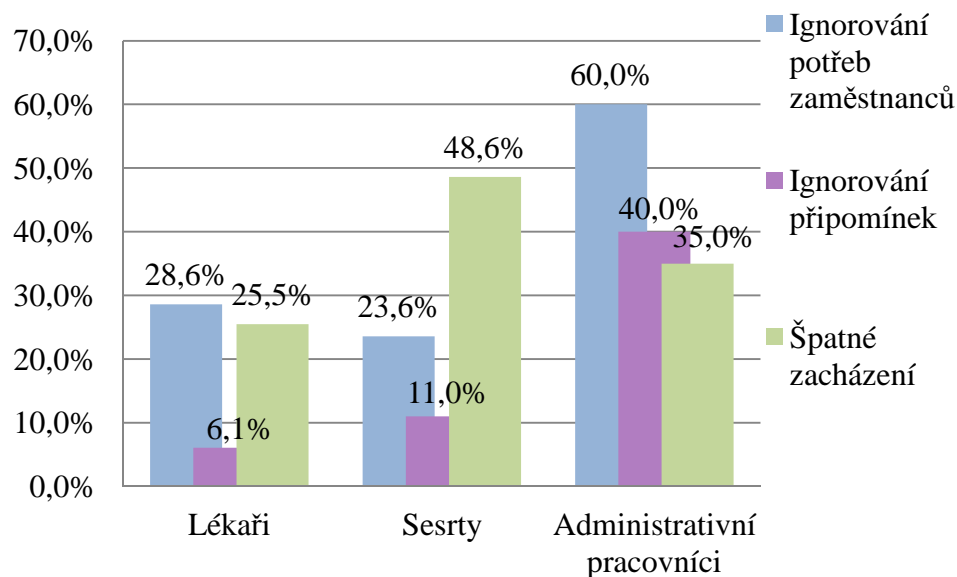
Hypotéza č. 6: Možná příčina syndromu vyhoření je nespokojenost se svým nadřízeným respektive i zaměstnavatelem. V direktivním přístupu či degradujícím a ponižujícím chování ze strany nadřízených. V posledním bloku otázek jsme se zaměřili na vyjádření spokojenosti či nespokojenosti zaměstnanců se svým zaměstnavatelem tzn. vedení Thomayerovy nemocnice či přímým nadřízeným. Opět došlo k rozdělení do profesních skupin. Respondenti odpovídali na otázky, zda zaměstnavatel věnuje dostatek pozornosti podnětům a připomínkám, zda mají možnost osobního rozvoje a vzdělávání. Nechybí otázka na špatné zacházení, chování, které bylo degradující, ponižující nebo se jinak projevovalo nedostatkem úcty a důstojnosti k jejich osobě. Odpovídalo se formou uzavřených otázek ano – ne – neumím posoudit. Výsledné hodnoty jsou vyjádřeny procentuálně. Vzhledem k tomu, že již máme všechny hodnoty

zpracovány graficky (viz. graf č. 16, graf č. 17, graf. č. 18) ve vyhodnocení stanoveného předpokladu se budeme soustředit pouze na negativní hodnoty tzn. nevěnování pozornosti, ignorování připomínek a špatné zacházení.

Tab. 34: Souhrn nespokojenosti zaměstnanců se svým zaměstnavatelem.

	Ignorování potřeb zaměstnanců	Ignorování připomínek	Špatné zacházení
Lékaři	28,6%	6,1%	25,5%
Sesrty	23,6%	11,0%	48,6%
Administrativní prac.	60,0%	40,0%	35,0%

Graf 28: Souhrn nespokojenosti zaměstnanců se svým zaměstnavatelem.



Výsledné hodnoty nám mohou odpovědět na otázku, která vyplynula ze zjištění alarmujících výsledků v rovině osobního uspokojení z práce a poklesu pracovního výkonu u administrativních i zdravotních pracovníků. Otázka zní: *Proč je tak velký počet výskytu burnout právě v této rovině?* U administrativních pracovníků je nejvíce patrné negativní vnímání vedení nemocnice. Vzhledem k tomu, že výsledky zdravotní části jsou také neuspokojivé, můžeme předpoklad považovat za potvrzený. Možnou příčinou

vzniku syndromu vyhoření na tomto konkrétním pracovišti tedy je neosobní přístup, ignorace připomínek a za nejvíce znepokojující by mělo být považováno vysoké procento uvedené v ponižujícím a degradujícím chování vůči zaměstnancům ze strany nadřízených.

10. 8 Diskuse nad výsledky průzkumu

Katastrofické scénáře, o kterých se v souvislosti s počtem sester hovořilo před několika lety, jsou dávno pryč. Hospodářská krize přinutila sestry vrátit se zpět k původnímu oboru a většina zařízení hlásí plný stav. Mnohá již musí nabídky sester odmítat. Uplatnění sester na trhu práce navíc může zhoršit chystaná restrukturalizace zdravotních lůžek. Zmiňovaný stav je v současnosti i v Krčské nemocnici. Nastalou situaci podtrhuje fakt, že od 1. 1. 2012 došlo ke změně názvu nemocnice. Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou se změnila na Thomayerovu nemocnici a tato již nepatří pod přímé řízení ministerstva zdravotnictví. Tato změna, byť zdá se nepodstatná, je v době ekonomické krize, kdy se stále ze všech stran ozývá naléhavost šetření, možnou příčinou, která vyvolává na pracovištích atmosféru strachu a nejistoty, jenž jde ruku v ruce se strachem o práci a s tím souvisejících řešení existenčních problémů. Toto vše vytváří optimální podmínky pro vznik syndromu vyhoření. V administrativní části nemocnice je situace obdobná. V současnosti dochází k propouštění pracovníků státní správy, administrativních sil i manažerů. Na trhu práce je v tomto odvětví silné konkurenční prostředí. Zmíněné faktory na pracovištích způsobují zhoršení mezilidských vztahů. Spolupracovník již není vnímán jako kolega, ale konkurent. Na pracovištích pak nastává epidemie latergie, zoufalství, nervozity a pocit bezmoci a objevuje se burnout – syndrom vyhoření.

Zmíněnou situaci potvrzuje i vrchní sestra Tereza, která na otázku: *„V čem spatřujete příčinu tak překvapujících neuspokojivých výsledků zejména v rovině osobního uspokojení v práci?“* Odpověděla: *„Pro mě toto není nic překvapujícího, jen to potvrzuje současný stav. Zaměstnanci nemocnice necítí*

kontinuitu se svým zaměstnavatelem. Management nemluví s lidmi. Zaměstnanci nevědí kam nemocnice směřuje, jaké jsou její cíle. Atmosféru nejistoty podtrhuje i fakt, že došlo k „odfakultnění“. Na odděleních vládne pocit nejistoty. Co s námi bude dál? Množí se nepodložené informace, odcházejí odborníci a přijímají se nezkušení pracovníci. Nemocnice musí šetřit, to slyšíme, ze všech stran, ale je toto ta správná cesta?“

Zaměstnanci jednotlivých oddělení byli seznámeni s výsledky průzkumu a někteří byli požádáni o vyjádření svého názoru. Na otázku: *„Kde spatřujete příčinu v tak neuspokojivých výsledcích zejména v rovině pracovního uspokojení?“* Odpověděla paní Jana staniční sestra: *„V našem současném zdravotnictví nejde o nemocného člověka, ale o honbu za body, výkony atd. Mé fyzicky i psychicky náročné práce si neváží můj zaměstnavatel a jsem (přes svoji multifunkčnost) oceněna hůř nebo stejně jako pomocný dělník kvůli pochybné medializaci ze strany některých našich tiskovin nebo TV stanic přestává mé práce vážit sám pacient a jeho rodina. Byla bych ráda, kdyby ten, kdo nastavil současný stav ve zdravotnictví, přišel na oddělení a zúčastnil se děje, třeba jako řadový pacient nebo řadový zaměstnanec. Byla bych ráda, kdyby totéž podstoupil můj management. Nebylo by špatné, kdyby tak učinili všichni příbuzní pacientů. Možná by tak měla učinit i řada lékařů. Těch lékařů, kteří opakovaně zneužívají svého postavení „nenahraditelných“ zaměstnanců a trvale tlačí zaměstnavatele ke snižování ceny mé práce. Za celou dobu svého působení ve zdravotnictví jsem poznala řadu skvělých lékařů. Někteří z nich byli schopni uznat nepostradatelnost zdravotní sestry. Zním jen jediného, kterému není zatěžko zúčastnit se hygienické péče o pacienta nebo jeho polohování, vyžaduje-li to situace. Tento lékař prošel praxí ošetřovatele v cizině, než se stal lékařem.*

Na otázku: *„Proč jste stále nezměnila profesi?“* Bylo odpovězeno: *Ptáte se, proč jsem nezměnila profesi? Proč stále pracuji v neziskové organizaci, která nemá v plánu moji práci dostatečně ohodnotit? Protože jsem naivní člověk, protože stále věřím, že mám lidem co dát, protože pocit, že jsem na někoho byla hodná a pomohla mu v utrpení, pro mě stále mnoho znamená.*

Otázkou je, zda není tak trochu přepych řídit se těmito ideály v naší současné ekonomické situaci“.

Atmosféra na odděleních se musí zákonitě odrazit i v péči o pacienty, tento fakt potvrzuje i projekt zadaný Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Projekt se nazýval „*Kvalita očima pacientů*“ a byl zpracován v roce 2010 agenturou Stem/Mark a.s. V tomto projektu byly porovnávány jednotlivé nemocnice právě pohledem pacienta na péči a ochotu zaměstnanců. Standard byl posuzován v rovině 80%. V souhrnné spokojenosti výzkum ukázal, že kvalita péče ve Fakultní Thomayerově nemocnici není příliš na vysoké úrovni a je hodnocena pod standardem. Souhrnná spokojenost za celé zdravotnické zařízení činila 76,4%. Celková průměrná spokojenost se sestrami činila 76%, s lékaři 74% a všeobecnými službami 52%.⁷⁵

Pro komplexnost pohledu ještě uveďme výsledek z projektu Ministerstva zdravotnictví z roku 2010, kde je procentuálně vyčíslena spokojenosti pacientů na jednotlivých odděleních FTNsP. Z hlediska jednotlivých dimenzí, které se na celkové spokojenosti podílí, dosahují nadprůměrného hodnocení spokojenosti zapojení rodiny a propouštění a pokračování péče. Naopak podprůměrně jsou pacienti spokojeni s dimenzí koordinace a integrace péče, citové opory a tělesného pohodlí. Nejvíce spokojeni jsou pacienti léčení na pneumologické, oční, onkologické, neurologické a interní klinice. Naopak podprůměrnou spokojenost deklarují pacienti léčení na urologické, chirurgické a gynekologicko-porodnické klinice.

⁷⁵ MZČR, RAITER, Tomáš & STEN/MARK: *Kvalita očima pacientů*, [online] [cit. 27. 01. 2012] www.mzcr.cz

Tab. 35: Přehled spokojenosti pacientů⁷⁶

Pneumologická klinika	94,8%
Oční	89%
Onkologie	88,9%
Neurologie	86,1%
I.Interna	85,9%
Revmatologické odd.	84,6%
Infekční odd.	80,2%
ORL	79,9%
II.Interna	78,6%
Urologické odd.	76,3
Chirurgická klinika	76,3
Gyneekologie	75,5

Zdroj: MZČR: *Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů 2010*

10.8.1 Identifikace rezerv a návrhy na řešení

Odhalené rezervy:

- nízká motivace zaměstnanců
- nízká možnost pro kreativitu a samostatné myšlení zejména v administrativní části
- absence kariérních map – profesního růstu, opět v administrativní části nemocnice
- nepružnost organizace v reakci na změny
- relativně nižší úroveň pracovního prostředí a vybavení
- nízká spokojenost s vnitropodnikovou komunikací

⁷⁶MZČR – *Kvalita očima pacientů*, [online] [cit. 27. 01. 2012] www.mzcr.cz

Návrhy na řešení:

- Snažit se o přechod k participativnímu způsobu řízení.
- Poskytnou zaměstnancům prostor pro vlastní nápady a kreativitu. Tím, že člověk firmě věnuje něco z vlastního já (nápady, inovace) se automaticky stává její součástí, dochází k takzvanému sjednocení pohledu, sdílení vize a cílů. Cíle firmy se stávají cílem zaměstnance. Z řady výzkumů psychologie práce a organizace vyplývá, že čím větší pole působnosti zaměstnanci mají tím více je práce baví. Ve zdravotnictví je samozřejmě nutné dodržovat přísně zdravotní normy a předpisy. Je však důležité najít správný kompromis.
- Podpora vnitropodnikové komunikace, předávání informací např. absolvování kurzů efektivní komunikace
- Podpora kontinuity a loajality zaměstnanců
- Inovace pracovního prostředí, nové vybavení
- Zákaznický orientovaný přístup personálu nemocnice (větší důraz na požadavky a očekávání pacientů)

Na základě dostupných a vyhodnocených dat by bylo vhodné zvážit možnost odborných konzultací vedoucích k efektivnímu prosazení nápravných opatření a řízení změn.

10.8.2 Typy a rady pro zaměstnance:

- Odmítat dělat práci, která mě neuspokojuje - když se ráno probudím, chci se do práce těšit. Chci, abych o své práci a spolupracovnících mohl hrdě mluvit se svými přáteli. Chci se do práce těšit v pondělí ráno i v pátek odpoledne. Toto rozhodnutí samo o sobě mi spokojenost nezaručí, ale je to nezbytný začátek.
- Za svou spokojenost v práci je odpovědný každý sám - ačkoli můj šéf, kolegové, podřízení i pracoviště mají na mou spokojenost v práci vliv, konečná odpovědnost leží pouze na mně.

- Víím, co způsobuje moji spokojenost či nespokojenost v práci, musím to říct ostatním - můj šéf, kolegové či zaměstnanci zde nejsou od toho, aby četli moje myšlenky a zjišťovali, jak mohou přispět k mé spokojenosti. Musím jim to říct sám.
- Pokud chci, aby se něco změnilo, musím pro to něco udělat - dokud budu sedět a čekat, až můj šéf, kolegové, zaměstnanci či zaměstnavatel udělají něco pro to, abych byl spokojenější, nestane se vůbec nic.
- Víím, že spokojenost v práci ovlivňuje moje zdraví - Nespokojenost či stres v práci mohou způsobit nemoc, depresi, nebo dokonce smrt. Pokud jsem spokojený v práci, budu psychicky i fyzicky zdravější a silnější.
- Občas se stane, že má člověk v práci špatný den - není možné být v práci spokojený pořád. Jeden špatný pracovní den je v pořádku. Ale špatný týden, měsíc, rok už pořádku nejsou.

Hranice možností každého z nás jsou omezeny. Měli bychom se naučit tyto hranice rozpoznat a dlouhodobě je nepřekračovat. Takové sebepoznání je nezbytné, chceme-li zlepšit kvalitu i délku života.

Závěr

Můžeme výsledky, ke kterým jsme dospěly považovat za jakési nastavení zrcadla dnešní doby? Nutí nás přemýšlet, zda zjištěná data jsou odrazem současné nálady a atmosféry ve zdravotnictví či stavu společnosti, nebo jsou jen problémem konkrétního pracoviště? Naše společnost prošla od listopadu 1989 bouřlivými změnami. V polistopadové době jsme byli plni nadšení a plánů. Společnost čelila bouřlivým politickým a organizačním změnám, vznikali nové firmy a podniky. Dnes se přibližujeme otevřenému světovému trhu, vidíme, jak se otřásají bezpečné pozice světových firem. V dnešní ekonomice slova jako zeštíhlování, zvýšení produktivity práce, zhuštění pracovní náplně si našla pevné místo. Jsou propouštěni tisíce zaměstnanců a lidé řeší existenční problémy. Nové technologie umožňují stihnout více práce, ale vyžaduje se i více práce od zaměstnanců, od kterých se automaticky očekává vyšší produktivita, nejvyšší nasazení, časová flexibilita a takzvaně „*odevzdání se práci*“, protože v rámci zeštíhlování měli to štěstí a „mohli zůstat“ a musí zastávat i práci za propuštěné kolegy. Toto vytváří živnou půdu pro vznik syndromu vyhoření.

Výsledky našeho průzkumu působí dojmem, že zaměstnanci nemocnice chodí do práce pouze z důvodu existenčního zajištění. Je zde patrná absence motivace a pozitivního myšlení. Dochází ke ztrátě víry v lepší budoucnost a smysluplnost jejich práce. Musíme zdůraznit, že výsledky shromážděných dat mohou být pouze přechodným stavem a důsledkem současné situace, kdy v Krčské nemocnici dochází k reorganizaci různých oddělení. Rušení či sjednocování jednotlivých pracovišť. V každém případě by měli vést k zamyšlení a vyvození patřičných opatření. Udržení pracovních míst, optimální umístění v systému zdravotních zařízení, péče o pacienty a zaměstnance, to jsou hodnoty, na které je nutné klást důraz.

Do jaké míry jsou zasažena další oddělení, či vzájemné porovnání jednotlivých pracovišť může být podnětem dalšího šetření.

SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ

BARTOŠÍKOVÁ Ivana, *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*, Brno: NCO NZO, 2006, ISBN 80-7013-439-9

BAŠTECKÁ, Bohumila, *Klinická psychologie v praxi*, Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-735-3

ČÁP Jan, MAREŠ Jiří, *Psychologie pro učitele*, Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-273-7

GREGOR Ota, *Žít se stresem to je kumšt*, Jinočany: HaH, 1993, ISBN 80-85467-51-8

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

KOPŘIVA, Karel, *Lidský vztah jako součást profese*, 2. vydání, Praha: Portál, 2010, ISBN 978-80-7367-922-4

KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva, *Syndrom vyhoření*, Praha: SZÚ, 2003, 2. vydání, ISBN 80-7071-231-7

KRATOCHVÍL, Stanislav, *Základy psychoterapie*, Praha: Portál, 2007, ISBN 80-7367-122-0

KŘIVOHLAVÝ Jaro, *Jak neztratit nadšení*, Praha: Grada Publishing, 1998, ISBN 80-7169-551-3

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

KŘIVOHLAVÝ Jaro, *Sestra a stres*, Praha: Grada Publishing, 2010, ISBN 978-80-247-3149-0

KŘIVOHLAVÝ Jaro, PEČENKOVÁ Jaroslava, *Duševní hygiena zdravotní sestry*, Praha: Grada Publishing, 2004 ISBN 80-247-0784-5

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

MÍČEK Libor, *Duševní hygiena*, SPN, 1986, ISBN 1440084

NAKONEČNÝ Milan, *Základy psychologie osobnosti*, Praha: Management Press, 1993 ISBN 80-85603-34-9

NOVÁK Tomáš, *Sama sobě psychologem*, Praha: Grada Publishing, 1998, ISBN 80-7169-505-X

PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška, MAREŠ, Jiří, *Pedagogický slovník*, 3 vydání, Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-579-2

PRAŠKO, Jan, PRAŠKOVÁ, Hana, *Asertivitou proti stresu*, 2 vydání Praha: Grada Publishing, 2007, ISBN 978-80-247-1697-8

ŘÍČAN Pavel, *Psychologie osobnosti*, Praha: Grada Publishing, 2007 ISBN 978-80-247-1174-4

ŠTIKAR, Jiří, RYMEŠ, Milan, RIEGEL, Karel, HOSKOVEC, Jiří, *Psychologie ve světě práce*, Praha: Karolinum, 2003, ISBN 80-2460-448-5

TOŠNEROVÁ, Tamara, TOŠNER, Jiří, *Burn – out syndrom, Syndrom vyhoření*, pracovní sešit, Praha: Hestia, 2002

Časopisy:

Zdravotnické noviny, odborný čtrnáctideník, Praha: Mladá fronta, 2010,
ISSN 00-44-1996

Medicína v praxi, Odborný měsíčník, Olomouc: Solen s.r.o., 2007,
ISSN 1214-8687

SEZNAM POUŽITÉ ZAHRANIČNÍ LITERATURY A PRAMENŮ

BÉREŠ Marián, *Jak manipulovat s lidmi*, Brno: Computer Press, 2007

ISBN 978-80-251-1840-5

CUNGI CHARLY, *Jak zvládat stres*, Praha: Portál, 2001,

ISBN 80-7178-465-6

FRITZ Hannelore, *Spokojeně v zaměstnání*, Praha: Portál, 2006

ISBN 80-7367-113-1

JOSHI Vinay, *Stres a zdraví*, Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-211-9

KALLWAS Angelika, *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*, Praha:

Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-299-7

MELGOSA Julián, *Zvládni svůj stres*, Praha: Finindr, 2004,

ISBN 80-7172-624-9

POTTEROVÁ A. Beverly, *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání*, Olomouc:

Votobia, 1997, ISBN 80-7198-211-3

WILKINSON Greg, *Informace a rady lékaře: Stres*, ČLS J. E. Purkyně,

Praha: Grada Publishing, 2001, ISBN 80-247-0092-1

Webové stránky:

ŽÍDKOVÁ, Zdenka, MBI – *Maslach burnout invenory*, www.psvz.cz

[online]. [cit. 27. 01. 2012], dostupné na

WWW: <http://www.psvz.cz/zidkova/subdir/metody.htm>

MZČR, *Kvalita očima pacientů*, www.mzcr.cz [online]. [cit. 27. 01. 2012],

dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/mereni->

[kvality-zdravotni-pece-prostrednictvim-spokojenosti-pacientu_1849_15.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/mereni-kvality-zdravotni-pece-prostrednictvim-spokojenosti-pacientu_1849_15.html)

Seznam tabulek

Tab. 1: Typy osobností.....	22
Tab. 2, 3: Co se děje je-li stres příliš silný.....	34
Tab. 4: Co se děje je-li stres příliš silný.....	35
Tab. 5: Stres a osobní postoj k potenciaálním stresovým faktorům.....	36
Tab. 6: Přehled rizikových faktorů a odpovídajících protiopatření.....	58
Tab. 7: Zdravotní část: Celkový počet oslovených respondentů a návratnost vyplněných dotazník.....	67
Tab. 8: Administrativní část: Celkový počet oslovených respondentů a návratnost vyplněných dotazníků.....	67
Tab. 9: Vyhodnocení syndromu vyhoření u lékařů.....	72
Tab. 10: Vyhodnocení syndromu vyhoření u sester.....	73
Tab. 11: Vyhodnocení syndromu vyhoření u administrativních pracovníků.....	73
Tab. 12: Vyhodnocení v rovině emocionálního vyčerpání dle délky praxe u zdravotnického personálu.....	74
Tab. 13: Vyhodnocení v rovině depersonalizace dle délky praxe u zdravotnického personálu.....	75
Tab. 14: Vyhodnocení v rovině osobního uspokojení z práce dle délky praxe u zdravotnického personálu.....	76
Tab. 15: Vyhodnocení v rovině emocionálního vyčerpání dle délky praxe u administrativních pracovníků.....	77
Tab. 16: Vyhodnocení v rovině depersonalizace dle délky praxe u administrativních pracovníků.....	78
Tab. 17: Vyhodnocení v rovině osobního uspokojení z práce dle délky praxe u administrativních pracovníků.....	78
Tab. 18: Vyhodnocení spokojenosti se svou prací.....	80
Tab. 19: Vyhodnocení fyzického zatížení.....	80
Tab. 20: Vyhodnocení psychického zatížení.....	81
Tab. 21: Vyhodnocení vztahů na pracovišti.....	82
Tab. 22: Věnuje zaměstnavatel dostatek pozornosti potřebám zaměstnanců...83	
Tab. 23: Věnuje zaměstnavatel pozornost vašim podnětům a připomínkám...83	

Tab. 24: Špatné zacházení na pracovišti.....	84
Tab. 25: Souhrn faktorů vyhoření.....	85
Tab. 26: Emocionální vyčerpání.....	86
Tab. 27: Depersonalizace.....	86
Tab. 28: Osobní uspokojení v práci.....	87
Tab. 29: Emocionální vyčerpání.....	88
Tab. 30: Depersonalizace	89
Tab. 31: Osobní uspokojení v práci	90
Tab. 32: Souhrn spokojenosti se svou prací a fyzická a psychická náročnost práce.....	91
Tab. 33: Úroveň pracovních vztahů.....	93
Tab. 34: Souhrn spokojenosti zaměstnanců se svým zaměstnavatelem.....	94
Tab. 35: Přehled spokojenosti pacientů	98

Seznam grafů

Graf č. 1: Zdravotní část: Celkový počet oslovených respondentů a návrtnost vyplněných dotazníků.....	67
Graf č. 2: Administrativní část: Celkový počet oslovených respondentů a..... návrtnost vyplněných dotazníků.	67
Graf č. 3: Vyhodnocení syndromu vyhoření u lékařů	72
Graf č. 4: Vyhodnocení syndromu vyhoření u sester.....	73
Graf č. 5: Vyhodnocení syndromu vyhoření u administrativních pracovníků.....	74
Graf č. 6: Vyhodnocení v rovině emocionálního vyčerpání dle délky praxe u zdravotnického personálu.....	75
Graf č. 7: Vyhodnocení v rovině depersonalizace dle délky praxe u zdravotnického personálu.....	75
Graf č. 8: Vyhodnocení v rovině osobního uspokojení z práce dle délky praxe u zdravotnického personálu.....	76
Graf č. 9: Vyhodnocení v rovině emocionálního vyčerpání dle délky praxe u administrativních pracovníků.....	77

Graf č. 10: Vyhodnocení v rovině depersonalizace dle délky praxe u administrativních pracovníků.....	78
Graf č. 11: Vyhodnocení v rovině osobního uspokojení z práce dle délky praxe u administrativních pracovníků.....	79
Graf č. 12: Vyhodnocení spokojenosti se svou prací.....	80
Graf č. 13: Vyhodnocení fyzického zatížení.....	81
Graf č. 14: Vyhodnocení psychického zatížení.....	81
Graf č. 15: Vyhodnocení vztahů na pracovišti.....	82
Graf č. 16: Věnuje zaměstnavatel dostatek pozornosti potřebám zaměstnanců.....	83
Graf č. 17: Věnuje zaměstnavatel pozornost vašim podnětům a připomínkám.....	84
Graf č. 18: Špatné zacházení na pracovišti	84
Graf č. 19: Souhrn faktorů vyhoření.....	85
Graf č. 20: Emocionální vyčerpání.....	86
Graf č. 21: Depersonalizace.....	87
Graf č. 22: Osobní uspokojení v práci.....	87
Graf č. 23: Emocionální vyčerpání.....	89
Graf č. 24: Depersonalizace.....	89
Graf č. 25: Osobní uspokojení v práci	90
Graf č. 26: Souhrn spokojenosti se svou prací a fyzická a psychická náročnost práce	92
Graf č. 27: Úroveň pracovních vztahů.....	93
Graf č. 28: Souhrn spokojenosti zaměstnanců se svým zaměstnavatelem.....	94

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník MBI – Maslach burnout inventory.....	I
Příloha B – Způsob vyhodnocení dotazníku.....	III
Příloha C – Dotazník část II.....	V
Příloha D – průvodní dopis k dotazníkům.....	VII

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník MBI – metoda Maslach burnout inventory

Část I. - MBI DOTAZNÍK

V tomto dotazníku zakroužkujte do vyznačených políček u každého tvrzení číslo, označující podle níže uvedeného klíče **intenzitu pocitů**, které obvykle prožíváte.

U každé otázky vyberte pouze jednu odpověď

Nikdy 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 7 Velmi silně

1	Práce mne citově vysává	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
2	Na konci pracovního dne se cítím být na dne sil	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
3	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
4	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
5	Mám pocit, že někdy s klienty jednám jako s neosobními věcmi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
6	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
7	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
8	Cítím "vyhoření", vyčerpání ze své práce	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
9	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a nalaďují.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
10	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
11	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
12	Mám stále hodně energie	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
13	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
14	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
15	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
16	Práce s lidmi mi přináší silný stres	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

17	Dovedu u svých klientu/pacientu vyvolat uvolněnou atmosféru	0 – 1 –2 – 3 - 4 – 5 – 6- 7
18	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty	0 – 1 –2 – 3 - 4 – 5 – 6- 7
19	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého	0 – 1 –2 – 3 - 4 – 5 – 6- 7
20	Mám pocit, že jsem na konci svých sil	0 – 1 –2 – 3 - 4 – 5 – 6- 7
21	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně	0 – 1 –2 – 3 - 4 – 5 – 6- 7
22	Cítím, že klienti mi přičítají některé své problémy	0 – 1 –2 – 3 - 4 – 5 – 6- 7

Příloha B – Způsob vyhodnocení dotazníku MBI

Řazení položek dotazníku MBI

1	EE	Práce mě citově vysává
2	EE	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil
3	EE	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a.
4	PA	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů
5	DP	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním 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 ovlivňují a naladují.
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 svěží 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

Jednotlivé roviny syndromu vyhoření

EE = Emocionální vyčerpání (Emotional Exshhaustion)

DP = Depersonalizace

PA = Osobní uspokojení (Personal Accomplishment)

Vyhodnocení spočívání v součtu všech bodových hodnocení v jednotlivých sub-škálách.

Stupeň emocionálního vyčerpání (EE)

Nízký	0 - 16	průměrná hodnota = 19,0
Mírný	17 – 26	
Vysoký	27 a více = vyhoření!	

Stupeň depersonalizace (DP)

Nízký	0 - 6	průměrná hodnota = 6,6
Mírný	7 - 12	
Vysoký	13 a více = vyhoření!	

Stupeň osobního uspokojení (PA)

Vysoký	39 a více	
Mírný	38 – 32	průměrná hodnota = 36,8
Nízký	31 – 0 = vyhoření	

Uvedené normativní (průměrné) hodnoty jsou získány ze studie:

Publisher, Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, CA 94303 from
MBI-Human Services Survey by Christina Maslach and Susan E. Jackson.
Copyright 1996 by Consulting Psychologists Press⁷⁷,

⁷⁷ ŽÍDKOVÁ, Zdeňka, *Maslach burnout inventory*, [online].[cit. 27. 01. 2012] dostupné na:
[http:// www. psvz.cz](http://www.psvz.cz)

**Příloha C – dotazník ke zjištění možných příčin vzniku syndromu
vyhoření**

Dotazník část II.

Odpovězte, prosím, na označené otázky pomocí školního známkování, kde 1 znamená velmi spokojen/a a 5 nespokojen/a. K rozlišení spokojenosti můžete použít všechny stupně klasifikace. U každé otázky vyberte pouze jednu odpověď. V první části pod každou otázkou máte volné dvě řádky pro Váš komentář či upřesnění odpovědi.

A. OBLAST IDENTIFIKAČNÍ:

Pohlaví: žena muž

Profese:

Váš věk: 20-30 let 31-45 46- 60 60 a více

Rodinný stav: svobodná/ý vdaná/ženatý rozvedená/ý

Vzdělání: středoškolské s maturitou vyšší odborné vysokoškolské

Délka praxe: méně než 1rok 1 - 5 let 5 – 10 let déle než 10 let

B. OBLAST PRACOVNÍ:

1. Odpovězte prosím, jste spokojen/a se svou prací?

- | | |
|--|-------------------|
| a) s rozmanitostí Vaší pracovní náplň | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| b) s možností ovlivnit svou práci, samostatnost | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| c) s organizací práce na oddělení, kde pracujete | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| d) s mírou důležitosti práce, kterou vykonáváte | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

2. Pokuste se zhodnotit pracovní zatížení na oddělení/klinice, kde pracujete

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| a) fyzické zatížení | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| b) psychické zatížení | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

C. OBLAST PRACOVNÍHO KOLEKTIVU

3. Odpovězte prosím, jak jste spokojen/a?

- | | |
|--|-------------------|
| a) se spoluprací kolegyň/gů na oddělení: | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| b) s osobními vztahy (sestry, lékaři) na oddělení: | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| c) s celkovou atmosférou na oddělení: | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| d) s komunikací na oddělení | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

D. OBLAST ZAMĚSTNAVATELE

4. Věnuje zaměstnavatel dostatek pozornosti potřebám zaměstnanců? (možnost osobního rozvoje, samostatnosti a kreativity, vzdělávání, apod.)

- ano ne neumím posoudit
-

5. Věnuje Váš nadřízený pozornost Vaším podnětům a připomínkám

- ano ne nevím

6. Setkal jste se někdy ve vašem zaměstnání ze strany zaměstnavatele se špatným zacházením?

špatné zacházení – chování, které Vás degradovalo, ponižovalo nebo se jinak projevovalo nedostatkem úcty k důstojnosti a vážnosti Vaší osoby?

- ano ne

Příloha D – průvodní dopis k dotazníkům

Dobrý den,

jmenuji se Jitka Semencová a jsem studentkou Univerzity Jana Amose Komenského. Tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění přiloženého dotazníku.

Tento dotazník je anonymní a jeho výsledky budou sloužit ke zpracování mé diplomové práce na téma syndrom vyhoření – teorie a praxe.

Je rozdělen na dvě části:

V první části dotazníku Vás prosím o zaškrtnutí čísla, které odpovídá intenzitě pocitů, které obvykle prožíváte. Na výběr máte čísla od 0 do 7.

V druhé části odpovězte, prosím, na označené otázky pomocí školního známkování, kde 1 znamená velmi spokojena a 5 nespokojena.

Předem děkuji za Váš čas a upřímnost při vyplňování.

Bc. Jitka Semencová

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Bc. Jitka Semencová

Obor: Andragogika

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Syndrom vyhoření - teorie a praxe

Rok: 2012

Počet stran textu bez příloh: 94

Celkový počet stran příloh: 7

Počet titulů české literatury a pramenů: 23

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 8

Počet internetových zdrojů: 2

Vedoucí práce: Ph.Dr. Pavel Beňo